

УДК: 616.126-008.331.1:159.923-039.76

## ПРОВІДНІ ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ У ХВОРИХ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

І. В. Дроздова<sup>1</sup>, О. М. Мацуга<sup>2</sup>, В. В. Храмцова<sup>1</sup>, К. О. Суганяк<sup>1</sup>,  
Ю. О. Гончар<sup>1</sup>, І. А. Колганов<sup>1</sup>, І. Л. Тригубов<sup>1</sup>, О. В. Харапонова<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Державна установа «Український Державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

<sup>2</sup>Дніпропетровський національний університет ім. О. Гончара

<sup>3</sup>Науково-дослідний інститут медико-біологічних проблем, м. Дніпропетровськ

### Резюме

Обследовано 46 больных с АГ II и III ст., которые находились на лечении в клинике ГУ «Укр Гос НИИ МСПИ МОЗ Украины», среди обследованных было 24 мужчины и 22 женщины. Средний возраст больных составлял  $46,7 \pm 3,1$  года, продолжительность АГ –  $4,6 \pm 2,1$  года, давность перенесенного инсульта –  $3,3 \pm 1,8$  года. Ограничения жизнедеятельности изучали анкетно-опросным методом согласно МКФ, психологические особенности и когнитивные функции больных – с помощью общепринятых методик. Математическую обработку результатов исследования выполняли методами математической статистики.

Полученные результаты свидетельствуют, что наибольшие проблемы у пациентов с АГ были в таких сферах жизнедеятельности: межличностные взаимодействия и отношения (20,4), главные сферы жизни (19,7), обучение и использование знаний (18,1), самообслуживание (14, 2), бытовая жизнь (14,1), мобильность (7,4).

У больных с АГ III стадии достоверно росли ограничения в домене межличностные взаимодействия и отношения (при положительном восприятии отношений, проявлениях терпимости и критики, при физическом контакте и намеках в отношениях, регуляции поведения при взаимодействии, соответствии социальным нормам и соблюдении дистанции при взаимодействии); в домене главных сфер жизни (при получении школьного образования, поиске, выполнении и прекращении работы, при занятии индивидуальной трудовой деятельностью, в базисных и сложных экономических отношениях); в домене обучения и использования знаний (при использовании зрения и слуха, при концентрации внимания и в процессе мышления, при решении простых и сложных проблем). Циклотимическая, педантичная, экзальтированная акцентуации характера, ипохондрический, сенситивный типы отношения к болезни, интеллект, боязливость-смелость, расслабленность-напряженность, как глобальные, и кратковременная слухоречевая память и ее объем, зрительная память, избирательность внимания, управление своими эмоциями, как специфические умственные функции влияют на ограничение жизнедеятельности лиц с АГ.

Согласованный взгляд на ограничения жизнедеятельности с биологической, психологической и социальной позиций, позволит получить полную картину факторов, приводящих к таким нарушениям, что в дальнейшем может выступать базовой основой для разработки индивидуальных программ реабилитации этой категории пациентов.

**Ключевые слова:** домены, функция организма, ограничения жизнедеятельности, психологическая и социальная позиции.

### Summary

The study involved 46 patients with arterial hypertension stage II and III, having been getting the treatment at the clinic SI «Ukrainian State Research Institute of Medical and Social problems of Disability, Ministry of Health of Ukraine», among the surveyed there were 24 men and 22 women. The average age of patients was  $46,7 \pm 3,1$  years, duration of arterial hypertension –  $4,6 \pm 2,1$  years, the remoteness of a stroke –  $3,3 \pm 1,8$  years. The limitations of vital functions were studied with the help of questionnaire-polling method according to ICF, psychological characteristics and cognitive function of patients – using conventional techniques. Mathematical processing of the results of research was carried out with help of the methods of mathematical statistics.

The results showed that the biggest problems of patients with arterial hypertension were in such spheres of vital functions: interpersonal interactions and relationships (20,4), the main areas of life (19,7), training and use of knowledge (18,1), self-service (14, 2) lifestyle (14,1), mobility (7,4).

Patients with arterial hypertension stage III had a significant growth of the limitations in the domain of interpersonal interactions and relationships (with a positive perception of relations, tolerance and criticism, with physical contact and hints in a relationships, the regulation of behavior in the interaction, and conformity to social norms and distance in the interaction); in the domain of main life areas (when receiving school education, search, implementation and termination of work, in self-employment, in basic and complex economic relations); domain of knowledge and training (using sight and hearing, and concentration of attention in the process of thinking, solving the simple and com-

*plex problems*). *Cyclothymic, pedantic, exalted character accentuations, hypochondriac, and sensitive types of attitude to the disease, intelligence, courage - fearfulness, relaxation - tension, both global, short-term audioverbal memory and its volume, visual memory, selective attention, control of the emotions, and specific mental functions influence the vital activity limitations for the individuals with the arterial hypertension.*

*Coordinated view on vital functions limitations from biological, psychological and social points of view, will allow to receive a full picture of the factors, leading to such violations, which may further perform as a base for the development of individual rehabilitation programs for these patients.*

**Keywords:** *the domains, the function of the body, of vital functions limitations, psychological and social position.*

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) [3]. 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 у разі залучення у життєві ситуації; фактори навколишнього середовища формують фізичне й соціальне оточення, середовище відносин і установок, де люди живуть та працюють [1, 3].

МКФ розглядає розумові функції серед функцій організму. У розділі розумових функцій перераховуються функції мозку: глобальні (свідомість, сила і спонування) і специфічні розумові функції (функції пам'яті, мови та обчислення). Серед глобальних розумових функцій виділяються функції свідомості, орієнтованості, інтелектуальні, глобальні психосоціальні, темперамент і особистісні, вольові та спонукальні, функції сну [3]. Під час вивчення специфічних розумових функцій оцінюють увагу, пам'ять, сприйняття, емоції, мислення, психомоторні, пізнавальні високого рівня, розумові функції мови і послідовних складних рухів, функції обчислення, самовідчуття і відчуття часу [3]. Питанням дослідження як обмежень життєдіяльності, так і психологічних особливостей хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) в літературі приділяється значна увага, проте ще дотепер не визначені основні психологічні чинники обмежень життєдіяльності у хворих із АГ.

#### **Мета роботи**

Вивчити провідні психологічні чинники обмежень життєдіяльності у хворих із артеріальною гіпертензією.

#### **Матеріали і 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 46 хворих із АГ II та III ст., які знаходились на лікуванні у клініці ДУ «НДІ МСПП МОЗ України» у 2014 році. Серед обстежених було 24 чоловіки (52,2 %) та 22 жінки (47,8 %). Середній вік

хворих складав  $46,7 \pm 3,1$  року, тривалість АГ на момент обстеження –  $4,6 \pm 2,1$  року, та становила менше 5 років у 25 пацієнтів (54,3 %), від 5 до 10 років – у 16 (34,8 %), від 11 до 20 років – у 5 (10,9 %) відповідно. У обстежених пацієнтів після перенесеного інсульту минуло в середньому  $3,3 \pm 1,8$  року; у 26 осіб (76,5 %) давність перенесеного інсульту складала менше 5 років, у 6 (17,6 %) – 5–10 років, у 2 (5,9 %) – 11–20 років відповідно.

Кодування захворювання проводилось відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб, травм та причин смерті (МКХ–Х) [2]. АГ діагностована відповідно до вимог діючих нормативних документів: «Настанови та клінічного протоколу надання медичної допомоги: Артеріальна гіпертензія» [5] і реко-ментацій Української асоціації кардіологів (2011 р.) [2], рекомендацій Європейського товариства кардіологів (2007 р.) [4], адаптованої клінічної настанови «Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострим ішемічним інсультом та ТІА» [7], уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Ішемічний інсульт» [8].

Обмеження життєдіяльності вивчали анкетно-опитувальним методом згідно з МКФ [3]. Для вивчення психологічних особливостей і когнітивних функцій хворих використовували загальноприйнятні методики. Для обстеження характерних властивостей особистості були використані такі тести: методика Г. Шмишека, тест Р. Кеттела, опитувальник Особистісний опитувальник НДПНІ ім. В. М. Бехтерева (ООБІ), методика Міні-мульти (СБОУ), тест «Сума стресових позицій» [9]. Для визначення акцентуацій характеру та тенденцій до того чи іншого типу акцентуації у хворих на АГ застосовували методику Г. Шмишека [10]. Для визначення характерологічних рис хворих застосовували методику Р. Кеттела [11].

Методика ООБІ (Особистісний опитувальник НДПНІ ім. В. М. Бехтерева) [12, 13] діагностує сформовані під впливом хвороби патерни ставлень до самої хвороби, до її лікування. Методика Міні-мульти (Скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості – СБОУ) дає змогу оцінити рівень нервово-емоційної стійкості, ступінь інтеграції особистісних властивостей, рівень адаптації особистості до соціального оточення [14, 15].

Для діагностики уваги ми використовували такі тести: «Коректурна таблиця Бентона» [16], «Таблиці Шульте» [17], методику Мюнстерберга [13, 16]. За допомогою тесту «Таблиці Шульте» оцінювали обсяг динамічної уваги обстежених [17].

За допомогою методики Мюнстерберга визначався рівень вибіркової уваги [13].

Для діагностики пам'яті були застосовані такі тести: «Образна пам'ять» для вивчення короткострокової пам'яті [16], «Зорова пам'ять» – для оцінки зорової пам'яті [16], «Змістовна пам'ять» – для визначення рівня змістовної пам'яті, її обсягу та особливостей, здатності до запам'ятовування текстів [16], «Обсяг короткострокової пам'яті» [13], «Запам'ятовування 10 слів» – для оцінки процесів запам'ятовування, збереження та відтворення [13]. Тест «Запам'ятовування 10 слів», запропонований А. Р. Лурія, використовується для оцінки стану пам'яті досліджуваних, стомлюваності, активності уваги [13].

Для діагностики процесів мислення були використані такі методики: «Виділення істотних ознак» [18], «Виключення зайвого» [18], «Прості аналогії» [18], методика Еббінгауза [17]; Короткий орієнтувальний тест (КОТ) [17].

Математичну обробку результатів дослідження виконували методами математичної статистики. Статистичний опис вибірки проводили методами первинного статистичного аналізу [19], на основі яких розраховували для показників  $M \pm m$  ( $M$  – середнє арифметичне показника,  $m$  – похибка середнього арифметичного) та досліджували розподіл показників на нормальність. Відмінність у розподілі показників для хворих із АГ II та III стадій визначали за критерієм Стюдента та ранговим критерієм Вілкоксона [19]. Для оцінки взаємозв'язків між показниками використовували коефіцієнт рангової кореляції Спірмена [19].

Ранжування показників відповідно до їхньої індивідуальної цінності для розпізнавання II та III стадій АГ виконували методом Кендалла [20]. Відповідно до схеми роботи методу для кожної стадії АГ для показника  $x$  визначали інтервал  $[x_{\min}; x_{\max}]$ , де  $x_{\min}$  – мінімальне,  $x_{\max}$  – максимальне спостережуване значення показника. Потім знаходили інтервал зміни значень показника, спільний для обох стадій АГ, і підраховували кількість пацієнтів, у яких значення показника не потрапляли до спільного інтервалу. Цю кількість розглядали як вагу, чим вона вища, тим більш інформативним вважали показник. Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою власного програмного забезпечення.

#### Результати дослідження та їх обговорення

Згідно з МКФ, активність й участь характеризують домени навчання та використання знань, загальні завдання й вимоги, спілкування, мобільність, самообслуговування, побутове життя, міжособистісна взаємодія, головні сфери життя, життя у спільноті, суспільне та громадське життя [3].

Найбільш інформативними для хворих з АГ були такі сфери життєдіяльності: міжособистісна взаємодія й відносини (20,4), головні сфери життя (19,7), навчання та використання знань (18,1), самообслуговування (14,2), побутове життя (14,1), мобільність (7,4) (рис. 1).

У домені міжособистісна взаємодія й відносини у всіх хворих із АГ найбільш інформативними були: дотримання дистанції під час спілкування

(17,4), критика у відносинах (14,8), регуляція поведінки при взаємодії (13,9), відносини із особами, які мають певний авторитет (13,9), відносини із сусідами (13,6), розуміння натяків (13,2), фізичний контакт у разі взаємодії (13,2), відносини із далекими родичами (12,4) та рівними за становищем людьми (11,5) (рис. 1).

У загальних міжособистісних відносинах хворих з АГ III стадії значно зростали обмеження у позитивному сприйнятті відносин, проявах терпимості і критики, у разі фізичного контакту та натяках у стосунках, регуляції поведінки при взаємодії, відповідності соціальним нормам і дотриманні дистанції при взаємодії (табл. 1).

Прояви поваги, як базисні міжособистісні відносини, у хворих з АГ сполучені з глобальною (схильністю до почуттів) високою нормативністю поведінки та специфічною (зоровою пам'яттю) розумовими функціями. У пацієнтів прояви терпимості у відносинах асоційовані з глобальною (збудливою акцентуацією характеру) та специфічними розумовими функціями (ефективністю роботи, об'ємом динамічної уваги).

Сприйняття критики у взаємовідносинах з хворими поєднані з глобальними (емоційною стійкістю-нестійкістю, прямолінійністю-дипломатичністю) та специфічними розумовими функціями (об'ємом короткотривалої пам'яті). Розуміння натяків у стосунках цими особами корелює лише з глобальними розумовими функціями (сенситивним типом ставлення до хвороби (ТСХ, емоційною стійкістю-нестійкістю). Хворі з АГ фізичний контакт у відносинах поєднують лише з глобальними розумовими функціями (сенситивним ТСХ та емоційною стійкістю-нестійкістю).

Таким чином, базисні міжособистісні взаємовідносини у пацієнтів з АГ сполучені лише з емоційною стійкістю-нестійкістю, як глобальною розумовою функцією.

Формування взаємовідносин, як складник складної міжособистісної взаємодії, асоційоване у хворих з глобальними розумовими функціями (екзальтованою акцентуацією характеру та емоційною стійкістю-нестійкістю). Завершення відносин у цих осіб пов'язане з глобальною (емоційною стійкістю-нестійкістю) та специфічною розумовими функціями (об'ємом короткотривалої пам'яті). Регуляція поведінки під час взаємодії у пацієнтів асоційована з глобальними (емоційною стійкістю-нестійкістю, прямолінійністю-дипломатичністю) та специфічними (об'ємом короткотривалої пам'яті) розумовими функціями.

Відповідність соціальним нормам поведінки у осіб з АГ поєднана з глобальними (бажанням представити себе «у вигідному світлі», прямолінійністю-дипломатичністю) та специфічною (об'ємом короткотривалої пам'яті) розумовими функціями. Дотримання соціальної дистанції при взаємодії хворими сполучене з глобальними (емоційною стійкістю-нестійкістю) та специфічними (об'ємом короткотривалої пам'яті) розумовими функціями.

Обмеження життєдіяльності у хворих з артеріальною гіпертензією в домені міжособистісна взаємодія та відносини

Розділ	Підрозділ	Обстежені хворі	
		АГ II стадії	АГ III стадії
Загальні міжособистісні відносини	Повага в стосунках	6,3±4,2	13,9±2,9
	Позитивне сприйняття	2,5±2,5	8,6±1,6*
	Прояви терпимості	3,8±2,6	26,4±5,0**
	Критика в стосунках	11,3±5,2	35,4±5,2**
	Фізичний контакт	5,6±2,9	25,3±4,5**
	Натяжки в стосунках	6,9±3,7	26,5±3,2**
	Формування відносин	11,9±5,3	24,4±3,9
	Завершення відносин	10,0±3,9	22,8±4,2
	Регуляція поведінки	8,1±3,5	26,8±3,8**
	Відповідно до соціальних норм	5,6±3,2	18,8±3,0^^
	Дотримання дистанції	4,4±1,8	21,7±3,5**
Специфічні міжособистісні відносини	З незнайомими людьми	22,5±10,0	28,1±4,7
	З авторитетами	21,9±4,5	30,7±4,1
	З підлеглими	15,0±6,0	42,8±6,7*
	З рівними за становищем	7,5±3,1	22,1±4,1^^
	Відносини з друзями	8,1±3,0	23,3±5,0
	Відносини з співгромадянами	13,8±9,0	29,2±5,1^
	Відносини зі знайомими	7,5±3,1	22,8±4,6
	Відносини з сусідами	8,1±2,7	27,1±4,9*
	Відносини з рівними	6,9±2,5	19,4±3,3*
	Відносини батьки-діти	12,5±12,5	15,0±4,3
	Відносини діти-батьки	5,0±3,3	15,7±3,4
	Відносини дітей у сім'ї	8,8±3,9	16,8±2,8
	Відносини з далекими родичами	12,5±5,6	36,0±5,1**
	Романтичні стосунки	33,1±14,8	40,1±6,0
Подружні стосунки	31,9±14,7	38,3±6,7	
Сексуальні стосунки	21,3±11,5	43,2±6,3	

Примітка. Тут і в наступних таблицях статистично значущі відмінності \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ , \*\*\* –  $p < 0,001$  за критерієм Стьюдента; ^ –  $p < 0,05$ , ^^ –  $p < 0,01$ , ^^ –  $p < 0,001$  за критерієм Вілкоксона.

Таким чином, складні міжособистісні відносини в осіб з АГ асоційовані з глобальними (емоційною стійкістю-нестійкістю) та специфічною (об'ємом короткотривалої пам'яті) розумовими функціями. Відносини з незнайомими людьми, як елемент формальних відносин, поєднані у хворих з АГ з глобальними (апатичним ТСХ, інтелектом, боязливостю-смівливістю, розслабленістю-напруженістю) та специфічними (об'ємом короткотривалої пам'яті, вибірковістю уваги) розумовими функціями. Ставлення до людей, які мають авторитет, у осіб з АГ корелює з глобальними (демонстративною, педантичною акцентуацією характеру, паранойяльним ТСХ, інтелектом) та специфічними (розрізненням різнорідних понять) розумовими функціями.

Відносини з підлеглими, що формуються у хворих з АГ, поєднані з глобальними (циклотимічною, екзальтованою акцентуаціями характеру, інтелектом, боязливостю-смівливістю) та специфіч-

ними (вибірковістю уваги) розумовими функціями. Відносини у цих осіб з рівними за соціальним статусом пов'язані з глобальними (емоційною стійкістю-нестійкістю, прямолінійністю-дипломатичністю) та специфічними (прямолінійністю-дипломатичністю) розумовими функціями.

Таким чином, формальні відносини у пацієнтів з АГ корелюють з глобальними розумовими функціями (тривожною акцентуацією характеру, інтелектом, боязливостю-смівливістю, розслабленістю-напруженістю).

Ставлення батьків, хворих на АГ, до дітей, як елемент сімейних відносин, не сполучене з глобальними та специфічними розумовими функціями. Відносини діти-батьки у цих осіб поєднані лише з глобальними розумовими функціями (стриманістю-експресивністю, бажанням подати себе «у вигідному світлі»). Відносини дітей у сім'ї хворих на АГ корелюють з глобальними (тривожною акцентуацією характеру, апатичним ТСХ, бажан-

ням показати себе «у вигідному світлі», довірливостю-підозрлістю, прямолінійністю-дипломатичністю, конформізмом-нонконформізмом) та специфічними розумовими функціями (короткотривалою слухомовною пам'яттю, об'ємом короткотривалої пам'яті, інтегральним показником загальних розумових здібностей). Відносини з далекими родичами у цих осіб сполучені з глобальними (збудливою, емотивною, циклотимічною акцентуаціями характеру, розслабленістю-напруженістю, бажанням показати себе «у вигідному світлі») та специфічними (зоровою пам'яттю, ефективністю роботи, об'ємом динамічної уваги) розумовими функціями.

Романтичні відносини у хворих з АГ не пов'язані ні з глобальними, ні з специфічними розумовими функціями. Сімейні відносини у осіб з АГ корелюють з глобальними розумовими функціями (гіпертимною, дистимічною, екзальтованою акцентуаціями характеру, гармонійним, сенситивним ТСХ, підпорядкованістю-домінантністю, Ма-гіпоманією). Сексуальні відносини у цих осіб сполучені з глобальними (підпорядкованістю-домінантністю, радикалізмом-консерватизмом, Ма-гіпоманією) та специфічною (адаптацією уваги) розумовими функціями.

Таким чином, сімейні відносини у осіб з АГ корелюють з глобальними (бажанням показати себе «у вигідному світлі», Ну-іпохондрією, Д-депресією, Рт-психастенією, Ма-гіпоманією) та специфічними (короткотривалою та зоровою пам'яттю, керуванням своїми та чужими емоціями) розумовими функціями.

Узагальнюючи вищесказане, можна вважати, що у хворих з АГ обмеження життєдіяльності у домені міжособистісна взаємодія та відносини, сполучені з глобальними (циклотимічною й екзальтованою акцентуаціями характеру, інтелектом, боязливостю-смівлістю, розслабленістю-напруженістю) та специфічними розумовими функціями (зоровою та об'ємом короткотривалої пам'яті, вибірковістю уваги).

Якщо розглядати загальні міжособистісні відносини в усіх хворих на АГ, то найбільш інформативними серед них є: дотримання соціальної дистанції (17,4), сприйняття критики у стосунках (14,8), регуляція поведінки під час взаємодії (13,9), фізичний контакт у відносинах і натяк у стосунках (по 13,2), прояв терпимості в стосунках (11,2), завершення відносин (9,4), взаємодія відповідно

до соціальних норм (8,6) (табл. 2). Верхні межі показників обмеження життєдіяльності у хворих з АГ II і III стадій значно різнились за оцінкою: поваги та сердечності в стосунках, проявів терпимості та критики в стосунках, фізичного контакту і натяків у відносинах, їх формування і завершення, регуляції поведінки, взаємодії відповідно до соціальних норм і дотримання дистанції, що свідчило про більш виразні обмеження саме у цих категоріях (табл. 2).

Серед специфічних міжособистісних відносин у всіх осіб з АГ найбільш інформативними були: неформальні відносини з сусідами (13,6), з рівними за становищем індивідами (11,3), з підлеглими (10,7), знайомими (10,5); відносини з людьми, яке мають владу (12,9), з далекими родичами (12,4). Верхні межі показників обмеження життєдіяльності у хворих з АГ II і III стадій значно різнились за оцінкою: відносин з людьми, які мають владу, з підлеглими, формальні та неформальні взаємини з рівними за становищем індивідами, з друзями та знайомими, з сусідами, відносини між батьками і дітьми, дітей у сім'ї та з далекими родичами (табл. 2).

МКФ у головних сферах життя виділяє: освіту (неформальну, дошкільну, шкільну, професійну та вищу); роботу й зайнятість (підготовку до професійної діяльності, пошук роботи, виконання виробничих обов'язків і завершення трудових відносин, оплачувану й неоплачувану роботу); економічне життя (базові й складні економічні відносини, економічні самостійність та життя, головні сфери життя) [3].

У домені головних сфер життя для хворих з АГ, як II, так і III стадії у віддалений термін після перенесеного інсульту найбільш значущими були: неформальне спілкування (19,4), індивідуальна трудова діяльність (18,7), базисні економічні відносини (16,3), можливість користуватись витворами мистецтва (13,6), виконання трудових обов'язків (13,2) та неоплачуваної роботи (9,2), особистісні економічні ресурси (8,1).

У хворих на АГ III стадії значно зростали обмеження життєдіяльності під час здобуття шкільної освіти, пошуку, виконання та припинення роботи, у разі зайняття індивідуальною трудовою діяльністю, у базисних та складних економічних відносинах (табл. 3).

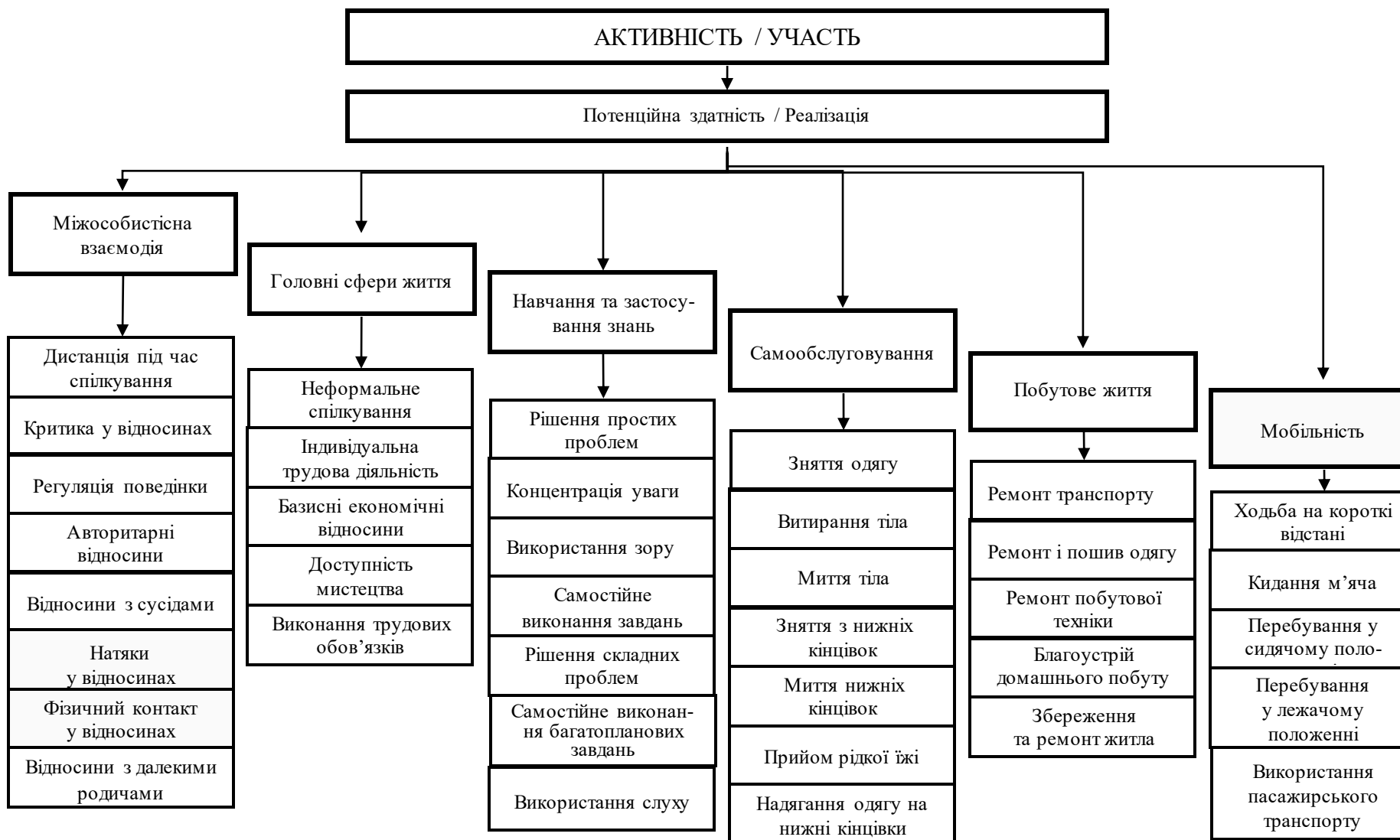


Рис. 1. Обмеження життєдіяльності у хворих на артеріальну гіпертензію

Межі показників обмеження життєдіяльності у хворих з артеріальною гіпертензією в домені міжособистісна взаємодія та відносини

Розділ	Підрозділ	Межі показників у обстежених хворих		
		вага	АГ II стадії	АГ III стадії
Загальні міжособистісні взаємодії	Дотримання дистанції	17,4	0–10	0–70
	Критика в стосунках	14,8	0–40	0–80
	Регуляція поведінки під час взаємодії	13,9	0–25	0–95
	Фізичний контакт у відносинах	13,2	0–20	0–100
	Натяжки в стосунках	13,2	0–25	0–70
	Прояв терпимості в стосунках	11,2	0–20	0–100
	Завершення відносин	9,4	0–25	0–95
	Взаємодія відповідно до соціальних норм	8,6	0–25	0–60
	Формування відносин	7,8	0–40	0–90
	Повага та сердечність у стосунках	3,9	0–30	0–65
	Позитивне сприйняття відносин	1,6	0–20	0–30
Специфічні міжособистісні відносини	Відносини з людьми, які мають владу	13,9	0–40	0–90
	Неформальні відносини з сусідами	13,6	0–20	0–100
	Відносини з далекими родичами	12,4	0–40	0–100
	Відносини з рівними за становищем індивідами	11,5	0–20	0–70
	Неформальні відносини з рівними	11,3	0–20	0–100
	Відносини з підлеглими	10,7	0–50	0–100
	Неформальні відносини зі знайомими	10,5	0–20	0–100
	Неформальні відносини з друзями	10,2	0–20	0–100
	Відносини дітей у сім'ї	9,2	0–25	0–60
	Відносини діти-батьки	8,9	0–20	0–85
	Неформальні відносини зі співгромадянами	5,8	0–75	0–100
	Сексуальні відносини	4,4	0–100	0–100
	Подружні стосунки	2,5	0–100	0–100
	Відносини з незнайомими людьми	1,7	0–85	0–100
	Романтичні стосунки	1,1	0–100	0–100
Відносини батьки-діти	0	0–100	0–100	

Таблиця 3

Обмеження життєдіяльності у хворих з артеріальною гіпертензією в домені головні сфери життя

Розділ	Підрозділ	Обстежені хворі	
		АГ II стадії	АГ III стадії
Освіта	Неформальна	10,6±4,5	22,6±4,9
	Дошкільна	11,9±6,5	23,9±4,7
	Шкільна	9,4±4,7	25,6±4,0^^
	Професійна	20,6±12,0	35,1±6,4
	Вища	46,3±16,7	67,9±7,0
Робота та зайнятість	Учнітво	24,4±12,2	28,1±4,8

	Пошук роботи	31,3±11,7	57,8±6,2*
	Виконання роботи	10,6±3,7	37,4±5,7**
	Припинення роботи	27,5±11,8	53,2±6,4*
	Індивідуальна трудова діяльність	4,4±2,6	45,3±6,6**
	Часткова трудова зайнятість	32,5±15,4	42,8±6,2
	Повна трудова зайнятість	26,9±16,0	45,0±6,3
	Неоплачувана робота	50,0±11,4	54,4±6,4
Економічне життя	Базисні економічні відносини	6,9±2,8	34,9±5,9**
	Складні економічні відносини	18,1±12,3	70,3±6,2***
	Економічна самостійність	20,0±9,9	37,9±5,9
	Громадські економічні фонди	87,5±12,5	93,9±3,3

Неформальне спілкування в осіб з АГ II стадії корелює з глобальними (екзальтованою акцентуацією характеру, інтелектом) та специфічними розумовими функціями (вибірковістю уваги). Отримання дошкільної освіти у цих хворих сполучене лише з глобальними розумовими функціями (екзальтованою акцентуацією характеру, емоційною стійкістю-нестійкістю). Здобуття шкільної освіти пацієнтами з АГ пов'язане з емоційною стійкістю-нестійкістю, як глобальною розумовою функцією. Отримання професійної освіти у цих осіб асоційоване з глобальними (інтелектом, боязливостю-смільністю, розслабленістю-напруженістю) та специфічними (зоровою пам'яттю, об'ємом короткотривалої пам'яті, вибірковістю уваги). Здобуття вищої освіти цими пацієнтами поєднане з глобальними (демонстративною, педантичною акцентуаціями характеру, інтелектом, боязливостю-смільністю, розслабленістю-напруженістю) та специфічними (розрізненням різних понять) розумовими функціями.

Таким чином, можливість здобуття освіти хворими з АГ корелює з глобальними (інтелектом, боязливостю-смільністю, розслабленістю-напруженістю) та специфічними (вибірковістю уваги, розрізненням різних понять) розумовими функціями.

Період учнівства, як підрозділ роботи й занятості, у таких осіб сполучений з глобальними (гармонійним, меланхолічним, неврастенічним, анозогнозичним ТСХ, Ну-істерією) та специфічними (контролем експресії, інтегральним показником загальних розумових здібностей) розумовими функціями. Пошук роботи пацієнтами пов'язаний з глобальними (меланхолічним, обсесивно-фобічним, егоцентричним ТСХ, замкнутістю-товариськістю) та специфічними (контролем експресії) розумовими функціями. Виконання трудових обов'язків хворими асоційоване з глобальними (циклотимічною акцентуацією характеру, інтелектом, бажанням показати себе «у вигідному світлі») та специфічними (вибірковістю уваги) розумовими функціями. Припинення роботи (звільнення) особами з АГ пов'язане з глобальними (меланхолічним, обсесивно-фобічним, егоцентричним ТСХ) та специфічною (контролем експресії) розумовими функціями. Можливість хворих займатись індивідуальною трудовою діяльністю корелює з глобальними (демонстративною акцентуацією характеру, підпорядкованістю-домінантністю, боязливостю-смільністю) й специфічними (корот-

котривалою пам'яттю та її об'ємом, керуванням і розумінням своїх і чужих емоцій) розумовими функціями.

Часткова трудова зайнятість у пацієнтів сполучена з глобальними (меланхолічним, ергопатичним ТСХ, упевненістю у собі-тривожністю) й специфічними (коефіцієнтом асиметрії уваги) розумовими функціями. Повна трудова зайнятість у цих осіб пов'язана лише з глобальними розумовими функціями (стриманістю-експресивністю, боязливостю-смільністю, жорстокістю-чутливістю, радикалізмом-консерватизмом). Виконання неоплачуваної роботи хворими корелює з глобальними (циклотимічною акцентуацією характеру, стриманістю-експресивністю, боязливостю-смільністю, жорстокістю-чутливістю) та специфічними (розумінням своїх і чужих емоцій, інтегральним рівнем загального емоційного інтелекту) розумовими функціями.

Таким чином, загальна оцінка можливості роботи й занятості пацієнтами з АГ сполучена з глобальними (тривожним, неврастенічним ТСХ, боязливостю-смільністю, жорстокістю-чутливістю, довірливістю-підозрілістю) та специфічними (короткотривалою пам'яттю, розумінням чужих і своїх емоцій, керуванням своїх емоцій, міжособистісним та внутрішньо особистісним емоційним інтелектом, керуванням своїх та чужих емоцій, інтегральним рівнем загального емоційного інтелекту) розумовими функціями.

Базисні економічні відносини, як частина економічного життя, в осіб пов'язані з глобальними (екзальтованою акцентуацією характеру, емоційною стійкістю-нестійкістю) та специфічними (зоровою пам'яттю, розумінням своїх емоцій) розумовими функціями. Вміння підтримувати складні економічні відносини у пацієнтів асоційоване з глобальними (застрагаючою, збудливою акцентуаціями характеру) та специфічними (зоровою пам'яттю) розумовими функціями. Можливість розпоряджатись особистими економічними ресурсами у хворих пов'язана з глобальними (гіпертимною, циклотимічною, екзальтованою акцентуаціями характеру, ергопатичним ТСХ, жорстокістю-чутливістю, розслабленістю-напруженістю, бажанням показати себе «у вигідному світлі») та специфічними (зоровою пам'яттю) розумовими функціями. Участь у суспільних економічних фондах і можливість ними розпоряджа-



тись у осіб корелює з продуктивністю мислення, як зі специфічною розумовою функцією.

Таким чином, загальна оцінка участі в економічному житті хворими поєднана з глобальними (циклотимичною, інтелектом, боязливостю-сміливістю, розслабленістю-напруженістю, бажанням показати себе «у вигідному світлі») та специфічними (зоровою пам'яттю) розумовими функціями.

Участь у неформальних об'єднаннях цими особами корелює з глобальними (замкнутістю-товариськістю) та специфічними (індексом втомлюваності уваги) розумовими функціями.

Якщо розглядати можливість здобуття освіти хворими з АГ, то найбільш інформативними серед них є: можливість здобуття шкільної (7,7), неформальної (6,9), дошкільної (5,1) та вищої (0,6) освіти. Верхні межі показників обмеження життєдіяльності, за можливості здобуття освіти, у хворих з АГ II і III стадій значно різнились за оцінкою: отримання неформальної, дошкільної та шкільної освіти, що свідчило про більш виразні обмеження саме у цих категоріях (табл. 4).

Таблиця 4

Межі показників обмеження життєдіяльності у хворих з артеріальною гіпертензією в домені головної сфери життя

Розділ	Підрозділ	Межі показників у обстежених хворих		
		вага	АГ II стадії	АГ III стадії
Освіта	Шкільна	7,7	0–30	0–100
	Неформальні об'єднання	7,4	10–100	0–100
	Неформальна	6,9	0–30	0–100
	Дошкільна	5,1	0–50	0–100
	Вища	0,6	0–100	0–100
	Професійна	0	0–100	0–100
Робота та зайнятість	Неформальне спілкування	19,4	0–20	0–100
	Індивідуальна трудова діяльність	18,7	0–20	0–100
	Мистецтво	13,6	0–60	0–100
	Виконання роботи	13,2	0–30	0–100
	Неоплачувана робота	9,2	20–100	0–100
	Повна трудова зайнятість	2,5	0–100	0–100
	Хобі	2,4	0–100	0–100
	Спортивні змагання	2	0–100	0–100
	Припинення роботи	1,9	0–100	0–100
	Політичне життя	1,8	0–100	0–100
	Пошук роботи	1,8	0–100	0–100
	Учнівство	1,3	0–100	0–100
	Духовні практики	0,9	0–100	0–100
	Часткова трудова зайнятість	0	0–100	0–100
	Формальні об'єднання	0	0–100	0–100
Економічне життя	Базисні економічні відносини	16,3	0–20	0–100
	Економічна самостійність	8,1	0–70	0–100
	Складні економічні відносини	4,9	0–100	0–100
	Громадські економічні фонди	1,4	0–100	5–100

У роботі й зайнятості найбільш інформативними для цих хворих були: індивідуальна трудова діяльність (18,7), можливість виконання (13,2) та неоплачувана (9,2) робота, повна трудова зайнятість (2,5), припинення (1,9) та пошук (1,8) роботи, учнівство (1,3). Верхні межі показників обмеження життєдіяльності, при роботі й занятості, у хворих з АГ II і III стадій значно різнились за оцінкою: виконання й неоплачуваної роботи, індивідуальної трудової діяльності, що було підтвердженням більш виразних обмежень саме у цих категоріях (табл. 4).

В економічному житті найбільш вагомими у таких пацієнтів виступали: базисні (16,3) та складні (4,9) економічні відносини, а також можливість користування громадськими економічними фондами (1,4). Верхні межі показників

обмеження життєдіяльності в економічному житті хворих з АГ II і III стадій значно різнились за оцінкою базисних економічних відносин, що свідчило про більш виразні обмеження саме у цих категоріях (табл. 4).

У домені навчання та застосування знань найбільш інформативними були рішення 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 стадії значно зростали обмеження життєдіяльності у разі використання зору та слуху, при концентрації уваги та в процесі мислення, під час вирішення простих та складних проблем (табл. 5).

Обмеження життєдіяльності у хворих з артеріальною гіпертензією в домені навчання та застосування знань

Розділ	Підрозділ	Обстежені хворі	
		АГ II стадії	АГ III стадії
Цілеспрямоване використання органів почуттів	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 під час навчання	Копіювання	3,8±2,6	15,6±3,9
	Повторювання	31,3±5,6	13,0±3,4
	Навички читання	26,9±11,8	22,4±4,4
	Навички письма	27,5±13,3	21,3±4,3
	Навички розрахунків	20,6±12,0	18,8±3,8
	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**
	Читання	15,0±6,5	30,6±4,9
	Письмо	30,0±12,0	38,6±5,6
	Обчислення	20,6±6,8	29,3±4,1
	Вирішення простих проблем	1,3±0,8	15,6±3,8*
	Вирішення складних проблем	13,1±5,1	33,8±4,6**
	Прийняття рішень	15,6±4,8	28,9±4,4
Загальні завдання та вимоги	Вирішення окремих завдань	3,1±2,1	20,0±3,9 <sup>^</sup>
	Вирішення складних завдань	19,4±4,9	33,8±4,5
	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
	Самостійне виконання багатопланових завдань	16,3±4,3	32,8±4,7
	Групове виконання багатопланових завдань	23,8±7,8	26,4±3,7
	Організація розкладу дня	12,5±4,5	23,8±3,0
	Виконання розкладу дня	13,1±5,4	27,6±3,7*
	Власна активність	20,0±8,4	27,1±3,9
Подолання стресу	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*

У цих хворих використання зору під час оволодіння знаннями корелює з глобальними (педантичною, екзальтованою акцентуаціями та інтелектом, боязливостю-сміливістю, як рисами характеру) та специфічними розумовими функціями (короткотривалою слухомовною пам'яттю, об'ємом короткотривалої пам'яті, вибірковістю уваги, керуванням своїми емоціями). При АГ використання слуху поєднане лише з глобальними розумовими функціями (циклотимічною акцентуацією характеру, ергопатичним ТСХ, стриманістю-експресивністю, жорстокістю-чутливістю, бажанням показати себе у «вигідному світлі»).

Таким чином, застосування знань у цих хворих корелює з глобальними розумовими функціями (циклотимічною акцентуацією характеру, стриманістю-експресивністю, боязливостю-сміливістю, жорстокістю-чутливістю, бажанням показати себе

у «вигідному світлі», Sc-шизоїдністю та специфічними розумовими функціями (короткотривалою мовно-слуховою пам'яттю, зоровою пам'яттю, розумінням і керуванням своїх та чужих емоцій, інтегральним рівнем загального розумового інтелекту).

Можливість копіювання у процесі оволодіння базисними навичками під час навчання за АГ пов'язана лише з глобальними розумовими функціями (стриманістю-експресивністю, бажанням показати себе у «вигідному світлі»). У хворих здатність до повторення асоційована з глобальними (застрагаючою, збудливою, гіпертимною, дистимічною акцентуаціями характеру, бажанням представити себе у «вигідному світлі, Магіпоманією) та специфічними (зоровою пам'яттю) розумовими функціями.

У пацієнтів здатність до освоєння письма, під час оволодіння базисними навичками у процесі

навчання, сполучена з глобальними розумовими функціями (педантичною акцентуацією характеру, інтелектом, емоційною стійкістю-нестійкістю). При АГ можливість розрахунків корелює з глобальними розумовими функціями (стриманістю-експресивністю, бажанням показати себе у «вигідному світлі»). Оволодіння базисними навичками у цих осіб поєднане з глобальними розумовими функціями (циклотимічною акцентуацією характеру), ергопатичним ТСХ, стриманістю-експресивністю, жорстокістю-чутливістю, бажанням показати себе у «вигідному світлі»). Можливість оволодіння комплексними навичками у хворих пов'язана з глобальною (Ра-параноєю) та специфічною розумовими функціями (тривалою мовнослуховою пам'яттю, індексом зниження уваги, психічною стійкістю).

Таким чином, можливість оволодіння базисними навичками у процесі навчання у хворих з АГ асоційована з глобальними розумовими функціями (педантичною акцентуацією характеру, іпохондричним ТСХ, інтелектом, емоційною стійкістю-нестійкістю).

Увага при застосуванні знань у цих осіб поєднана лише з Ра-параноєю, як глобальною розумовою функцією. Мислення пацієнтів з АГ пов'язане з глобальними (збудливою, гіпертимною, циклотимічною, екзальтованою акцентуаціями характеру, розслабленістю-напруженістю, бажанням показати себе у «вигідному світлі») та специфічними (зоровою пам'яттю) розумовими функціями. Читання, застосування знання, у хворих асоційоване з глобальними (інтелектом, емоційною стійкістю-нестійкістю) та специфічними розумовими функціями (об'ємом нетривалої пам'яті, вибірковою увагою). Письмо у разі застосування знань у цих осіб поєднане з глобальними розумовими функціями (педантичною, тривожною акцентуаціями характеру, анозогнозичним ТСХ) та специфічними (нетривалою мовно-слуховою пам'яттю) розумовими функціями.

Оволодіння розрахунками, як базисними навичками під час навчання, у хворих корелює лише з глобальними розумовими функціями (стриманістю-експресивністю та бажанням показати себе у «вигідному світлі»). Оволодіння базисними навичками пацієнтами асоційоване з глобальними розумовими функціями (циклотимічною акцентуацією характеру, ергопатичним ТСХ, стриманістю-експресивністю, жорстокістю-чутливістю, бажанням показати себе у «вигідному світлі»). Можливість здобуття комплексних навичок хворими пов'язана з глобальними (Ра-параноєю) та специфічними розумовими функціями (тривалою мовнослуховою пам'яттю, індексом утомлюваності уваги, психічною стійкістю).

Таким чином, можливість здобуття базисних навичок у процесі навчання у пацієнтів з АГ асоційована з глобальними розумовими функціями (педантичною акцентуацією характеру, іпохондричним ТСХ, інтелектом та емоційною стійкістю-нестійкістю).

Концентрація уваги, як можливість набуття знань, у пацієнтів з АГ поєднана лише з Ра-параноєю, як глобальною розумовою функцією. Мислення таких осіб корелює з глобальними (збудливою, гіпертимною, циклотимічною, екзальтованою акцентуаціями характеру, розслабленістю-напруженістю, бажанням показати себе у «вигідному світлі») та специфічними розумовими функціями (зоровою пам'яттю). Здібність до читання у пацієнтів сполучена з глобальними (інтелектом, емоційною стійкістю-нестійкістю) та специфічними розумовими функціями (об'ємом нетривалої пам'яті, вибірковою увагою). Оволодіння письмом у осіб з АГ пов'язане з глобальними розумовими функціями (педантичною, тривожною акцентуаціями характеру та анозогнозичним ТСХ). Здатність до розрахунків, як можливість використання знань, асоційована у хворих з глобальними (розслабленістю-напруженістю) та специфічними розумовими функціями (розрізненням різних понять).

Вирішення простих проблем у осіб поєднане з меланхолічним ТСХ, як глобальною розумовою функцією. Рішення складних проблем, як можливість використання знань, корелює у пацієнтів з глобальними (гіпертимною, емотивною акцентуаціями характеру, підпорядкованістю-домінантністю, радикалізмом-консерватизмом, бажанням показати себе у «вигідному світлі»), Ма-гіпоманією) та специфічними розумовими функціями (зоровою пам'яттю, випрацьованістю, рівнем логічного мислення). Прийняття рішень, як можливість використання знань, сполучене у хворих з глобальними (гіпертимною, екзальтованою акцентуаціями характеру, емоційною стійкістю-нестійкістю, Ма-гіпоманією) та специфічними розумовими функціями (зоровою пам'яттю).

Таким чином, використання знань хворими пов'язане з глобальними (тривожною акцентуацією характеру, іпохондричним ТСХ, апатичним інтелектом, розслабленістю-напруженістю) та специфічними розумовими функціями (вибірковою увагою).

Виконання окремих завдань особами з АГ асоційоване з глобальними розумовими функціями (ергопатичним ТСХ, схильністю до почуттєво-високою нормативністю поведінки). Виконання складних завдань пацієнтами з АГ поєднане з глобальними (демонстративною акцентуацією характеру, іпохондричним, ейфоричним ТСХ, емоційною стійкістю-нестійкістю) та специфічними розумовими функціями (коефіцієнтом асиметрії уваги, розумінням логічних зв'язків і відносин між поняттями). Виконання хворими завдань самостійно сполучене з глобальними (демонстративною акцентуацією характеру, ейфоричним ТСХ) та специфічними розумовими функціями (розрізнення різних понять, розумінням логічних зв'язків і відносин між поняттями). Вирішення завдань у групах особами корелює з глобальними (застрягаючою, гіпертимною, дистимічною, екзальтованою акцентуаціями характеру, гармонійним, бажанням показати себе у «вигідному світлі»), Н-іпохондрією, Ма-

гіпоманією) та специфічними розумовими функціями (зоровою пам'яттю).

Початок виконання багатопланових завдань хворими пов'язаний з глобальними (конформізмом-нонконформізмом) та специфічними розумовими функціями (нетривалою мовнослуховою пам'яттю, об'ємом нетривалої пам'яті, адаптацією уваги). Завершення багатопланових завдань хворими корелює з глобальними (інтелектом) та специфічними розумовими функціями (об'ємом нетривалої пам'яті, вибірковою увагою, адаптацією уваги). Виконання багатопланових завдань самостійно цими особами сполучене з глобальними (апатичним ТСХ, радикалізмом-консерватизмом) та специфічними розумовими функціями (адаптацією уваги). Виконання багатопланових завдань у групах хворими з АГ поєднане з глобальними (гіпертимною, екзальтованою акцентуаціями характеру) та специфічними розумовими функціями (вибірковою увагою). Організація розкладу дня такими особами асоційована з глобальними (тривожною акцентуацією характеру, анозгностичним ТСХ, бажанням показати себе у «вігідному світі»), інтелектом, боязливостю-смільвистю, довірливостю-підозрлістю, прямолінійністю-дипломатичністю) та специфічними розумовими функціями (нетривалою та тривалою мовнослуховою пам'яттю, об'ємом нетривалої пам'яті, керуванням своїми емоціями).

Виконання запланованого розкладу дня такими особами пов'язане з глобальними (тривожною акцентуацією характеру, тривожним ТСХ, бажанням показати себе у «вігідному світі»), інтелектом, боязливостю-смільвистю, довірливостю-підозрлістю, прямолінійністю-дипломатичністю) та специфічними розумовими функціями (нетривалою мовно-слуховою пам'яттю, об'ємом короткотривалої пам'яті, вибірковою увагою). Можливість управління власною активністю у хворих корелює з глобальними (екзальтованою акцентуацією характеру, інтелектом, емоційною стійкістю-нестійкістю, боязливостю-смільвистю) та специфічними розумовими функціями (зоровою пам'яттю, вибірковою увагою).

Таким чином, виконання загальних завдань і вимог пацієнтами з АГ сполучене з глобальними (гіпертимною, екзальтованою акцентуаціями характеру, іпохондричним і сенситивним ТСХ, інтелектом) та специфічними розумовими функціями (вибірковою увагою).

Відповідальність, як можливість подолання стресу, цими особами пов'язана з глобальними (меланхолічним ТСХ, Ну-істерією) та специфічними розумовими функціями (контролем експресії, інтегральним показником загальних розумових здібностей). Подолання стресу хворими з АГ асоційоване лише з глобальними розумовими функціями (апатичним ТСХ і бажанням показати себе у «вігідному світі»). Можливість адекватного реагування в умовах кризових явищ у них пов'язана з глобальними (гіпертимною, циклотимічною, екзальтованою акцентуаціями характеру, Ма-гіпоманією) та специфічними розумовими функціями (довготривалою мовнослуховою пам'яттю).

Таким чином, особливості подолання стресу хворими з АГ корелюють з глобальними (збудливою, гіпертимною, циклотимічною, екзальтованою акцентуаціями характеру, бажанням показати себе у «вігідному світі») та специфічними розумовими функціями (зоровою пам'яттю).

Узагальнюючи вищесказане, можна вважати, що обмеження життєдіяльності у домені навчання та застосування знань особами з АГ поєднані з глобальними (екзальтованою акцентуацією характеру, іпохондричним, сенситивним ТСХ, інтелектом) та специфічними розумовими функціями (вибірковою увагою).

За цілеспрямованого використання органів почуттів хворими з АГ найбільш інформативними обмеженнями життєдіяльності були: використання зору (14,3) й слуху (12,3), а також інші відчуття (7,2). Верхні межі показників обмеження життєдіяльності за цілеспрямованого використання органів почуттів хворими з АГ II і III стадій значно різнилися за оцінкою використання зору, що свідчило про більш виразні обмеження саме у цій категорії (табл. 6).

Таблиця 6

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

Розділ	Підрозділ	Межі показників у обстежених хворих		
		вага	АГ II стадії	АГ III стадії
Цілеспрямоване використання органів почуттів	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 під час навчання	Базисні навички	10,9	0-15	0-70
	Навички рахування	9,9	0-45	0-80
	Копіювання	8,6	0-20	0-90
	Комплексні навички	5,4	0-50	0-90
	Повторювання	5,3	0-50	0-70
	Навички письма	1,1	0-100	0-80
	Навички читання	1	0-100	0-100
Застосування знань	Вирішення простих проблем	16,1	0-5	0-95

	Концентрація уваги	16	0–40	0–95
	Читання	11,7	0–40	0–100
	Вирішення складних проблем	11,5	0–40	0–95
	Прийняття рішень	11,5	0–30	0–100
	Мислення	6,2	0–40	0–70
	Письмо	2,2	0–100	0–100
	Обчислення	1,7	0–100	0–70
Загальні завдання та вимоги	Вирішення окремих завдань	14,3	0–15	0–70
	Вирішення складних завдань	13,4	0–30	0–100
	Самостійне виконання багатопланових завдань	13,1	0–35	0–100
	Самостійне виконання завдань	9,1	0–40	0–60
	Багатозадачність	8,9	0–35	0–100
	Завершення багатопланових завдань	8,4	0–35	0–80
	Організація розкладу дня	7,8	0–30	0–70
	Виконання розкладу дня	6,5	0–40	0–95
	Власна активність	1,7	0–65	0–95
	Групове виконання багатопланових завдань	1,2	0–70	0–75
Подолання стресу	Виконання завдань у групах	0	0–70	0–70
	Подолання стресу	11,5	0–45	0–95
	Відповідальність	6,4	0–35	0–60
	Подолання кризових явищ	3,7	0–95	0–100

Оволодіваючи базисними навичками у процесі навчання у хворих з АГ найбільш значущими були: здобуття базисних (10,9) і комплексних (5,4) навичок, здатності до розрахунків (9,9), копіювання (8,6) та повторення (5,3) (табл. 6). Верхні межі показників обмеження життєдіяльності при здобутті навичок навчання хворими з АГ II і III стадій значно різнились за оцінкою копіювання, розрахунку, комплексних і базисних навичок, що свідчило про більш виразні обмеження саме у цих категоріях.

Під час застосування знань у хворих з 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. 6). Верхні межі показників обмеження життєдіяльності при застосуванні знань хворими з АГ II і III стадій значно різнились за оцінкою концентрації уваги, читання, вирішення простих і складних проблем, прийнятті рішень, що свідчило про найбільш виразні обмеження саме у цих категоріях (табл. 6).

Виконуючи загальні завдання і вимоги пацієнтами з АГ II і III стадії, найбільш значущими були: вирішення окремих (14,3) і складних (13,4) завдань, самостійне виконання багатопланових (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 у разі виконання загальних завдань і вимог хворими обох груп значно різнились за оцінкою можливості вирішення складних завдань, початку і самостійного виконання багатопланових завдань, виконання розкладу дня, що свідчило про найбільш виразні обмеження саме у цих категоріях (табл. 6).

Долаючи стрес пацієнтами з АГ найбільш значущими були: подолання стресу (11,5) та кризових

явищ (3,7), відповідальність (6,4). Верхні межі показників обмеження життєдіяльності під час виконання загальних завдань і вимог хворими обох груп значно різнились за оцінкою можливості подолання стресу, що свідчило про найбільш виразні обмеження саме у цій категорії (табл. 6).

Узагальнюючи отримані нами результати, можна вважати, що найбільш значущими у пацієнтів з АГ були такі сфери життєдіяльності: міжособистісні взаємодія й відносини, головні сфери життя, навчання та використання знань, самообслуговування, побутове життя, мобільність.

У домені міжособистісні взаємодія й відносини у всіх хворих із АГ найбільш інформативними були: дотримання дистанції при спілкуванні, критика у відносинах, регуляція поведінки при взаємодії, відносини із особами, які мають певний авторитет із сусідами, розуміння натяків і фізичного контакту, відносини з далекими родичами та рівними за становищем людьми. При міжособистісних відносинах хворих з АГ III стадії значно зростали обмеження у позитивному сприйнятті відносин, проявах терпимості і критики, у разі фізичного контакту та натяках у стосунках, регуляції поведінки при взаємодії, відповідності соціальним нормам і дотриманні дистанції при взаємодії. Циклотимічна та екзальтована акцентуація характеру, інтелект, боязливість-сміливість, розслабленість-напруженість, як глобальні, й зорова та об'єм короткотривалої пам'яті, вибірковість уваги, як специфічні розумові функції, обмежують життєдіяльність цих осіб у домені міжособистісна взаємодія та відносини.

У домені головних сфер життя для хворих з АГ, як II, так і III стадії, у віддалений термін після перенесеного інсульту найбільш значущими були: неформальне спілкування, індивідуальна трудова

діяльність, базисні економічні відносини, можливість користуватись витворами мистецтва, виконання трудових обов'язків та неоплачуваної роботи, особистісні економічні ресурси. У хворих на АГ III стадії значно зростали обмеження життєдіяльності у процесі здобуття шкільної освіти, пошуку, виконання та припинення роботи, під час зайняття індивідуальною трудовою діяльністю, у базисних та складних економічних відносинах. Педантична, екзальтована акцентуації та інтелект, боязливий-сміливість, як глобальні, та короткотривала мовнослухова пам'ять, об'єм нетривалої пам'яті, вибірковість уваги, керування своїми емоціями, як специфічні розумові функції, обмежують життєдіяльність пацієнтів у домені головних сфер життя.

У домені навчання та застосування знань найбільш інформативними були рішення простих і складних проблем, увага, використання зору й слуху, самостійне виконання окремих задач, багатопланових та складних завдань, можливість читання, прийняття рішень. У хворих на АГ III стадії значно зростали обмеження життєдіяльності при використанні зору та слуху, при концентрації уваги та в процесі мислення, у разі вирішення простих та складних проблем. Екзальтована акцентуація характеру, іпохондричний, сенситивний ТСХ та інтелект, як глобальні розумові функції, та вибірковість уваги, як специфічна, обмежують життєдіяльність пацієнтів у домені навчання та застосування знань.

Таким чином, узгоджений погляд на обмеження життєдіяльності з біологічної, психологічної та соціальної позиції надасть можливість отримати повну картину факторів, що призводять до таких порушень, що в подальшому може стати базовою основою для розробки індивідуальних програм реабілітації цієї категорії пацієнтів.

#### Література

1. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 06.10.2005 № 2961-4. [WWW-документ]. – URL <http://www.ifp.kiev.ua>
2. Міжнародна статистична класифікація хвороб, травм та причин смерті (МКХ-Х). – Режим доступу: <http://www.softportal.com/software-5895-spravochnik-mkb-10.html>.
3. Международная классификация функционального, ограниченной жизнедеятельности и здоровья. – ВОЗ: Женева, 2001. – 342 с.
4. Наказ МОЗ України № 54 від 14.02.2002 р. Про затвердження класифікації захворювань органів системи кровообігу. – м. Київ. – 22 с. [WWW-документ]. Url: <http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9>.
5. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих / За ред. В. М. Коваленка, М. І. Лутая, Ю. М. Сіренка. – К.: Морион, 2011. – 407 с.
6. 2013ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the

management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur. Heart. J. 2013; DOI: 10.1093/eurheartj/eh.151.

7. Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострим ішемічним інсультом та ТІА. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 60203 від 08.2012. [WWW-документ]. URL: [http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?\\_rand=1165367246](http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?_rand=1165367246).

8. Рекомендації щодо ведення хворих з ішемічним інсультом та транзиторною ішемічною атакою. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 602 від 03.08.2012. [WWW-документ]. URL: [http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?\\_rand=1165367246](http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?_rand=1165367246).

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

10. Малкіна-Пих І. Г. Психосоматика: Довідник практичного психолога / І. Г. Малкіна-Пих. – М.: Ексмо, 2005. – 992 с.

11. Капустина А. Н. Многофакторная личностная методика Р. Кэттелла / А. Н. Капустина. – СПб.: Речь, 2001. – 234 с.

12. Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. – Л.: Медицина, 1983. – 186 с.

13. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 592 с.

14. Зайцев В. П. Психологический тест СМОЛ / В. П. Зайцев // Актуальные вопросы восстановительной медицины. – 2004. – № 2. – С. 17–19.

15. Березин Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения) / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Е. Д. Соколова. – М.: Фолиум, 1994. – 175 с.

16. Пашукова Т. И. Психологические исследования. Практикум по общей психологии для студентов педагогических вузов / Т. И. Пашукова, А. И. Допира, Г. В. Дьяконов. – М., 1996. – 294 с.

17. Римская Р. Практическая психология в тестах, или как научиться понимать себя и других / Р. Римская, С. Римский. – М.: АСТ-ПРЕСС, 2000. – 376 с.

18. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека / Под ред. И. А. Полищука, А. Е. Ведренко. – Киев: Здоров'я, 1980. – 32 с.

19. Статистична обробка даних / В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка, П. О. Приставка. – К.: МІВВЦ, 2001. – 388–с.

20. Айвазян С. А. Классификация многомерных наблюдений / С. А. Айвазян, З. И. Бежаева, О. В. Староверов. – М.: Статистика, 1974. – 240 с.

