

УДК: 616.126-008.331.1:159.923-039.76

ОЦІНКА ДЕЗАДАПТИВНОЇ РОЛІ ОСОБИСТІСНИХ ФАКТОРІВ У ОБМЕЖЕННІ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ХВОРИХ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

А. В. Іпатов, І. В. Дроздова, О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова,
О. В. Танцура, Ю. В. Ткаченко

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ
України», м. Дніпропетровськ

Резюме

Изучены личностные особенности больных с врожденными пороками сердца в отдаленном периоде после оперативных вмешательств. Выделены наиболее значимые психологические показатели для оценки состояния таких пациентов. Сделан вывод о дезадаптивном характере формирования структуры личности у этих лиц, что в значительной степени будет препятствовать реализации программ реабилитации данного контингента больных.

Ключевые слова: оперированные врожденные пороки сердца, личностные особенности, ограничения жизнедеятельности.

Summary

Personal features in patients with congenital heart disease in the remote period after surgery were studied. The most important psychological parameters for the assessment of these patients are highlighted. Conclusion the nature of the formation of disadaptive personality structure of these persons that would greatly hinder the implementation of rehabilitation programs for this group of patients was made..

Keywords: the operated congenital heart diseases, personality features, limitations of vital functions.

Вроджені вади серця (ВВС) – це аномалії та деформації клапанів, отворів чи перегородок між камерами серця чи судинами, які порушують внутрішньо-серцеву й системну гемодинаміку та призводять до розвитку гострої або хронічної недостатності кровообігу [8, 9]. ВВС сьогодні – одна із розповсюджених аномалій розвитку у дітей, їх частота сягає 30% від усіх вад розвитку [5, 17]. Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10) виділяє: вроджені вади розвитку порожнин серця та сполучень, серцевої перегородки, легеневого та тристулкового клапанів, аортального та мітрального клапанів, великих артерій та вен, інші вроджені вади розвитку серця [11].

У лікуванні хворих із ВВС провідну роль має їх своєчасна хірургічна корекція; нині впроваджено значну кількість різних методів оперативного втручання, які весь

час поліпшуються [2, 9]. У віддалений після хірургічної корекції термін рівень соціально-трудова адаптації хворих не тільки не підвищується, але й навіть знижується. При цьому причини і механізми виникнення обмежень життєдіяльності у таких пацієнтів залишаються недостатньо дослідженими.

Мета роботи: визначити роль особистісних факторів (особистісних і характерологічних відмінностей, внутрішньої картини хвороби, розумових функцій) у обмеженні життєдіяльності у хворих із ВВС у віддалений після хірургічної корекції термін.

Матеріали та методи дослідження

Відкрите контрольоване дослідження, що проводилось на базі Державної установи «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних

проблем інвалідності МОЗ України», після отримання інформованої згоди, охоплювало 70 хворих з ВВС після хірургічної корекції. Дизайн дослідження: критеріями включення до дослідження були – наявність ВВС після хірургічної корекції, вік від 18 до 50 років; критеріями виключення – відсутність оперативних втручань при вроджених вадах серця, вік до 18 років, наявність тяжких резидуальних станів або ускладнень хірургічних корекцій, необхідність повторного оперативного втручання, коморбідність із важкою супутньою патологією.

Середній вік обстежених складав $27,5 \pm 1,24$ року; серед них було 34 жінки та 36 чоловіків. Їх було розподілено на 4 групи: до I групи увійшло 28 хворих із вродженими вадами розвитку серцевої перегородки (Q 21), до II – 18 осіб із тетрадою Фалло (Q 21.3), до III – 18 пацієнтів із вродженими вадами розвитку великих артерій (Q 25), до IV – 6 хворих із вродженими вадами розвитку клапанів серця (Q 24, Q 23). У середньому вік пацієнтів, яким було проведено оперативну корекцію ВВРСК, становив для хворих із вродженими вадами розвитку серцевої перегородки – $18,2 \pm 2,4$; із тетрадою Фалло – $8,2 \pm 1,6$; із вродженими вадами розвитку великих артерій – $14,5 \pm 2,3$; із вродженими вадами розвитку клапанів серця – $18,2 \pm 3,1$ року відповідно. До групи контролю увійшли 20 здорових добровольців. Групи були зіставлені між собою й суттєво не відрізнялись за віком і статтю.

Психопатологічна діагностика, згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб (МКХ-10), базувалась на принципі відповідності психічних розладів критеріям об'єктивності, репрезентативності та верифікованості, на субстратному і структурному аналізах, діахронічній структурі психічних розладів [11].

Для визначення особливостей характеру хворих використовували опитувальник Г. Шмішека [6]. Виділяли 10 типів акцентуованих особистостей, які розділялись на дві групи: акцентуації характеру (Де – демонстративна, П – педантична, За – застрягаюча, Зб – збудлива) та акцентуації темпераменту (Гт – гіпертимна, Ди –

дистимічна, Т – тривожна, Ц – циклотимічна, Ем – емотивна, Екз – екзальтована). Отримані дані представляли у вигляді «профілю особистісних акцентуацій», за якими визначали легкі (10,0 – 11,9 бала), помірні (12,0 – 14,9 бала), тяжкі (15,0 – 19,9 бала), абсолютні проблеми (20,0 балів і вище). Додатково виявляли поширеність та комбінації акцентуацій характеру.

Для вивчення особистісних відмінностей використовували методику багатостороннього дослідження особистості [1, 6, 16]. Виділяли три допоміжні та 10 базисних шкал: L – брехливості, F – достовірності, К – корекції, Нs – іпохондрії, D – депресії, Ну – істерії, Pd – психопатії, Мt – чоловічості–жіночості, Ра – паранояльності, Pt – психастенії, Sc – шизоїдності, Ма – гіпоманії, Si – інтроверсії. За результатами обстеження будували особистісний профіль, за яким визначали легкі (41,9 – 50,9 Т – балів), по-мірні (51,0 – 60,9 Т – балів), тяжкі (70,0 – 78,9 Т – балів), абсолютні проблеми (79,0 Т – балів і вище).

Для визначення характерологічних рис хворих використовували методику Р. Кеттела [6, 16]. Визначали 16 факторів, за якими оцінювали особистісні якості: А – стриманість–товариськість, В – обмежене мислення–кміпливість, С – емоційна стійкість, Е – незалежність–підлегливість, F – стурбованість–безтурботність, G – виразна сила «Я» – безпринциповість, Н – сміливість–боязкість, J – податливість–жорстокість, L – підозрілість–довірливість, М – непрактичність–практичність, N – гнучкість–прямолинійність, О – тривожність–спокій, Q1 – радикалізм–консерватизм, Q2 – самостійність–навіюваність, Q3 – високий–низький самоконтроль, Q4 – напруженість–релаксація, MD – брехливість–правдивість. За характерологічними рисами визначали відсутність або ступінь проблеми, яку вони представляли: легкі – (6,0 – 8,9), помірні (4,0 – 5,9), тяжкі (2,0 – 3,9), абсолютні проблеми (0 – 1,9 бала) відповідно.

Види реагування на хворобу вивчали за допомогою методики психологічної діагностики типів ставлення до хвороби (ТСХ) [7]. Визначали такі види: Гр – гармонічний, Т – тривожний, І – іпохондрич-

ний, М – меланхолічний, А – апатичний, Н – неврастенічний, О – обсессивно-фобічний, С – сенситивний, Я – егоцентричний, Ф – ейфоричний, З – аназогнозичний, Р – ергопатичний, П – паранояльний. Тяжкими й абсолютними є проблеми у пацієнтів при діагностичних числах для ергопатичного типу – 10,0 – 11,9 та вище 12,0; для ейфоричного й аназогнозичного – 9,0 – 10,9 та вище 11,0; для тривожного й обсессивно-фобічного – 7,0 – 8,9 та вище 9,0; для іпохондричного, меланхолічного, апатичного, неврастенічного, сенситивного, егоцентричного, паранояльного – 5,0 – 6,9 та вище 7,0 балів, відповідно.

Для визначення якості життя хворих із ВВС використовували опитувальник «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (міжнародний аналог 36-Item Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36) [13, 14].

При визначенні якості життя фізичний статус хворих оцінювався фізичною активністю (ФА), роллю фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ) та болем (Б); психічний статус – соціальною активністю (СА), психічним здоров'ям (ПЗ) та обмеженням життєдіяльності внаслідок емоційних проблем (РЕ); загальний статус – життєздатністю (ЖЗ) та загальною оцінкою власного здоров'я (ЗЗ), порівнянням самопочуття (ПрС). Як легкі проблеми розглядали оцінку якості життя у 95–76, помірні – у 75–51, важкі – у 50–5, абсолютні – в 4 і менше балів.

Серед розумових функцій вивчали розумову працездатність, її продуктивність, концентрацію й переключення уваги, оперативну й мовно-слухову пам'ять, праксис, логіку дій [6, 16]. За результатами тестів оцінювали ступінь проблеми, яку представляла розумова працездатність: легкі проблеми – при виконанні 47 – 38 рядків та допущенні 3 – 12 помилок, помірні – при 24 – 37 та 13 – 24, тяжкі – при 3 – 23 і 25 – 47, абсолютні – менше 3 рядків і 48 – 50 помилок відповідно. Продуктивність розумової праці, концентрацію й переключення уваги вважали як легкі проблеми – при наявності 7 – 36, як помірні – 37 – 73, як тяжкі – 74 – 149, абсолютні – більше 150 помилок. Оперативну й мовно-слухову

пам'ять оцінювали як легкі проблеми – при запам'ятовуванні 9 – 8 слів, помірні – 7 – 5, важкі – 4 – 2 чи абсолютні – 1 слово. Праксис і логіку дій представляли як легкі проблеми – при 1, помірні – при 2, тяжкі – при 3, абсолютні – при 4 помилках відповідно.

Для обробки результатів дослідження застосовували методи математичної статистики. Статистична обробка вибірки містила первинний статистичний аналіз: оцінку середнього арифметичного (М), середнього квадратичного відхилення (S), помилку середньої арифметичної (m). Для оцінки різниць між вибірками використовували критерії однорідності. Рівень довірчої ймовірності (P) був > 0,95. Проводили регресійний і кореляційний аналізи, відбір інформативних ознак [19, 20].

Результати та обговорення

Упровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) дало можливість розробити єдині методологічні підходи до визначення показників здоров'я та показників, пов'язаних із здоров'ям (доменів) [12]. У контексті здоров'я МКФ визначає: **функції організму** – як фізіологічні функції систем організму (включаючи психічні функції); **структури організму** – як анатомічні частини організму; **порушення** – як проблеми, які виникають у функціях чи структурах; **активність** – як виконання завдань чи дій індивідом; **участь** – як залучення індивіда у життєву ситуацію. **Обмеження активності** характеризують труднощі у здійсненні активності, які можуть виникати у індивіда; **обмеження можливості участі** – визначають проблеми, які можуть виникати у індивіда при залученні у життєві ситуації; **фактори оточуючого середовища** формують фізичне й соціальне оточення, середовище відносин і установок, де люди живуть та проводять свій час. Під **особистісними факторами** розуміють індивідуальні характеристики, які складаються із рис людини, що не є частиною змін здоров'я чи показників здоров'я. Вони охоплюють, згідно з МКФ, стать, расу, вік, інші зміни здоров'я, тренуваність, спосіб життя, виховання, со-

ціальне оточення, освіти, професію, життєвий досвід, тип особистості й характеру, інші характеристики, які можуть впливати на обмеження життєдіяльності.

МКФ має дві частини, кожна з яких складається з двох складових. I складова (функціонування та обмеження життєдіяльності) визначає функції та структури організму; активність і участь; II складова (фактори контексту) характеризує фактори оточуючого середовища та особистісні фактори. Кожна складова може бути представлена як позитивними, так і негативними полюсами.

Розумові функції розглядаються в МКФ серед інших функцій організму та у зв'язку зі структурами організму. Вони охоплюють *глобальні* (функції свідомості, орієнтації, інтелектуальні, глобальні психосоціальні, сну, темперамент і особистісні функції, вольові та спонукальні) та *специфічні розумові функції* (уваги, пам'яті, психомоторні функції, емоцій, сприйняття, мислення, пізнавальні функції високого рівня, розумові функції мовлення, функції розрахунку, розумові функції послідовних складних рухів, функції самопочуття та відчуття часу).

Активність та участь, згідно з МКФ, охоплюють усі сфери життя: навчання та використання знань, загальні завдання й вимоги, спілкування, мобільність, самообслуговування, побутове життя, міжособистісну взаємодію, головні сфери життя, життя у спільноті, суспільне та громадське життя.

Усі складові МКФ (функції та структури організму, активність та участь, фактори оточуючого середовища) вимірюються за допомогою єдиної шкали: 0 – 4% – *немає* проблем (ніяких, відсутні, мінімальні); 5 – 24% – *легкі* проблеми (незначні, слабкі); 25 – 49% – *помірні* проблеми (середні, значущі); 50 – 95% – *тяжкі* проблеми (високі, інтенсивні); 96 – 100% – *абсолютні* проблеми (повні). Визначення позитивного чи негативного впливу значення особистісних факторів, згідно з МКФ, не передбачено.

Запропонована нами модель оцінки функціонування й обмежень життєдіяльності розглядає особистісні фактори на

рівні структури та функцій організму, активності та участі. Ці фактори, поряд із структурами і функціями організму, обумовлюють ступінь активності й участі хворого у суспільному житті.

Усередині особистісних факторів мають бути виділені структура особистості й розумові функції. У структурі особистості необхідно вивчати особистісні й характерологічні відмінності, внутрішню картину хвороби та їх взаємозв'язки; серед розумових функцій – розумову працездатність, її продуктивність, концентрацію й переключення уваги, оперативну пам'ять, мовно-слухову пам'ять, праксис, логіку дій.

Активність й участь характеризують якість життя, навчання та використання знань, загальні завдання й вимоги, спілкування, мобільність, самообслуговування, побутове життя, міжособистісну взаємодію, головні сфери життя, життя у спільноті, суспільне та громадське життя. Для оцінки ступеня порушень, обмежень можливостей або перешкод необхідно використовувати єдину шкалу оцінок як для особистісних факторів, так і розумових функцій, активності й участі у суспільному житті.

У хворих із ВВС у віддалений після хірургічної корекції термін виявлені психічні та поведінкові розлади, які значною мірою обмежують життєдіяльність і погіршують якість життя [10]. Психопатологічна діагностика свідчила, що у 86,2% хворих із ВВС виявлялись психічні та поведінкові розлади: афективні розлади (розлади настрою) – 25,0% (легкий депресивний епізод (F32) – 11,2%, дистимія (F34.1) – 88,8%); невротичні розлади, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади – 58,3% (змішаний тривожно-депресивний розлад (F41.2) – 14,3%, неврастенія (F48.0) – 61,9%, іпохондричний розлад (F45.2) – 23,8%); розлад зрілої особистості та поведінки у дорослих – 2,9% (тривожний розлад [уникнення] особистості (F60.6) – 100%. Найпоширенішою із них була неврастенія, від якої потерпали 36,1% хворих; значно рідше зустрічався тривожний розлад [уникнення] особистості – у 2,9% осіб. Лише у 13,8% хворих із ВВС не було виявлено психічних і поведінкових розладів.

Вивчення акцентуації характеру свідчить, що у більшості хворих із ВВС (81,0%) діагностувались акцентуовані риси (чисті – у 44,0; змішані – у 37,0%), а у 19,0% – акцентуації не виявлялись. Особистісний профіль цих пацієнтів характеризувався виразністю емотивної, циклотимічної та екзальтованої акцентуації характеру. У структурі чистих акцентуацій виділялись емотивна, циклотимічна, екзальтована, гіпертимна та застрягаюча. Серед усіх характерологічних рис найбільш поширеними були емотивна, циклотимічна та екзальтована; значно менше виявлялись демонстративна, педантична, гіпертимна, застрягаюча, збудлива й тривожна [6]. Проявами загострення акцентуацій у хворих були їхні чуттєвість, вразливість, м'якосердя, серйозне ставлення до проблем (емотивна акцентуація); різка зміна активної діяльності, підвищення балакучості, перепади збудливості та пригніченості, сповільненості реагування й мислення (циклотимічна акцентуація); виразні емоційні прояви на життєві ситуації, почуття страху із вегетативними реакціями (гіпертимна акцентуація); необов'язковість, нездатність виконувати кропітку роботу; злопам'ятливість та мстивість (застрягаюча акцентуація) [3].

Тяжкими проблемами для хворих із ВВС у віддалений після оперативних втручань термін можна було вважати загострення емотивної, циклотимічної та екзальтованої акцентуацій; помірними – демонстративної, застрягаючої, педантичної, збудливої. У пацієнтів із вродженими дефектами розвитку серцевої перегородки проблемою була ще й виразність застрягаючої; у хворих із тетрадою Фалло – демонстративної; у хворих із вродженими дефектами розвитку великих артерій – гіпертимної акцентуації характеру. Усі ці характерологічні риси впливали на функціонування та обмежували життєдіяльність хворих із ВВС.

Дослідження особистісних особливостей свідчило, що хворим із ВВС були притаманні іпохондрична фіксація на здоров'ї (Hs – іпохондрія); емоційна лабільність, чутливість до впливу середовища, демонстративна поведінка (Hu – істерія). Їм влас-

тиві афективна ригідність, педантизм (підвищення за шкалою Pa – параной); вороже підозріла поведінка, тривожність, невпевненість, конформність (Pt – психастенія); індивідуалізм, своєрідність інтересів, непередбачуваність вчинків, відрив від реальності (Sc – шизоїдність); утруднення міжособистісних контактів, звернення переважно у світ суб'єктивних переживань (Si – інтроверсія) [4].

Тяжкими проблемами для хворих із ВВС у віддалений після хірургічної корекції термін були намагання уявити себе «у вигідному світі» (L-F); іпохондрична фіксація, контроль та орієнтація на нормативність, підвищена увага до порушень здоров'я (Hs – іпохондрія); чуттєвість, тривожність, боязкість, сором'язливість, нездатність до самостійного прийняття рішень, відсутність упевненості в собі, відчай при незначних поразках (D – депресія); намагання привернути до себе увагу, вирішення проблем шляхом поринання у хворобу, використання соматичних симптомів як засобу уникнення відповідальності (Hu – істерія). Особливостями пацієнтів із вродженими дефектами розвитку серцевої перегородки, включаючи й хворих із тетрадою Фалло, було те, що тяжкими проблемами для них виступали індивідуалізм (Pd – психопатія), своєрідність інтересів і відрив від реальності (Sc – шизоїдність) [4].

Помірними проблемами для них ставали необхідність збереження соціального статусу інваліда, підтримка постійних установок й інтересів (Pd – психопатія); ідентифікація з традиційною культурою та соціальним значенням чоловіка або жінки, характер життєвого досвіду, естетичних і культурних інтересів (Mt – чоловічість-жіночість); афективна ригідність, підозрілість, вороже обмірковування дій інших людей, виразність міжособистісних конфліктів (Pa – параноя); індивідуалізм, своєрідність інтересів, не передбачуваність вчинків, ірраціональний підхід до вирішення проблем, відрив від реальності (Sc – шизоїдність); надмірна активність, значна кількість планів та ідей, що не втілюються у життя внаслідок переоцінки власних можливостей (Ma – гіпоманія);

труднощі у міжособистісних контактах і суб'єктивних переживаннях (Si – інтроверсія). Ці особистісні відмінності суттєво обмежували їх функціонування та життєдіяльність хворих із ВВС. Обмежувачими чинниками життєдіяльності були такі особистісні відмінності, як Hs – іпохондрія, Pa – параноя, Si – інтроверсія.

Вивчення характерологічних особливостей хворих із ВВС свідчить, що їм були притаманні надмірна зарозумілість, підозрілість, спрямованість інтересів на самих себе, пошук недоліків у інших, ревності, заздрощі (+L); невпевненість у собі, часті прояви хвилювання (+O, –C); тривога, депресія, вразливість (+Q3); дисциплінованість, контроль над своїми емоціями, заклопотаність власною суспільною репутацією (+Q3); усвідомлене дотримання норм поведінки, намагання слідувати встановленим правилам і обов'язкам (+G); розвинена увага, орієнтація як на внутрішній світ, так і на зовнішню реальність (+M); розсудливість, цинізм (+N); незалежність, обвинувачення у конфліктах інших (+E); суб'єктивізм, прагнення до незалежності, скептицизм, прагматизм (–J); консерватизм, схильність до моралізації та виховання (–Q1) [3].

Тяжкими проблемами хворих із ВВС були консерватизм, дотримання традицій, сумніви стосовно нових ідей (+G); скептицизм, цинізм, прагматизм (–J). У хворих із вродженими дефектами розвитку серцевої перегородки – ще й холодність, непристосованість у відносинах із іншими (+E); у хворих із тетрадою Фалло – підвищена обережність, розсудливість (+N), стриманість, песимізм (+Q3), бажання уявити себе «у вигідному світі» (–MD). Ці характерологічні особливості значно впливають на їхню життєдіяльність.

Визначення типів реагування на захворювання свідчить, що найбільш виразними у хворих із ВВС були: гармонічний, ейфоричний та ергопатичний; у пацієнтів із вродженими дефектами розвитку серцевої перегородки та з тетрадою Фалло – ще й сенситивний ТСХ. Чисті види реагування на захворювання відзначались у 21,8%, змішані – у 78,2% обстежених. У структурі чистих типів паранояльний зустрічався у

33,2%, апатичний, неврастенічний, гармонічний, сенситивний типи – у 14,3% хворих. Найбільш поширеними серед змішаних ТСХ були паранояльний та сенситивний (по 44,0%), ейфоричний (у 32,0%), неврастенічний та егоцентричний (по 28,0%) [3].

Тяжкими проблемами у хворих із ВВС були дратівлива слабкість, спалахи емоцій, нетерпимість (неврастенічний ТСХ); стурбованість несприятливим враженням, до якого могли призвести відомості про вроджені вади, страх стати тягарем для оточуючих, викликати їх недобррозичливе ставлення (сенситивний ТСХ); упевненість, що захворювання було результатом ворожого наміру, надмірна підозрілість до ліків та процедур, коли можливі ускладнення, побічна дія медикаментів приписувались відсутності кваліфікації у лікарів (паранояльний ТСХ); поринання «у хворобу», демонстрація оточуючим своїх страждань та переживань, підкреслювання «особливості своєї вади», значна потреба у піклуванні оточуючих (егоцентричний ТСХ). Водночас приєднання необґрунтовано підвищеного настрою, зневаги, легковажного ставлення до свого захворювання, порушення режиму лікування призводили до виникнення проблем при лікуванні цих пацієнтів (ейфоричний ТСХ).

Таким чином, патофізіологічною основою формування «психологічної» дезадаптації у хворих із ВВС було загострення емотивної, циклотимічної та екзальтованої акцентуацій характеру, які сприяли формуванню бажання уявити себе «у кращому світі», демонстративної поведінки, емоційної лабільності, надмірної вразливості, невпевненості у собі, індивідуалізму, цинізму, непередбачуваності вчинків, відриву від реальності та іпохондричному реагуванню на захворювання, що у подальшому суттєво знижувало їх якість життя.

Важкими проблемами для пацієнтів із вродженими дефектами розвитку серцевої перегородки у віддаленій після оперативної корекції термін були фізична активність, роль фізичних і емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, загальне здоров'я, порівняння самопочуття; у осіб із вродженими дефектами розвитку великих

артерій – ще й життєздатність; а для хворих із тетрадою Фалло – лише роль фізичних і емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності та загальне здоров'я [10].

Низька якість життя хворих із ВВС, обумовлена як функціональними, так і особистісними чинниками, свідчила про погіршення життєздатності пацієнтів.

Структура особистості й сприйняття якості життя у хворих із ВВС були асоційовані з їхніми розумовими функціями. Характерологічні й особистісні риси пацієнтів (N – гнучкість–прямолинійність, намагання уявити себе «у кращому світі», Pd – психопатія, Mt – чоловічість–жіночість, Pa – параноя, Ma – гіпоманія), obsесивно–фобічний ТСХ та показник якості життя (психічне здоров'я) корелювали з продуктивністю їхньої розумової роботи. Егоцентричний ТСХ та відмінності характеру й особистості (тривожна й екзальтована акцентуація, O – тривожність–спокій, намагання уявити себе «у кращому світі») були сполучені з рівнем мовно-слухової пам'яті. Гармонічний та сенситивний ТСХ, а також особливості характеру (гіпертимна акцентуація, L – підозрілість–довірливість, Q3 – високий–низький самоконтроль, намагання уявити себе «у кращому світі») були поєднані з праксисом.

Помірними проблемами для хворих із ВВС були рівні продуктивності розумової працездатності, праксису й мовно-слухової пам'яті. У віддаленій після хірургічної корекції термін особистісні відмінності й розумові функції взаємообтяжували життєдіяльність таких пацієнтів.

Таким чином, можна вважати, що у хворих із ВВС виділено три варіанти пристосування до хвороби. Адаптивному типу (формуванню гармонічного, ергопатичного та анозогнозичного ТСХ) у цих пацієнтів сприяли такі риси характеру, як чутливість, вразливість, збудливість, прагнення до схвалення та заохочення, самовпевненість, бажання незалежності, розсудливість, цинізм, дисциплінованість, точність у виконанні соціальних вимог.

До дезадаптивного характеру пристосування до хвороби (становленню тривожного, obsесивно–фобічного, іпохондрично-

го, неврастенічного, меланхолічного, апатичного ТСХ) призводили іпохондрична фіксація на порушеннях соматичного здоров'я, збудливість, дратівливість, емоційна лабільність, демонстративна поведінка, вразливість, чутливість, песимізм, боязкість, невпевненість, тривожність, примітивне мислення, труднощі в оволодінні новим матеріалом.

Дезадаптивний тип пристосування до хвороби (формування сенситивного, егоцентричного, паранояльного та ейфоричного ТСХ) відбувався при таких психологічних особливостях, як іпохондрична фіксація на порушеннях соматичного здоров'я, вразливість до стресів, невпевненість у собі, тривожність, обачливість, боязкість, бажання стабільності, негативне ставлення до змін, внутрішня конфліктність, афективна ригідність, педантизм, підпорядкованість, низький самоконтроль, індивідуалізм, непередбачуваність вчинків. Своєчасне виявлення й корекція формування дезадаптивних видів реагування на захворювання сприятиме поліпшенню функціонування й покращенню життєдіяльності хворих із ВВС.

Найбільш інформативними для хворих із ВВС у віддаленій після оперативної корекції строки були, згідно з МКФ, такі сфери життєдіяльності: головні сфери життя, навчання та використання знань; мобільність; побутове життя; міжособистісна взаємодія; самообслуговування.

Можливість пацієнтів до реалізації у головних сферах життя була асоційована із гіпертимною і тривожною акцентуаціями характеру: C – емоційною стійкістю, N – гнучкістю–прямолинійністю, Q4 – напруженістю–релаксацією; Pt – психастенією, Si – інтроверсією, гармонічним і ейфоричним ТСХ. Здатність до навчання та використання знань у хворих із ВВС корелювала з гіпертимною акцентуацією характеру: E – незалежністю–підлеглистю, N – гнучкістю–прямолинійністю, L–F – бажанням уявити себе «у кращому світі», Hs – іпохондрією, D – депресією, Si – інтроверсією; гармонічним типом реагування на захворювання, розумовою працездатністю та її продуктивністю, концентрацією уваги, оперативною пам'яттю, праксисом.

Характеристика мобільності у цих осіб була обумовлена виразністю гіпертимної та емотивної акцентуацій характеру: С – емоційною стійкістю, N – гнучкістю–прямолинійністю, L–F – бажанням уявити себе «у кращому світі», Hs – іпохондрією, D – депресією, Ну – істерією, Sc – шизоїдністю, Si – інтроверсією, ейфоричним й аназогнозичним ТСХ, а також розумовою працездатністю, оперативною та мовно-слуховою пам'яттю, праксисом.

Оцінка обмежень у побутовому житті була сполучена з Q2 – самостійністю–навіюваністю, Hs – іпохондрією, D – депресією, Ну – істерією, Si – інтроверсією та розумовою працездатністю; у міжособистісній взаємодії – з гіпертимною й тривозною акцентуаціями характеру, С – емоційною стійкістю, N – гнучкістю–прямолинійністю, праксисом; у самообслуговуванні – з Hs – іпохондрією, D – депресією, Ну – істерією, гармонічним ТСХ, послідовністю розумових дій.

Отримані результати свідчили про те, що характер пристосування до хвороби та основні причини обмежень життєдіяльності, провідні психологічні чинники, які впливали на них, повинні бути враховані в експертно-реабілітаційній діагностиці при ВВС.

Визначення особистісних факторів (структури особистості й розумових функцій) у пацієнтів із хворобами системи кровообігу посідає важливе місце в оцінці обмежень життєдіяльності. Для виявлення психологічного реабілітаційного потенціалу, виділення полегшуючих і обмежуючих факторів, оцінки можливості прогресування обмежень життєдіяльності у хворих із ВВС у віддаленій після хірургічної корекції термін було використано методи математичної статистики [19, 20].

Нами запропоновано представляти взаємозв'язок життєдіяльності з особистісними факторами і розумовими функціями у вигляді узагальнюючого показника перебігу обмежень життєдіяльності (ПП ОЖД). Із збільшенням коефіцієнта та із знаком «+» біля фактора зростає його вплив на цей показник:

$$\text{ПП ОЖД} = -0,27*Гт - 2,25*Гр - 1,53* \Phi - 2,44*С - 1,81*Е - 0,33*N + 0,08*Hs +$$

$$+0,15*Pa + 0,17*Si, \text{ де:}$$

Гт – гіпертимна акцентуація характеру;

Гр – гармонічний тип ставлення до хвороби;

Φ – ейфоричний тип ставлення до хвороби;

С – емоційна стійкість;

Е – незалежність–підлеглість;

N – гнучкість–прямолинійність;

Hs – іпохондрія;

Pa – параноя;

Si – інтроверсія.

При рівні ПП ОЖД 0–4 встановлюється **відсутність** обмежень життєдіяльності; при 5–24 – **легкі**; при 25–49 – **помірні**; при 50–95 – **тяжкі**; при 96–100 – **абсолютні** обмеження життєдіяльності.

Найбільш значущими для оцінки життєдіяльності хворих із ВВС були такі характерологічні риси, як С – емоційна стійкість та Е – незалежність–підлеглість, а також формування адекватної внутрішньої картини хвороби: Гр – гармонічного й Φ – ейфоричного ТСХ. До обмежуючих чинників відносили рівні Hs – іпохондрії, Pa – параної, Si – інтроверсії. Якщо розглядати особистісні фактори як бар'єри, то високі рівні Si – інтроверсії й Pa – параної у хворих із ВВС у віддаленій після хірургічної корекції термін були найсуттєвішими проблемами, які необхідно враховувати при реалізації програми реабілітації таких пацієнтів. До полегшуючих факторів належали виразність Гт – гіпертимної акцентуації характеру, Гр – гармонічного та Φ – ейфоричного ТСХ, N – гнучкості–прямолинійності, С – емоційної стійкості, Е – незалежності–підлеглості.

Таким чином, уперше визначено роль і місце особистісних факторів і розумових функцій в оцінці обмежень життєдіяльності хворих із ВВС та показано, що їх порушення необхідно розглядати як фактор, що погіршує функціонування та призводить до обмежень життєдіяльності, а тому вони вимагають корекції навіть при відсутності та легких обмеженнях життєдіяльності.

Психотерапевтична корекція особистісних відмінностей хворих із ВВС у віддаленій після хірургічної корекції термін має становити систему, яка складається з

інформаційного, емоційного, поведінкового компонентів та базується на принципах диференційованості, індивідуальності, комплексності, етапності, послідовності [15, 18]. При цьому слід використовувати: роз'яснювальну та раціональну психотерапію, сугестивно-релаксаційну терапію, навчання наяву, групові дискусії, рольовий поведінковий тренінг, конструктивну суперечку, спеціальні коригуючі формули самонавчання на тлі аутотренінгу. Можна використовувати також і бібліотерапію.

Особистісні та характерологічні відмінності, внутрішня картина хвороби та їхні взаємозв'язки з розумовими функціями мають використовуватися для оцінки поточного стану життєдіяльності та визначення психологічного реабілітаційного потенціалу хворих із ВВС у віддалені після хірургічної корекції строки.

При визначенні ступеня й виду обмежень життєдіяльності в практиці медико-соціальної експертизи вивчення особистісних і характерологічних рис, внутрішньої картини хвороби, розумових функцій та їх взаємозв'язків повинно входити до стандарту обстеження хворих із ВВС. Вивчення структури особистості, поряд із дослідженнями розумових функцій, сприятиме оцінці перебігу й стану адаптації таких хворих; встановленню виду й ступеня обмежень життєдіяльності; уточненню характеру психоемоційних розладів при цьому захворюванні та визначенню психологічного реабілітаційного потенціалу; може бути одним із критеріїв ефективності лікування хворих та реабілітації інвалідів із ВВС у віддаленій після хірургічної корекції термін.

Література

1. Березин Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене) / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Р.В. Рожанец. – М.: Медицина, 1976. – 175 с.
2. Бокерия Г. Д. Повторные операции после радикальной коррекции врожденных пороков сердца в раннем детском возрасте / Г. Д. Бокерия // Детские болезни сердца и сосудов. – 2008. – № 3. – С. 12–24.
3. Дроздова И. В. Психологические особенности больных с оперированными

врожденными аномалиями сердца / И. В. Дроздова, Е. М. Лысунец // Межд. мед. журнал. – 2010. – № 3. – С. 6–11.

4. Дроздова И. В. Личностные особенности больных с оперированными врожденными пороками сердца / И. В. Дроздова, Е. М. Лысунец, С. М. Мороз // Межд. мед. журнал. – 2010. – №4. – С. 8–10.

5. Зиньковский М. Ф. Ранняя диагностика врожденных пороков сердца / М. Ф. Зиньковский // Журнал практического врача. – 2002. – № 5. – С. 19–26.

6. Елисеев О. П. Практикум по психологии личности / О. П. Елисеев. – СПб. : Питер, 2005. – 509 с.

7. Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М. М. Кабанов, А.Е. Личко, В. М. Смирнова. – Л.: Медицина, 1983. – 312 с.

8. Коваленко В. Н. Некоронарогенные болезни сердца / В.Н. Коваленко, Е.Г. Несукай. – К.: Морион, 2001. – 480 с.

9. Кнышов Г. В. Кардиохирургия в Украине: прошлое, настоящее, будущее / Г. В. Кнышов // Серце і судини. – 2003. – № 1. – С. 8–14.

10. Лысунец О. М. Оцінка якості життя хворих із вродженими вадами розвитку системи кровообігу у віддаленій після хірургічної корекції термін / О. М. Лысунец, І. В. Дроздова, І. Я. Ханюкова // Запор. мед. журнал. – 2011. – № 4. – С. 32–35.

11. Міжнародна статистична класифікація хвороб (МКХ-10): короткий адаптований варіант для використання в Україні (в трьох розділах). – К., 1988. – 307 с.

12. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья. – ВОЗ: Женева, 2001. – 342 с.

13. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): [Position Paper from the World Health Organization] // Soc. Sci. Med. – 1995. – Vol. 41, № 4. – P. 1403–1409.

14. Новик А. А. Исследование качества жизни в медицине: [уч. пособие] / А. А. Новик, Т.И. Ионова. – М.: ГЭОТАРМЕД, 2004. – 304 с.

15. Психотерапия / [Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко и др.]. – Х.: Ою, 2002. – 768 с.

16. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методы и тесты: [уч. пособие] / Д. Я. Райгородский. – Самара: БАХРАХ, Москва, 2002. – 172 с.

17. Розендорфф К. Основы кардиологии. Принципы и практика / К. Розендорфф. – Л.: Медицина світу, 2007. – 1037 с.

18. Роль и место медицинской психологии в системе медицинской помощи

населению /В. В. Кришгаль, Б. В. Михайлов, Н. А. Марута [и др.] // Мед. психология. – 2006. – Т. 1, № 1. – С. 3–9.

19. Сердечнососудистые заболевания у новорожденных: кардиологические и хирургические проблемы / Ким А. И., Бокерия Л. А., Подзолков В. П. [и др.] // Вестн. Рос. академии медицинских наук. – 2003. – № 12. – С. 77–80.

20. Статистична обробка даних / [В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Прис-тавка та ін.]. – К.: МІВВІЦ, 2001. – 388 с.



УДК 001.89+0.91

ИНВАЛИДНОСТЬ – КАТЕГОРИЯ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Д. м. н., профессор И. Л. Ферфильфайн

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», г. Днепропетровск

Резюме

Инвалидность – тяжелое проявление ограничения жизнедеятельности. Статья посвящена базовым вопросам теории инвалидности в связи с международным учением «Ограничение жизнедеятельности» и прикладным вопросам инвалидности: медико-социальной экспертизе, клинической медицине и инвалидности, биоэтике и инвалидности.

Ключевые слова: *активность, биоэтика, инвалидность, контекстовые факторы, медико-социальная экспертиза, ограничение жизнедеятельности, реабилитация, реализация, структуры организма, участие, функции организма, функционирование.*

Summary

Invalidity – a serious manifestation of disabilities. The article is devoted to the theory underlying disability in connection with the international exercise "Disability" and applied aspects of disability: the medical and social expertise, clinical medicine and disability, bioethics and disability.

Keywords: *activity, bioethics, disability, factors of contexts, medical and social examination, disability, rehabilitation, implementation, structure, body part, body function, function.*

Наука об ограничении жизнедеятельности – теоретическая прикладная наука – имеет международное значение и опекается рекомендациями ООН и ВОЗ. Ее основное предназначение – реализация положения ООН «... создание равных возможностей для лиц с ограничением жизнедеятельности ...», часть из которых являются

инвалидами. Концепция ограничения жизнедеятельности, ее содержание основываются на рекомендациях ВОЗ, изложенных в международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), утвержденной 54-й сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения для международного использования