

© Панченко М. С.

УДК 616.89 - 036.12 - 06: 616.85

Панченко М. С.

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЛАСТИВОСТЕЙ
ОСОБИСТОСТІ ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ
КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ**

**Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України (м. Харків)
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
МОЗ України (м. Кропивницький)**

nikdirektor@ukr.net

Дослідження виконано у межах науково-дослідних робіт кафедри психотерапії (зав. — проф. Михайлов Б.В.) «Непсихотичні психічні розлади у хворих на серцево-судинні та судинно-мозкові захворювання», № державної реєстрації 0109u002826 та є фрагментом наукової кваліфікаційної роботи автора.

Вступ. Питання зниження кардіоваскулярного ризику (КВР) є одним з найактуальніших для систем громадського здоров'я багатьох країн світу. [1,4]. Існує кілька інструментів прогнозування ризику (КВР), серед яких найчастіше використовуються таблиці «SCORE» та «WHO/ISH». Відповідно до наказу МОЗ України від 13.06.2016 р. № 56 в Україні рекомендовано використовувати шкалу «SCORE» (Systematic Coronary Risk Evaluation), що призначена для прогнозування смертельного захворювання в найближчі 10 років [1]. Стосовно осіб молодого віку, дослідження носять проспективний характер [6-10]. Однак, на нашу думку, шкала SCORE, що ґрунтується лише на дослідженні біологічних факторів, особливо в молодому віці, потребує доповнення її оцінкою особистісних характеристик, що дозволяє набагато точніше спрогнозувати особистий КВР, та – головне – максимально індивідуалізувати підхід до профілактичних заходів, значна частина яких знаходиться у

площині когнітивно-біхевіоральної психотерапії. Це відповідає Уніфікованому клінічному протоколу первинної, вторинної та третинної медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань», затв. наказом МОЗ України № 56 від 13.06.2016 р., головною метою є підвищення ефективності профілактичних заходів та зниження КВР [11].

Мета дослідження полягала у вивченні властивостей особистості пацієнтів з різним рівнем кардіоваскулярного ризику.

Об'єкт і методи дослідження. Первинною інформаційною базою для виконання дослідження стали результати комплексного клініко-анамнестичного обстеження пацієнтів молодого віку, які попередньо були стратифіковані за рівнем КВР, визначеним за методикою «SCORE» [1]. Застосування цієї методики передбачало урахування віку, статі, наявності паління, рівня артеріального тиску та інших і передбачало можливість екстраполяції можливого ризику на старший вік [1,4]. До групи мінімального (низького) КВР віднесено 125 пацієнтів ($n_{MP}=125$), високого КВР – 189 пацієнтів ($n_{BP}=189$), відповідно до загальноприйнятих клінічних протоколів. Групи не відрізнялись розподілом за віком та статтю. Дослідження виконано за стандартизованою програмою збирання, накопичення та аналізу результатів.

Таблиця 1.

Частота та виразність особистісних факторів в групах пацієнтів залежно від рівня кардіоваскулярного ризику ($F_{10} - F_{12}$)

СГ	Особистісний опитувальник ЛНДІПН ім. В.М. Бехтерева — ЛОБІ									
	градації	гармонійність ($DC_{10}=7$) F_{10}			тривожність ($DC_{11}=4$) F_{11}			іпохондричність ($DC_{12}=3$) F_{12}		
		абс. осіб	$P \pm m, \%$	$M \pm m, \text{балів}$	абс. осіб	$P \pm m, \%$	$M \pm m, \text{балів}$	абс. осіб	$P \pm m, \%$	$M \pm m, \text{балів}$
мінімальний КВР	< ДС	117	93,6±2,2	3,7±0,2	109	87,2±3,0	2,8±0,2	114	91,2±2,5	1,7±0,2
	ДС ≥	8	6,4±2,2 ^a		16	12,8±3,0 ^a		11	8,8±2,5	
	всього	125	100,0		125	100,0		125	100,0	
підвищений КВР	< ДС	151	79,9±2,9 ^a	5,1±0,4 ^a	98	51,9±3,6 ^a	3,6±0,3	162	85,7±2,5	2,5±0,3 ^a
	ДС ≥	38	20,1±2,9		91	48,1±3,6		27	14,3±2,5	
	всього	189	100,0		189	100,0		189	100,0	
разом	< ДС	268	85,4±2,0	4,3±0,5	207	65,9±2,7	3,1±0,4	276	87,9±1,8	2,1±0,5
	ДС ≥	46	14,6±2,0		107	34,1±2,7		38	12,1±1,8	
	всього	314	100,0		314	100,0		314	100,0	

Примітка: СГ – стратифіковані за рівнем кардіоваскулярного ризику групи пацієнтів; ^a – достовірна відмінність між відповідними показниками груп порівняння на рівні не менше $p < 0,05$.

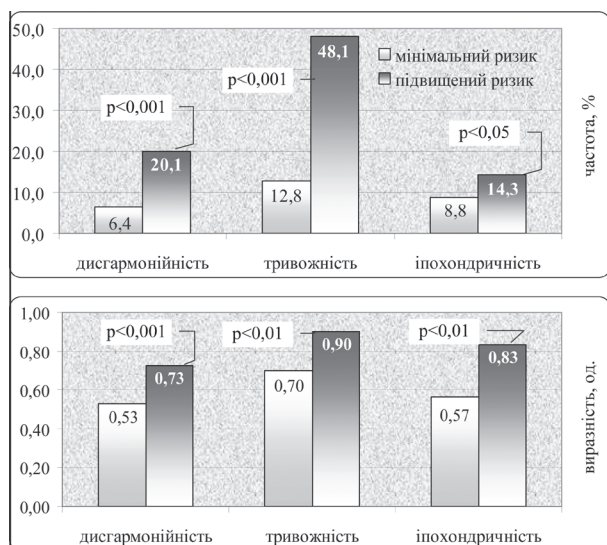


Рис. 1. Частота (у % до кількості обстежених) та середньогрупові значення виразності дисгармонійності, тривожності та іпохондричності (1,0 - значення діагностичної суми) в групах пацієнтів з різним рівнем кардіоваскулярного ризику.

При виконанні дослідження застосовано відомі та широко вживані клініко-статистичні та клініко-інформаційні методи: анамнестичний кількісний аналіз [2,3,12], варіаційна статистика [12], імовірнісний розподіл клінічних ознак з оцінкою достовірності одержаних результатів [12].

Результати дослідження та їх обговорення. Застосування медико-психологічного діагностичного інструментарію для оцінки особистісних властивостей пацієнтів КВР, дозволило охарактеризувати вплив рівня ризику на психосоматичний стан пацієнтів (табл. 1). При мКВР гармонійність взаємовідношень пацієнтів з оточуючими достовірно ($p<0,05$) менша, ніж при пКВР ($3,7\pm0,2$ б. та $5,1\pm0,4$ б., відповідно) та характеризується достовірно ($p<0,05$) більшою питомою вагою осіб зі зниженням цього показника (перша група — $93,6\pm2,2$ % пацієнтів; друга

— $79,9\pm2,9$ % пацієнтів). Загалом, $(85,4\pm2,0)$ % обстежених характеризуються як психологічно дисгармонійні особи.

Також, рівень тривожності зростає при підвищенні рівня КВР; так, якщо при мКВР високі рівні тривожності зареєстровані у $(12,8\pm3,0)$ % пацієнтів, то при пКВР, достовірно ($p<0,001$) частіше — у $(48,1\pm3,6)$ % пацієнтів. При цьому, виразність (інтенсивність) тривожності зростає з $(2,8\pm0,2)$ б. до $(3,6\pm0,3)$ б., що демонструє, принаймні, взаємозалежність рівня КВР та рівня тривожності. Отримані дані (табл. 1) дозволяють дійти висновку, що в разі пКВР має місце більша частота проявів іпохондричності: при мКВР — $(8,8\pm2,5)$ % пацієнтів, при пКВР — у $(14,3\pm2,5)$ %. Виразність проявів іпохондричності пацієнтів збільшується практично в 1,5 рази (з $(1,7\pm0,2)$ б. до $(2,5\pm0,3)$ б.).

Отже (рис. 1), за наявності підвищеного КВР частота дисгармонійних осіб достовірно ($p<0,01$) більша (практично втричі), а її виразність — більша (в 1,3-1,4 рази, ($p<0,01$)); частота високих рівнів тривожності — більша в 4 рази при достовірно більшій її виразності, тоді як частота діагностованих рівнів іпохондричності — достовірно вища ($p<0,05$) при достовірно вищих рівнях її виразності ($p<0,01$). Водночас, частота діагностованих рівнів апатичності, як властивості особистості не залежала від рівня КВР (табл. 2) та коливалась від $(1,6\pm1,1)$ % — при мінімальному КВР до $(3,7\pm1,4)$ % — при підвищеному КВР; при цьому зазначаємо, що виразність проявів апатичності серед осіб з підвищеним КВР — достовірно вища (відповідно, $(1,1\pm0,1)$ б. та $(1,9\pm0,2)$ б., $p<0,05$).

Слід зазначити, що рівень неврастенічності обстежених пацієнтів обох клінічних груп — відрізнявся та, сягаючи в середньому $(36,0\pm2,7)$ %, достовірно меншим був серед пацієнтів з мКВР, ніж при пКВР (відповідно, $(27,2\pm4,0)$ % та $(41,8\pm3,6)$ %, $p<0,05$). Виразність цих проявів, також діагностовано більшою високою (на 50%) серед осіб з пКВР у порівнян-

Таблиця 2.

Частота та виразність особистісних факторів в групах пацієнтів залежно від рівня кардіоваскулярного ризику (F_{13} – F_{15})

СГ	Особистісний опитувальник ЛНДІПН ім. В.М. Бехтерева — ЛОБІ									
	гра-дації	апатичність ($DC_{13}=3$) F_{13}			Неврастенічність ($DC_{14}=3$) F_{14}			обсесивність ($DC_{15}=4$) F_{15}		
		абс. осіб	$P\pm m, \%$	$M\pm m, балів$	абс. осіб	$P\pm m, \%$	$M\pm m, балів$	абс. осіб	$P\pm m, \%$	$M\pm m, балів$
мінімальний КВР	< ДС	123	$98,4\pm1,1$	$1,1\pm0,1$	91	$72,8\pm4,0^a$	$1,8\pm0,1$	86	$68,8\pm4,1^a$	$2,3\pm0,2$
	ДС \geq	2	$1,6\pm1,1$		34	$27,2\pm4,0$		39	$31,2\pm4,1$	
	всього	125	100,0		125	100,0		125	100,0	
підвищений КВР	< ДС	182	$96,3\pm1,4$	$1,9\pm0,2^a$	110	$58,2\pm3,6$	$2,7\pm0,3$	76	$40,2\pm3,6$	$3,9\pm0,3^a$
	ДС \geq	7	$3,7\pm1,4$		79	$41,8\pm3,6^a$		113	$59,8\pm3,6^a$	
	всього	189	100,0		189	100,0		189	100,0	
разом	< ДС	305	$97,1\pm0,9$	$1,5\pm0,3$	201	$64,0\pm2,7$	$2,3\pm0,3$	161	$51,3\pm2,8$	$3,1\pm0,5$
	ДС \geq	9	$2,9\pm0,9$		113	$36,0\pm2,7$		153	$48,7\pm2,8$	
	всього	314	100,0		314	100,0		314	100,0	

Примітка: СГ – стратифіковані за рівнем кардіоваскулярного ризику групи пацієнтів; ^a – достовірна відмінність між відповідними показниками груп порівняння на рівні не менше $p<0,05$.

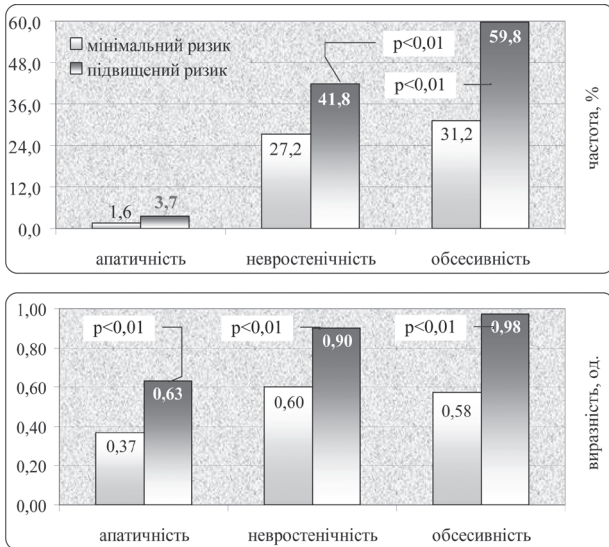


Рис. 2. Частота (у % до кількості обстежених) та середньогрупові значення виразності (1,0 - значення діагностичної суми) апатичності, неврастенічності та обсесивності в групах пацієнтів з різним рівнем кардіоваскулярного ризику.

ні з МКВР (відповідно $(1,8 \pm 0,1)\%$ б. та $(2,7 \pm 0,3)\%$ б., $p < 0,05$).

Частота обсесивності серед обстежених пацієнтів порівнюваних клінічних груп – також відрізнялася та, сягаючи в середньому $(48,7 \pm 2,8)\%$, достовірно частіше реєструвалась серед пацієнтів з підвищеним КВР, ніж при мінімальному (відповідно, $(59,8 \pm 2,8)\%$ та $(31,2 \pm 4,1)\%$, $p < 0,05$). Виразність обсесивності також діагностовано більш високою серед пацієнтів з підвищеним, ніж з мінімальним КВР (відповідно, $(2,3 \pm 0,2)\%$ б. та $(3,9 \pm 0,3)\%$ б., $p < 0,05$).

Отже (рис. 2), за наявності пКВР частота апатичних осіб достовірно не відрізняється, однак має місце зростання виразності апатичності ($p < 0,05$); частота проявів неврастенічності – більша в 1,5-1,7

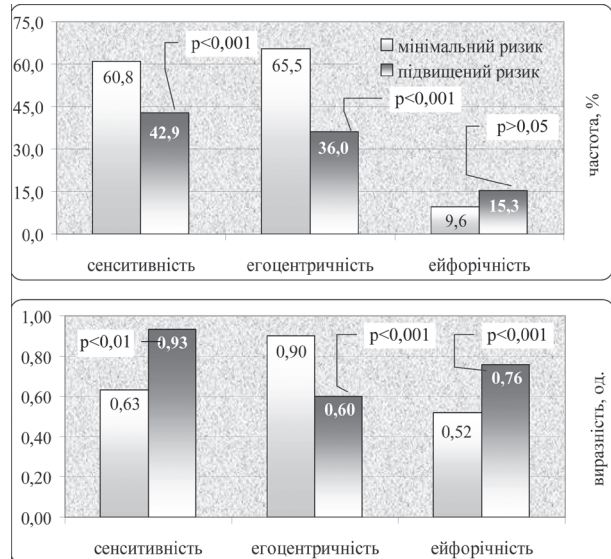


Рис. 3. Частота (у % до кількості обстежених) та середньогрупові значення виразності чутливості, егоцентричності та ейфоричності (1,0 - значення діагностичної суми) в групах пацієнтів з різним рівнем кардіоваскулярного ризику.

разів при достовірно більшій її виразності ($p < 0,01$), тоді як частота діагностованих рівнів обсесивності – достовірно вища ($p < 0,01$) при достовірно вищих рівнях її виразності ($p < 0,01$).

Частота чутливості (табл. 3) серед пацієнтів становила $(50,0 \pm 2,0)\%$ та достовірно ($p < 0,05$) відрізнялась залежно від наявності/відсутності КВР; так, серед осіб з МКВР вона становила $(60,0 \pm 4,4)\%$, тоді як при підвищеному КВР – $(42,9 \pm 3,6)\%$. При цьому, виразність проявів чутливості достовірно ($p < 0,05$) була більшою серед пацієнтів з підвищеним КВР, ніж у разі мінімального КВР (відповідно – $(2,8 \pm 0,2)$ б. та $(1,9 \pm 0,2)$ б.).

Таблиця 3.

Частота та виразність особистісних факторів в групах пацієнтів залежно від рівня кардіоваскулярного ризику ($F_{16} - F_{18}$)

СГ	Особистісний опитувальник ЛНДІПН ім. В.М. Бехтерева – ЛОБІ									
	градації	чутливість ($DC_{16} = 3$) F_{16}			егоцентричність ($DC_{17} = 3$) F_{17}			ейфоричність ($DC_{18} = 5$) F_{18}		
		абс. осіб	$P \pm m, \%$	$M \pm m, \text{балів}$	абс. осіб	$P \pm m, \%$	$M \pm m, \text{балів}$	абс. осіб	$P \pm m, \%$	$M \pm m, \text{балів}$
мінімальний КВР	< ДС	49	$39,2 \pm 4,4^a$	1,9 $\pm 0,2$	43	$34,4 \pm 4,2^a$	2,7 $\pm 0,3$	113	$90,4 \pm 2,6$	2,6 $\pm 0,2$
	ДС \geq	76	$60,8 \pm 4,4$		82	$65,5 \pm 4,2$		12	$9,6 \pm 2,6$	
	всього	125	100,0		125	100,0		125	100,0	
підвищений КВР	< ДС	108	$57,1 \pm 3,6$	2,8 $\pm 0,2^a$	121	$64,0 \pm 3,5$	1,8 $\pm 0,2^a$	160	$84,7 \pm 2,6$	3,8 $\pm 0,3^a$
	ДС \geq	81	$42,9 \pm 3,6^a$		68	$36,0 \pm 3,5^a$		29	$15,3 \pm 2,6$	
	всього	189	100,0		189	100,0		189	100,0	
разом	< ДС	157	$50,0 \pm 2,8$	2,3 $\pm 0,4$	164	$52,7 \pm 2,8$	2,2 $\pm 0,4$	273	$86,9 \pm 1,9$	3,3 $\pm 0,3$
	ДС \geq	157	$50,0 \pm 2,8$		150	$47,3 \pm 2,8$		41	$13,1 \pm 1,9$	
	всього	314	100,0		314	100,0		314	100,0	

Примітка: СГ – стратифіковані за рівнем КВР групи пацієнтів; ^a – достовірна відмінність між відповідними показниками груп на рівні не менше $p < 0,05$.

Таблиця 4.

Частота та виразність особистісних факторів в групах пацієнтів залежно від рівня кардіоваскулярного ризику ($F_{19} - F_{21}$)

СГ	Особистісний опитувальник ЛНДІПН ім. В.М. Бехтерева — ЛОБІ									
	градації	анозогнозичність ($DC_{19}=5$) F_{19}			ергопатичність ($DC_{20}=6$) F_{20}			паранояльність ($DC_{21}=3$) F_{21}		
		абс. осіб	$P \pm m, \%$	$M \pm m, \text{балів}$	абс. осіб	$P \pm m, \%$	$M \pm m, \text{балів}$	абс. осіб	$P \pm m, \%$	$M \pm m, \text{балів}$
мінімальний КВР	< ДС	101	80,8±3,5 ^a	3,4 ±0,2	118	94,4±2,1 ^a	4,1 ±0,3	82	65,6±4,2 ^a	2,3 ±0,1
	ДС ≥	24	19,2±3,5		7	5,6±2,1		43	34,4±4,2	
	всього	125	100,0		125	100,0		125	100,0	
підвищений КВР	< ДС	178	94,2±1,7	4,2 ±0,2 ^a	155	77,9±2,9	5,7 ±0,3 ^a	162	85,7±2,5	2,2 ±0,1
	ДС ≥	11	5,8±1,7 ^a		44	22,1±2,9 ^a		27	14,3±2,5 ^a	
	всього	189	100,0		189	100,0		189	100,0	
разом	< ДС	289	92,0±1,5	3,9 ±0,3	263	83,8±2,1	5,0 ±0,5	244	77,7±2,3	2,2 ±0,2
	ДС ≥	25	8,0±1,5		51	16,2±2,1		70	22,3±2,3	
	всього	314	100,0		314	100,0		314	100,0	

Примітка: СГ – стратифіковані за рівнем КВР групи пацієнтів; ^a – достовірна відмінність між відповідними показниками груп на рівні не менше $p < 0,05$.

Частота егоцентричності серед пацієнтів становила (47,3±2,8)% та достовірно ($p < 0,05$) відрізнялась залежно від наявності/відсутності КВР; так, серед осіб з мКВР вона становила (65,5±4,2)%, тоді як при пКВР – (36,0±3,5)%. При цьому, і виразність проявів егоцентричності достовірно ($p < 0,05$) була більшою серед пацієнтів з мКВР, ніж у разі пКВР (відповідно – (2,7±0,3) б. та (1,8±0,2) б.).

Ейфоричність діагностовано у (13,1±1,9)% обстежених пацієнтів; серед пацієнтів з підвищеним КВР достовірно ($p < 0,05$) частіше, ніж при мінімальному КВР виявлено діагностично значимі рівні ейфоричності (відповідно, у (15,3±2,6)% та у (9,6±2,6)% осіб). При цьому (рис. 3), виразність проявів ейфоричності достовірно ($p < 0,05$) була більшою серед пацієнтів з пКВР, ніж у разі мКВР (відповідно – (3,8±0,3) б. та (2,6±0,2) б.).

Частота анозогнозичності (табл. 4) серед пацієнтів становила (8,0±1,5)% та достовірно ($p < 0,05$) відрізнялась залежно від наявності/відсутності КВР; так, серед осіб з мКВР вона становила (19,2±3,5)%, тоді як при підвищеному КВР – лише (5,8±1,7)%. При цьому, виразність проявів анозогнозичності достовірно ($p < 0,05$) була більшою серед пацієнтів з підвищеним КВР, ніж у разі мінімального КВР (відповідно – (4,2±0,2) б. та (3,4±0,2) б.).

Частота випадків ергопатичності серед усіх обстежених пацієнтів становила (16,2±2,1)% та достовірно ($p < 0,05$) відрізнялась залежно від наявності/відсутності КВР; так, серед осіб з мКВР вона становила (5,6±2,1)%, тоді як при підвищеному КВР – (22,1±2,9)%. При цьому, виразність проявів ергопатичності достовірно ($p < 0,05$) була більшою серед пацієнтів з підвищеним КВР, ніж у разі мінімального КВР (відповідно – (5,7±0,5) б. та (4,1±0,3) б.).

Частота проявів паранояльності серед усіх обстежених пацієнтів становила (22,3±2,3)% та достовірно ($p < 0,05$) відрізнялась залежно від наявності/

відсутності КВР; так, серед осіб з мКВР вона становила (34,4±4,2)%, тоді як при підвищеному КВР – (14,3±2,5)%. Слід зазначити, що виразність проявів паранояльності достовірно ($p > 0,05$) не відрізнялась (рис. 4).

Висновки

1. При мКВР гармонійність взаємовідношень пацієнтів з оточуючими достовірно ($p < 0,05$) менша, ніж при пКВР (3,7±0,2) б. та (5,1±0,4) б., відповідно) та характеризується достовірно ($p < 0,05$) більшою питомою вагою осіб зі зниженням цього показника (перша група – (93,6±2,2)% пацієнтів; друга – (79,9±2,9)% пацієнтів). Загалом, (85,4±2,0)% обстежених характеризуються як психологічно дис-

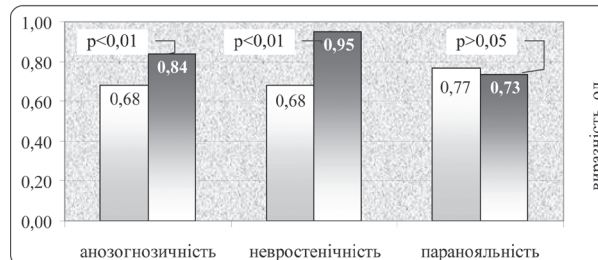
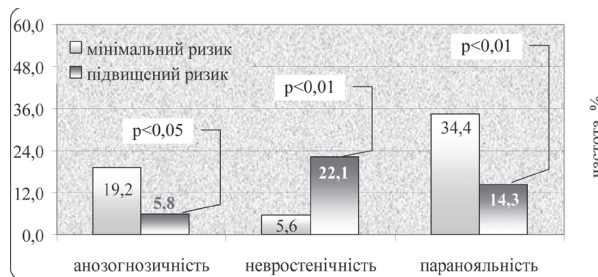


Рис. 4. Частота (у % до кількості обстежених) та середньогрупові значення виразності анозогнозичності, ергопатичності та паранояльності (1,0 - значення діагностичної суми) в групах пацієнтів з різним рівнем кардіоваскулярного ризику.

гармонійні особи. Наведене свідчить про наростання активності процесів порушення гармонійності особистості пацієнта за підвищеного рівня КВР.

2. За наявності пКВР частота дисгармонійних осіб достовірно ($p < 0,01$) більша (практично втричі), а її виразність – більша (в 1,3-1,4 рази, ($p < 0,01$)); частота високих рівнів тривожності – більша в 4 рази при достовірно більшій її виразності, тоді як частота діагностованих рівнів іпохондричності – достовірно вища ($p < 0,05$) при достовірно вищих рівнях її виразності ($p < 0,01$).

3. За наявності пКВР частота сенситивних осіб достовірно менша, однак має місце зростання виразності сенситивності ($p < 0,05$); частота проявів егоцентричності – менша в 1,6-1,8 разів при достовірно меншій її виразності ($p < 0,01$), тоді як час-

тота діагностованих рівнів ейфоричності – достовірно вища ($p < 0,05$), а її виразність також достовірно вища ($p < 0,01$).

4. За наявності підвищеного КВР частота анозогностичних осіб достовірно менша, однак має місце зростання виразності анозогностичності ($p < 0,05$); частота проявів ергопатичності – більша в 4,0 рази при достовірно більшій її виразності ($p < 0,01$), тоді як частота діагностованих рівнів паранояльності – достовірно менша ($p < 0,05$), а її виразність така ж, як і при мінімальному КВР ($p > 0,05$).

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням закономірностей змін особистісних рис пацієнтів на етапах формування та клінічної реалізації КВР.

Література

1. Горбась І.М. Шкала SCORE у клінічній практиці: переваги й обмеження / І.М. Горбась // Здоров'я України. — 2008. — № 11 (1). — С. 40-41.
2. Личко А.Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1980. — Т. 80, № 8. — С. 1195-1198.
3. Лищук В.А. Информатизация клинической медицине / В.А. Лищук // Клин. информатика и телемедицина. — 2004. — № 1. — С. 7-13.
4. Нетяженко В.З. Пацієнт високого кардіоваскулярного ризику: як покращити прогноз / В.З. Нетяженко, О.Г. Пузанова // Внутрішня медицина. — 2008. — № 5-6. — С. 123-129.
5. Органов Р.Г. Новый способ оценки индивидуального сердечно-сосудистого суммарного риска для населения России / Р.Г. Органов, С.А. Шальнова, А.М. Калинина // Кардиология. — 2008. — № 5. — С. 85-89.
6. Панченко М.С. Медико-психологічні, санологічні та генеалогічні передумови формування підвищеного серцево-судинного ризику у пацієнтів з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту / М.С. Панченко // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Збірник наукових праць. — 2013. — Вип. 4. (118). — С. 280-287.
7. Панченко М.С. Прогностичне значення медико-психологічних факторів в оцінці серцево-судинного ризику / М.С. Панченко // Вісник проблем медицини та біології. — 2013. — Вип. 4, Т. 1. — С. 193-197.
8. Панченко М.С. Психологічні особливості хворих з соматичною патологією та кардіоваскулярний ризик / М.С. Панченко // Вісник проблем медицини та біології. — 2013. — Вип. 4, Т. 2. — С. 149-153.
9. Панченко М.С. Санологія та клінічна медицина: методологія та досвід популяційного аналізу психосоматичних розладів у молодому віці / М.С. Панченко, С.П. Шкляр, Д.П. Перцев, Л.В. Черкашина // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Збірник наукових праць. — 2011. — Вип. 6 (108). — С. 457-467.
10. Приходько В.Ю. Пациент высокого риска — кто он? / В.Ю. Приходько // Здоров'я України. — 2010. — № 3. — С. 18-19.
11. Сіренко Ю.М. Ефективність профілактичних заходів для попередження розвитку серцево-судинних захворювань / Ю.М. Сіренко // Сімейна медицина. — 2006. — № 1. — С. 52-60.
12. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Заг. ред. В.М. Москаленко, Ю.В. Вороненко. — Тернопіль, 2002. — С. 50-75.

УДК: 616.89 - 036.12 - 06: 616.85

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЛАСТИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ

Панченко М. С.

Резюме. На основі медико-психологічного вивчення стратифікованих за рівнем кардіоваскулярного ризику груп пацієнтів молодого віку доведено, що за наявності мКВР гармонійність взаємовідношень пацієнтів з оточуючими достовірно ($p < 0,05$) менша, ніж при пКВР ($3,7 \pm 0,2$) б. та ($5,1 \pm 0,4$) б., відповідно та характеризується достовірно ($p < 0,05$) більшою питомою вагою осіб зі зниженням цього показника (перша група — $(93,6 \pm 2,2)\%$ пацієнтів; друга — $(79,9 \pm 2,9)\%$ пацієнтів). Наведене свідчить про наростання активності процесів порушення гармонійності особистості пацієнта за підвищеного рівня КВР. З'ясовано, що при пКВР частота дисгармонійних осіб достовірно ($p < 0,01$) більша (практично втричі), а її виразність – більша (в 1,3-1,4 р., ($p < 0,01$)); частота високих рівнів тривожності – більша в 4 р. при достовірно більшій її виразності, тоді як частота діагностованих рівнів іпохондричності – достовірно вища ($p < 0,05$) при достовірно вищих рівнях її виразності ($p < 0,01$). За наявності пКВР частота сенситивних осіб достовірно менша, однак має місце зростання виразності сенситивності ($p < 0,05$); частота проявів егоцентричності – менша в 1,6-1,8 разів при достовірно меншій її виразності ($p < 0,01$), тоді як частота діагностованих рівнів ейфоричності – достовірно вища ($p < 0,05$), а її виразність також достовірно вища ($p < 0,01$). Наведене демонструє, що за умов підвищеного КВР можуть динамічно змінюватися особистісні властивості пацієнтів, що потребує розробки засобів медико-психологічного моніторингу (діагностики, корекції, оцінки ефективності впливу).

Ключові слова: медична психологія, кардіоваскулярний ризик, особистість.

УДК: 616.89 - 036.12 - 06: 616.85

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Панченко Н. С.

Резюме. На основании медико-психологического исследования стратифицированных по уровню кардиоваскулярного риска групп пациентов молодого возраста доказано, что при наличии минимального КВР (мКВР) гармоничность взаимоотношений пациентов с окружающими достоверно ($p < 0,05$) меньше, чем при повышенном КВР (пКВР) ($3,7 \pm 0,2$) б. и ($5,1 \pm 0,4$) б., соответственно и характеризуется достоверно ($p < 0,05$) большим удельным весом лиц со снижением этого показателя (первая группа — $(93,6 \pm 2,2)\%$ пациентов; вторая — $(79,9 \pm 2,9)\%$ пациентов). Указанные факты свидетельствуют о нарастании активности процессов нарушения гармоничности личности пациента при пКВР. Установлено, что при пКВР частота дисгармонических личностей достоверно ($p < 0,01$) больше (практически в три раза), а её выраженность — больше в 1,3-1,4 р., ($p < 0,01$); частота высоких уровней тревожности — больше в 4 р. при достоверно большей её выраженности, в то время как частота диагностированных уровней ипохондричности — достоверно выше ($p < 0,05$) при достоверно более высоких уровнях её выраженности ($p < 0,01$). При наличии пКВР частота сенситивных лиц достоверно меньше, однако, имеет место увеличение выраженности сенситивности ($p < 0,05$); частота проявлений эгоцентричности — меньше в 1,6-1,8 раз при достоверно меньшей её выраженности ($p < 0,01$), тогда как частота диагностированных уровней эйфоричности — достоверно выше ($p < 0,05$), а её выраженность также достоверно выше ($p < 0,01$). Изложенное демонстрирует, что в случае пКВР могут динамично изменяться личностные свойства пациентов, что требует разработки средств медико-психологического мониторинга (диагностики, коррекции, оценки эффективности воздействия).

Ключевые слова: медицинская психология, кардиоваскулярный риск, личность.

UDC: 616.89 - 036.12 - 06: 616.85

MEDICAL PSYCHOLOGICAL RESEARCH OF THE PERSONALITY OF PATIENTS WITH DIFFERENT CARDIOVASCULAR RISK LEVELS

Panchenko M. S.

Abstract. It is due to use of medical psychological diagnostic tools to assess personality characteristic of patients with cardiovascular risk (CVR) reference of the risk level influence for psychosomatic state of patients came possible.

It is proved, that in the case of minimal CVR (mCVR) harmonious relationships with others patients was significantly ($p < 0,05$) lower than in the case of increased CVR (iCVR) ($3,7 \pm 0,2$) points and ($5,1 \pm 0,4$) points, respectively. This facts are based on the medical and psychological study stratified by level of cardiovascular risk groups of young patients. It is characterized by significantly ($p < 0,05$) higher proportion of persons with a decrease of this indicator (the first group — $(93,6 \pm 2,2)\%$ of patients, the second one — $(79,9 \pm 2,9)\%$ of patients. The foregoing shows the increase of activity of excitation harmony of the individual patient for increased levels of CVR. It is found that when CVR is higher, frequency of disharmony significantly ($p < 0,01$) higher (almost in three times), and its severity more (1.3-1.4 g., ($P < 0,01$)); the frequency of high levels of anxiety is in 4 times more, when its severity is significantly greater, whereas the incidence of diagnosed levels of hypochondriacal is significantly higher ($p < 0,05$) with significantly higher levels of its expression ($p < 0,01$). The frequency of occurrence of sensitive individuals is significantly less in case of iCVR, but severity of sensitivity increases ($p < 0,05$). The frequency of self-centeredness is less in 1,6-1,8 times with significantly lower of its severity ($p < 0,01$), whereas the incidence of euphoric levels is significantly higher ($p < 0,05$), and its severity is significantly higher ($p < 0,01$) also. It demonstrates that in high CVR conditions the personality traits can dynamically change, that is why it needs to fund medical and psychological monitoring (diagnostics, correction, evaluation of impact results).

It is also found that the number of anosognosic persons is significantly lower in case of iCVR but increasing of the anosognosticism severity take place ($p < 0,05$). The incidence of ergopathicity is 4 times higher in connection with its severity ($p < 0,01$). In the same time the incidence of diagnosed paranoia levels significantly less ($p < 0,05$) and its severity is the same as in case of mCVR ($p > 0,05$).

It is follows from the above that prospects for future investigations have be connected with regularities study of the personality features changing at the stages of CVR formation and clinical manifestation.

Keywords: medical psychology, cardiovascular risk, personality.

Рецензент — проф. Скрипніков А. М.

Стаття надійшла 29.11.2016 року