

DOI 10.32782/city-development.2024.4-2

УДК: 616-036.86:616.12-008331.1:159.923:371.214.114

МІЖНАРОДНА КЛАСИФІКАЦІЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ, ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА ЗДОРОВ'Я В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ

Дроздова Ірина Володимирівна

доктор медичних наук, професор,
головний науковий співробітник науково-консультативного відділу
з рентген хірургічними методами лікування
ДУ «Науково-практичний центр дитячої кардіології
та кардіохірургії МОЗ України»
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3252-6202>

Анотація. Значна поширеність та тяжкі соціально-економічні збитки внаслідок інсульту в усьому світі потребують прискіпливої уваги з боку як кардіологів, неврологів, реабілітологів, ерго-терапевтів, логопедів, психологів, соціальних працівників. У осіб з наслідками інсульту можна виділити три провідних види порушень: ураження, дефект; порушення здатності та соціального функціонування. Метою дослідження була оцінка вплив психологічних чинників на життєдіяльність хворих, що перенесли мозковий інсульт та визначення їх реабілітаційного прогнозу. Було обстежено 113 пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) II і III ст. з ішемічним інсультом. Обмеження життєдіяльності оцінювали із використанням International Classification of Functioning, Disability and Health. Математичну обробку результатів дослідження виконували методами математичної статистики. Найсуттєвішими проблемами осіб з АГ та ішемічним інсультом були обмеження життєдіяльності в мобільності, головних сфер і побутового життя, спілкування, навчання та застосування знань, міжособистісної взаємодії, самообслуговування. До психологічних чинників, що обмежували життєдіяльність хворих з ішемічним інсультом, віднесли внутрішню картину хвороби та когнітивні функції. До факторів, що впливали на функціонування й обмеження життєдіяльності осіб з ішемічним інсультом належали: адекватне реагування на захворювання, риси характеру, емоційний інтелект, стабільність соціальних установок, інтер- та інтрапсихічне реагування за захворювання, риси характеру, особистісні особливості, риси характеру, пам'ять, мислення. Було визначено психологічну складову реабілітаційного потенціалу хворих з ішемічним інсультом. До неї відносилися: ейфоричний ТСХ, обмежене мислення-кмітливість і виразна сила «Я»-безпринциповість, короткотривала й зорова пам'ять, розуміння емоцій, рівень логічного мислення, розрізнення різнорідних понять. Психологічна корекція, спрямована саме на ці фактори у осіб з ішемічним інсультом, дасть найбільший результат.

Ключові слова: обмеження життєдіяльності, ішемічний інсульт, реабілітація, реабілітаційний потенціал, особистісні особливості, когнітивні функції.

Актуальність проблеми. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) характеризує функціонування загальним терміном задля оцінки позитивних чи негативних аспектів функцій організму, активності та участі, а обмеження життєдіяльності – терміном для оцінки порушень, обмеження активності та можливості участі особи у суспільному житті. Чинники оточуючого середовища складають фізичне й соціальне оточення, формують відносини та установки, при яких люди живуть

і проводять свій час. Особистісні фактори – це індивідуальні характеристики особистості, що поєднують її особистісні особливості й характерологічні риси та внутрішню картину хвороби. Визначення виду й ступеню обмежень життєдіяльності у хворих на АГ після перенесеного ішемічного інсульту вкрай необхідне для встановлення факту наявності інвалідності та розробки індивідуальних програм реабілітації інваліда [1; 2].

ICF при вивченні активності й участі виділяє кілька доменів: навчання та застосування



© Дроздова І. В., 2024

знань, загальні завдання й вимоги, мобільність, самообслуговування, побутове життя, міжособистісна взаємодія й відносини, головні сфери життя. Вони певним чином відрізняються від видів обмеження життєдіяльності, що наведені в «Інструкції про встановлення груп інвалідності», яка передбачає оцінку здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю за власною поведінкою, спілкування, навчання, виконання виробничої діяльності [1; 2].

Мета дослідження – оцінити вплив психологічних чинників на життєдіяльність хворих, що перенесли мозковий інсульт та визначити їх реабілітаційний прогноз.

Методи дослідження. Відкрите контрольоване дослідження, що проводилося на базі Державної установи «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», після отримання інформованої згоди, охоплювало 113 пацієнтів з АГ II і III ст. з ішемічним інсультом (наслідками інфаркту мозку I 69.3). Усі хворі отримували інформацію для пацієнтів і підписували «Інформовану добровільну згоду пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення» (форма № 003-6/о) та «Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних», згідно Наказу МОЗ України № 110 від 14 лютого 2012 року [3]. Протокол дослідження було складено у відповідності з Хельсінкською декларацією [4]. Всі пацієнти з АГ були обстежені згідно з існуючими стандартами [5; 6].

Критерієм включення до дослідження була есенціальна АГ у хворих віком 30-59 років, перенесений ішемічний інсульт давністю близько або більше 1 року, підтверджений даними медичної документації та результатами магнітно-резонансної томографії, індекс Бартела вище 65 балів. Критерії виключення: вторинні форми АГ; стеноз ниркових артерій; постійна форма фібриляції передсердь; виражені порушення функції нирок і печінки; інфаркт міокарда, кардіохірургічні втручання; некомпенсований цукровий діабет; наявність супутнього захворювання, що могла упродовж 3 міс. вплинути на виживаність та якість життя хворих; наявність виражених когнітивних розладів та психіатричної патології, індекс Бартела нижче 65 балів, відмова від лікування.

Для дослідження особистісних особливостей хворих на АГ ми використовували «Методику багатостороннього дослідження особистості» [7], акцентуацій характеру – «Опитувальник Шмішека» [8], рис характеру – «Тест Кеттела» [9], типів ставлення до хвороби – «Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту».

Увагу у осіб з АГ II і III стадій ми вивчали за допомогою: таблиць Шульте, методики Мюнстбергера, коректурної таблиці Бентона. Дослідження пам'яті здійснювали за допомогою тестів: образної пам'яті, зорової пам'яті, змістовної пам'яті, обсягу короткотривалої пам'яті, запам'ятовування 10-и слів за А.Р. Лурія [10–12]. За «Опитувальником емоційного інтелекту (ЕмІн) Д.В. Люсіна визначали особливості емоційного інтелекту [13]. Загальні розумові здібності ми оцінювали за допомогою короткого орієнтувального тесту (КОТ) [14]; процеси мислення – із використанням методик виділення істотних ознак [15], Еббінгауза [16], виключення зайвого» та простих аналогій [17].

Обмеження життєдіяльності пацієнтів з ішемічним інсультом оцінювали клінічно та із використанням International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Математичну обробку результатів дослідження виконували методами математичної статистики. Статистичний опис показників дослідження проводили методами первинного статистичного аналізу [18]. За їх допомогою визначали середнє арифметичне (М) та похибку середнього арифметичного (m) показників, а також досліджували розподіл показників на нормальність. Для перевірки розподілу показників на нормальність використовували критерій Колмогорова-Смирнова. Встановили, що на рівні значущості 0,05 розподіл більшості показників відмінний від нормального.

Для порівняння середніх значень показників у групах з різними діагнозами застосовували двохвибірковий *t*-критерій Стьюдента, а для порівняння середніх значень показників у осіб до та після реабілітації – парний *t*-критерій Стьюдента [18]. Вважали, що середні значення показників різняться суттєво, якщо *p*-значення не перевищувало 0,05.

Наявність взаємозв'язків між показниками шукали за допомогою кореляційного аналізу [18]. Як оцінку міри залежності між двома показниками використовували коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, вибір якого був обумовлений відсутністю нормального розподілу для більшості показників. Коефіцієнт кореляції Спірмена вважали значущим, і відповідно робили висновок про наявність залежності між показниками, якщо *p*-значення не перевищувало 0,05.

Щоб дати змістовну інтерпретацію показникам, які корелювали з показником обмеження життєдіяльності, об'єднали їх у групи методом екстремального групування [18].

За допомогою методу Кендалла виконували ранжування показників відповідно до їх інформативності в діагностиці порушень когнітивних функцій [18].

Засобами регресійного аналізу будували модель для прогнозування показника обмеження життєдіяльності у осіб із ішемічним мозковим інсультом. Для побудови регресійного рівняння і вибору предикторів для нього використовували метод покрокової регресії [18]. Значущість та адекватність побудованого регресійного рівняння підтверджували за допомогою F-теста, коефіцієнта детермінації та аналізу залишків [18]. Щоб оцінити прогностичну якість регресійного рівняння коефіцієнт детермінації оцінювали шляхом ковзного контролю.

Факторний аналіз застосовували для отримання скритих характеристик, так званих головних компонент. Вихідною умовою його використання було наявність взаємозв'язку між досліджуваними змінними [18].

Результати дослідження. Методом відбору інформативних ознак були виділені найбільш значущі для хворих на АГ домени життєдіяльності. Для пацієнтів з АГ II стадії це були: головні сфери життя (7,39), побутове життя (4,05), мобільність (3,75), спілкування (2,5), міжособистісна взаємодія (2,31), навчання та застосування знань (2,28), самообслуговування (1,53). Тоді як особи з ІМ вирізнялися значимістю для них мобільності (14,5), головних сфер (10,09) і побутового (8,66) життя, спілкування (7,0), навчання та застосування знань (3,99), міжособистісної взаємодії (2,79), самообслуговування (2,75) (рис. 1).

В мобільності це були: переміщення із догляданням власних зусиль і центру ваги стоячи, ходьба на далекій відстані та біг; в головних сферах життя – складні економічні відносини, участь у спортивних змаганнях, можливість впливу на суспільні економічні фонди; в побутовому житті – благоустрій, прибирання та оренда житла; при спілкуванні – сприйняття письмових повідомлень і фотографій, розмова й дискусія з багатьма людьми; при навчанні та застосуванні знань – завершення багатопланових завдань, відповідальність, розрахунки; в міжособистісній взаємодії – повага й щирість у відносинах, позитивне їх сприйняття, фізичний контакт і регуляція поведінки; при самообслуговуванні – вживання їжі у відповідності із соціальними нормами, піклування й підтримка здоров'я.

Нами встановлено, що на обмеження життєдіяльності осіб з ішемічним інсультом суттєво впливали: внутрішня картина хвороби (меланхолічний ($r=0,336$), апатичний ($r=0,337$), obsесивно-фобічний ($r=0,39$), егоцентричний ($r=0,314$), ейфоричний ($r=-0,482$), анозогнозичний ($r=-0,429$), ергопатичний ($r=-0,42$) види, когнітивні функції (короткотривала пам'ять ($r=-0,34$), розуміння ($r=-0,492$) та управління ($r=-0,384$) чужими емоціями, між-

особистісний емоційний інтелект ($r=-0,435$), розуміння ($r=-0,399$) та управління ($r=-0,317$) емоціями, загальний рівень емоційного інтелекту ($r=-0,37$), рівень логічного мислення ($r=-0,355$).

До факторів, що впливали на функціонування й обмеження життєдіяльності хворих на АГ з ішемічним інсультом відносилися: адекватне реагування на захворювання (гармонічний, ейфоричний та анозогнозичний ТСХ), риси характеру (О-тривожність-спокій, Q2-самостійність-навіюваність), емоційний інтелект (розуміння й управління чужими емоціями, розуміння своїх емоцій, контроль експресії, міжособистісний та внутрішньо особистісний емоційний інтелект, розуміння й управління усіма емоціями, загальний рівень емоційного інтелекту); стабільність соціальних установок – пам'ять й увага (запам'ятовування, короткотривала, довготривала і зорова пам'ять, об'єм короткотривалої пам'яті та ефективність роботи), інтерта інтрапсихічне реагування за захворювання (апатичний та егоцентричний ТСХ), риси характеру (С-емоційна стабільність), особистісні особливості (F-вірогідності, D-депресії, Pa-параної, Sc-шизоїдності); розумові здібності – риси характеру (В-обмежене мислення-кмітливості), пам'ять (змістовна пам'ять), мислення (загальні розумові здібності, рівень й продуктивність мислення, розуміння логічних зв'язків); бажання представити себе «у вигідному світлі» – риси характеру (демонстративна акцентуація), особистісні особливості (К-корекція).

Виділення груп факторів, суттєвих для функціонування й життєдіяльності усіх пацієнтів з ішемічним інсультом показало, що вони чітко розділилися на чинники що сприяють адекватній адаптації та дезадаптації хворих (Табл. 1 і 2).

Фактори, що впливають на функціонування й обмеження життєдіяльності хворих на АГ з ішемічним інсультом, ми розділили на дві великі групи: адекватної адаптації та дезадаптації. До факторів, що формують адекватну адаптацію у цих пацієнтів та зменшують обмеження життєдіяльності належали: адекватне реагування на захворювання (гармонічний, ейфоричний та анозогнозичний ТСХ), риси характеру (О- тривожність-спокій, Q2-самостійність-навіюваність), емоційний інтелект (розуміння й управління чужими емоціями, розуміння своїх емоцій, контроль експресії, міжособистісний та внутрішньо особистісний емоційний інтелект, розуміння й управління усіма емоціями, загальний рівень емоційного інтелекту). До факторів, що формують дезадаптацію пацієнтів і збільшують обмеженням їх життєдіяльності віднесено: стабільність соціальних

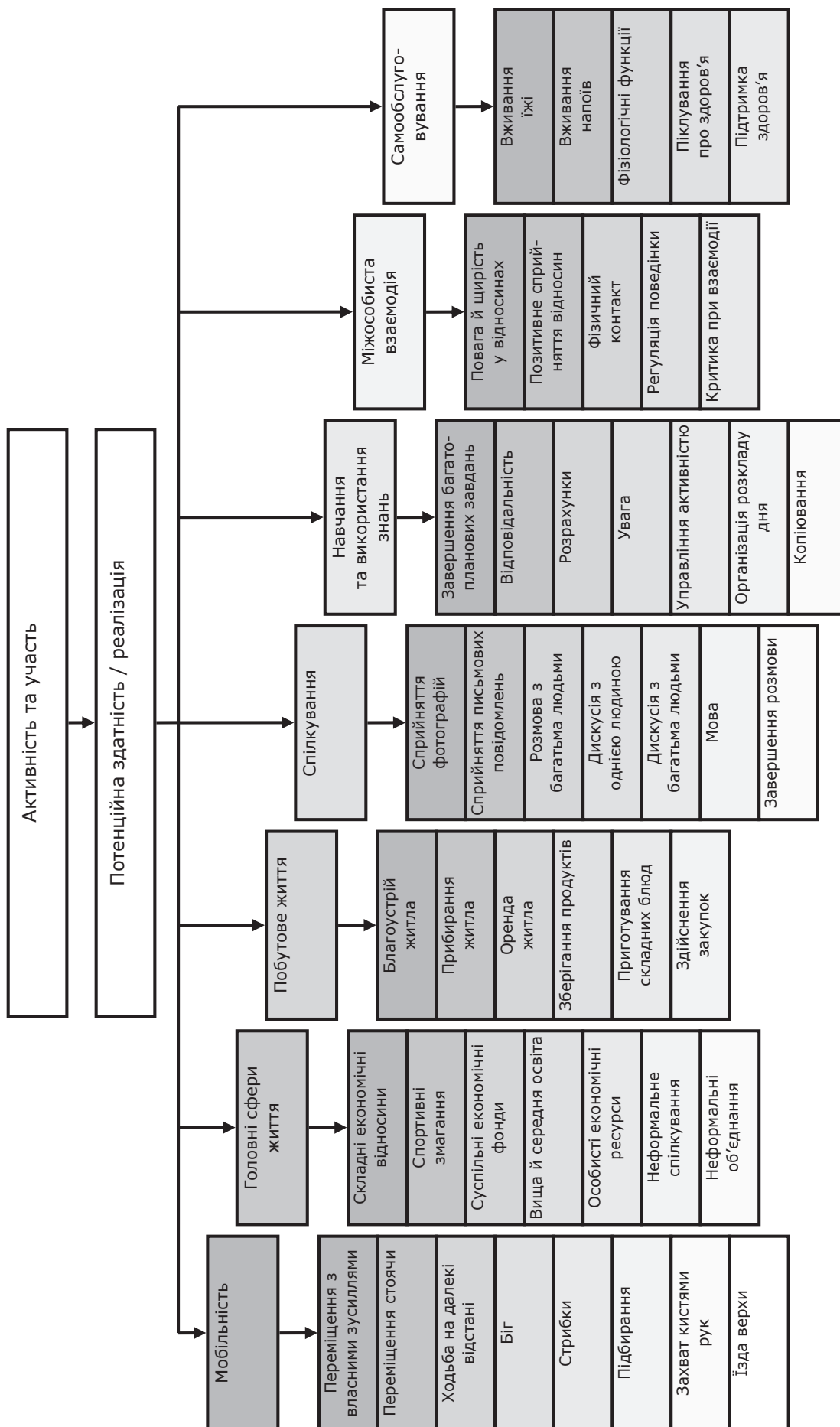


Рисунок 1 – Основні обмеження життєдіяльності осіб з артеріальною гіпертензією та ішемічним інсультом

Таблиця 1 – Фактори, що сприяють зменшенню обмежень життєдіяльності хворих на артеріальну гіпертензію з ішемічним інсультом

Фактор	Складові фактору	Психологічні Показники	Коефіцієнт кореляції
Адекватної Адаптації	Адекватне реагування на захворювання	Гармонічний ТСХ	-0,281
		Ейфоричний ТСХ	-0,377
		Анозогнозичний ТСХ	-0,448
	Риси характеру	О-тривожність-спокій	-0,551
		Q2-самостійність-навіюваність	-0,444
	Емоційний інтелект	Розуміння чужих емоцій	-0,857
		Управління чужими емоціями	-0,86
		Розуміння своїх емоцій	-0,858
		Контроль експресії	-0,653
		Міжособистісний емоційний інтелект	-0,933
		Внутрішньо особистісний емоційний інтелект	-0,934
		Розуміння Емоцій	-0,946
		Управління емоціями	-0,93
		Загальний рівень емоційного інтелекту	-0,997

Таблиця 2 – Фактори, що сприяють збільшенню обмежень життєдіяльності хворих на артеріальну гіпертензію з ішемічним інсультом

Фактори дезадаптації	Складові фактору	Психологічні Показники	Коефіцієнт кореляції	
Стабільності соціальних установок	Пам'ять й увага	Запам'ятовування	1-ї проби	0,584
			2-ї проби	0,664
			3-ї проби	0,588
			4-ї проби	0,642
		Короткотривала пам'ять	0,651	
		Довготривала пам'ять	0,543	
		Зорова пам'ять	0,518	
		Об'єм короткотривалої пам'яті	0,698	
	Ефективність роботи	-0,954		
	Інтер- та інтра-психічне реагування на захворювання	Апатичний ТСХ	0,489	
		Егоцентричний ТСХ	0,335	
	Риси характеру	С-емоційна стабільність	0,594	
	Особистісні особливості	F-вірогідність	0,758	
		D-депресія	0,772	
Pa-параноя		0,884		
Sc-шизоїдність		0,884		
Розумових здібностей	Риси характеру	Обмежене мислення-кмітливості	-0,355	
	Пам'ять	Змістовна пам'ять	0,665	
		Загальні розумові здібності	0,774	
		Рівень логічного мислення	0,605	
		Продуктивність мислення	0,680	
		Розуміння логічних зв'язків	0,597	
Бажання представити себе «у вигідному світлі»	Риси Характеру	Демонстративна акцентуація	0,542	
	Особистісні Особливості	К-корекція	0,896	

установок – пам'ять й увага (запам'ятовування, короткотривала, довготривала і зорова пам'ять, об'єм короткотривалої пам'яті та ефективність роботи), інтер- та інтрапсихічне реагування за захворювання (апатичний та егоцентричний ТСХ), риси характеру (С-емоційна стабільність), особистісні особливості (F-вірогідності, D-депресії, Pa-параної, Sc-шизоїдності); розумові здібності – риси характеру (B-обмежене мислення-кмітливість), пам'ять (змістовна пам'ять), мислення (загальні розумові здібності, рівень й продуктивність мислення, розуміння логічних зв'язків); бажання представити себе «у вигідному світлі» – риси характеру (демонстративна акцентуація), особистісні особливості (K-корекція). Саме ці фактори повинні бути мішенями психокорекції.

Психокорекція пацієнтів в межах їх реабілітації має починатися з визначення реабілітаційного потенціалу. Реабілітаційний потенціал – це комплекс біологічних, психо-фізичних і соціально-середовищних чинників, що дозволяють певною мірою впроваджувати у життя потенційні можливості реалізації хворого чи інваліда [1].

Для оцінки реабілітаційного потенціалу ми використали регресійний аналіз [23]. Було побудовано лінійну багатовимірну регресію, що дало можливість оцінити обмеження життєдіяльності (ОЖД) осіб з ішемічним інсультом в залежності від їх особистісних і характерологічних рис, внутрішньої картини хвороби й когнітивних функцій (Табл. 3). Для цієї моделі коефіцієнт детермінації склав 56,0%, множинний коефіцієнт кореляції – 0,75.

Таким чином, розроблене регресійне рівняння має вигляд: $ОЖД = 81,82 - 1,71 * \text{Ейфоричний ТСХ} + 1,53 * \text{Обмежене мислення-кмітливість} - 2,7 * \text{Виразна сила «Я»-безпринциповість} - 3,96 * \text{Короткотривала пам'ять} + 0,04 * \text{Зорова пам'ять} - 0,4 * \text{Розуміння емоцій} -$

$0,71 * \text{Рівень логічного мислення} + 1,45 * \text{Розрізнення різнорідних понять}$.

До психологічної складової реабілітаційного потенціалу відносяться: внутрішня картина хвороби (ейфоричний ТСХ), характерологічні риси (обмежене мислення-кмітливість і виразна сила «Я»-безпринциповість), когнітивні функції (короткотривала й зорова пам'ять, розуміння емоцій, рівень логічного мислення, розрізнення різнорідних понять). Психологічна корекція, спрямована саме на ці фактори у осіб з ішемічним інсультом, дасть найбільший результат.

Висновки. Найбільш значущими для хворих на АГ з ішемічним інсультом були такі домени життєдіяльності: мобільності, головних сфер і побутового життя, спілкування, навчання та застосування знань, міжособистісної взаємодії, самообслуговування.

Виявлено певні відмінності у психологічних чинниках, що обмежували життєдіяльність хворих з ішемічним інсультом. Це були: внутрішня картина хвороби (меланхолічний, апатичний, obsesивно-фобічний, егоцентричний, ейфоричний, анозогнозичний, ергопатичний види); когнітивні функції (короткотривала пам'ять, розуміння та управління чужими емоціями, міжособистісний емоційний інтелект, розуміння та управління емоціями, загальний рівень емоційного інтелекту, рівень логічного мислення).

До факторів, що впливали на функціонування й обмеження життєдіяльності хворих на АГ з ішемічним інсультом відносилися: адекватне реагування на захворювання, риси характеру, емоційний інтелект, стабільність соціальних установок, інтер- та інтрапсихічне реагування за захворювання, риси характеру, особистісні особливості, риси характеру, пам'ять, мислення.

До психологічної складової реабілітаційного потенціалу хворих з ішемічним інсультом відносилися: ейфоричний ТСХ, обмежене мислення-

Таблиця 3 – Результати відновлення регресійної залежності обмежень життєдіяльності хворих з ішемічним інсультом від психологічних показників

Показники	Коефіцієнт регресії	Стандартизований коефіцієнт регресії	Середньо-квадратичне відхилення коефіцієнта	p-значення
Вільний коефіцієнт	81,8219	0	8,2678	0
Ейфоричний ТСХ	-1,7118	-0,1943	0,6441	0,0097
Обмежене мислення-кмітливість	1,5311	0,2479	0,4335	0,0007
Виразна сила «Я» - безпринциповість	-2,6979	-0,2168	0,8975	0,0036
Короткотривала пам'ять	-3,9637	-0,3874	0,7733	0
Зорова пам'ять	0,0411	0,2079	0,0139	0,0042
Розуміння емоцій	-0,404	-0,2717	0,1162	0,0009
Рівень логічного мислення	-0,7086	-0,3501	0,7076	0,0444
Розрізнення різнорідних понять	1,4478	0,1621	0,7076	0,0444

кмітливості і виразна сила «Я»-безпринциповість, різномірних понять. Психологічна корекція, короткотривала й зорова пам'ять, розуміння спрямована саме на ці фактори у осіб з ішемічним інсультом, дасть найбільший результат.

Бібліографічний список:

1. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 06.10.2005. 2005. № 2961-4. URL: <http://www.Ifp.Kiev.ua>
2. Закон України «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» № 561 від 05.09.2011 р. URL: <http://www.Ifp.Kiev.ua>
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження форми первинної облікової документації та Інструкції щодо їх заповідання, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування» від 14. лютого 2012 року № 110. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE20974Z.html
4. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013. No. 310(20). DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
5. Рекомендації щодо ведення хворих з ішемічним інсультом та транзиторною ішемічною атакою. Офіц. вид. Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2012. (Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 602 від 03.08.12 р.). URL: http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?_rand=1165367246
6. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих / За ред. В.М. Коваленка, М.І. Лутая, Ю.М. Сиренка, О.С. Сичова. Київ : Морион, 2016. 192 с.
7. Методика Міні-мулт (Скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості – СБОУ). *Психологічна діагностика*. URL: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/283-mini-mult9>
8. Опитувальник Шмішека. URL: http://psychologis.com.ua/oprosnik_shmisheka.htm
9. Cattell H.E.P., Mead A.D. The Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF). In G.J. Boyle, G. Matthews, & D.H. Saklofske (Eds.). *The SAGE handbook of personality theory and assessment*. 2008. Vol. 2. Personality measurement and testing. P. 135–159. Sage Publications. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781849200479.n7>
10. Запам'ятовування 10 слів. *Психологічна діагностика, тести*. URL: <https://sites.google.com/site/logopedonlain/psihologogiceskaa-diagnostika>
11. Зорова пам'ять. *Психологічні тести (пам'ять на числа)*. URL: <http://psylist.net/praktikum/pamcis.htm>
12. Зорова пам'ять. *Психологічні тести (оцінка оперативної зорової пам'яті)*. URL: <http://psylist.net/praktikum/00276.htm>
13. Опитувальник емоційного інтелекту «Емін» (розробник Д.В. Люсін). *Психологічна діагностика*. URL: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php>
14. Короткий орієнтувальний тест (КОТ). *Психологічна діагностика*. URL: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/402-kot>
15. Виділення істотних ознак. *Психологія (тести, опис)*. URL: http://azps.ru/tests/tests3_sushp.html
16. Методика Еббінгауза. *Психологічна діагностика*. URL: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/485-ebbingauz>
17. Прості аналогії. *Психологічна діагностика*. URL: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/therapy/52-mental/843-simple24>
18. Бабак В.П., Білецький А.Я., Приставка О.П., Приставка П.О. Статистична обробка даних. Київ : МІВВЦ, 2001. 388 с.

References:

1. Law of Ukraine "On Rehabilitation of Disabled Persons in Ukraine" dated 06.10.2005 2005. No. 2961-4. Available at: <http://www.Ifp.Kiev.ua>
2. Law of Ukraine "On Approval of the Instruction on Establishing Disability Groups" No. 561 dated 05.09.2011. Available at: <http://www.Ifp.Kiev.Ua>
3. Order of the Ministry of Health of Ukraine "On approval of the forms of primary documentation and instructions for their filling, used in health institutions regardless of the form of ownership and management" dated 14 February 2012 No. 110. Available at: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE20974Z.html (in Ukrainian)
4. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. (2013) *JAMA*. no. 310(20). DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
5. Recommendations for the management of patients with ischemic stroke and transient ischemic attack. Official. Ed. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine. (2012) (Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 602 of 03.08.12). Available at: http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?_rand=1165367246
6. Kovalenko V. M., Lutaya M. I., Sirenko Y. M., Sychova O. S. (eds.) (2016) Cardiovascular diseases. Classification, standards of diagnosis and treatment of cardiac patients. Kyiv: Morion, 192 p.
7. Methodology Mini-mult (Abbreviated Multifactor Personality Questionnaire – SBOU). *Psychological diagnostics*. Available at: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/283-mini-mult>
8. Shmisheka questionnaire Available at: http://psychologis.com.ua/oprosnik_shmisheka.htm

9. Cattell, H.E. P., & Mead, A.D. (2008). The Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF). In G. J. Boyle, G. Matthews, & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory and assessment*, Vol. 2. *Personality measurement and testing*, pp. 135–159. Sage Publications, Inc. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781849200479.n7>
10. Memorizing 10 words. *Psychological diagnostics, tests*. Access mode: Available at: <https://sites.google.com/site/logopedonlain/psihologogi ceskaa-diagnostika>
11. Visual memory. *Psychological tests (memory for numbers)*. Available at: <http://psylist.net/praktikum/pamcis.htm>
12. Visual memory. *Psychological tests (evaluation of operational visual memory)*. Available at: <http://psylist.net/praktikum/00276.htm>
13. Emotional intelligence questionnaire "Emin" (developed by D.V. Lyusin). *Psychological diagnostics*. Available at: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php>
14. Short orientation test (KOT). *Psychological diagnostics*. Available at: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/402-kot>
15. Highlighting essential features. *Psychology (tests, description)*. Available at: http://azps.ru/tests/tests3_sushp.html
16. Ebbinghaus method. *Psychological diagnostics*. Available at: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/485-ebbinghaus>
17. Simple analogies. *Psychological diagnostics*. Available at: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/therapy/52-mental/843-simple>
18. Babak V. P., Biletsky A. Ya., Prystavka O. P., Prystavka P. O. (2001) Statistical data processing. Kyiv: MIVVC, 388 p.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, LIFE LIMITATIONS AND HEALTH IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WHO HAVE SURVIVED STROKE

Iryna Drozdova

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Chief Researcher of The Scientific and Advisory Department
with X-ray Surgical Methods of Treatment
*State University "Scientific and Practical Center of Pediatric Cardiology
and Cardiac Surgery of the Ministry of Health of Ukraine"*

Summary. The significant prevalence and severe socio-economic losses due to stroke worldwide require meticulous attention from cardiologists, neurologists, rehabilitation specialists, occupational therapists, speech therapists, psychologists, and social workers. In persons with stroke sequelae, three leading types of disorders can be distinguished: lesion, defect; impairment of ability and social functioning. The aim of the study was to assess the impact of psychological factors on the vital activity of patients who have suffered a cerebral stroke and to determine their rehabilitation prognosis. 113 patients with arterial hypertension (AH) of stages II and III were examined. with ischemic stroke. Limitations of vital activity were assessed using the International Classification of Functioning, Disability and Health. Mathematical processing of the study results was performed using mathematical statistics methods. The most significant problems of people with hypertension and ischemic stroke were limitations in mobility, the main areas of daily life, communication, learning and application of knowledge, interpersonal interaction, and self-care. Psychological factors that limited the vital activity of patients with ischemic stroke included the internal picture of the disease and cognitive functions. Factors that influenced the functioning and limitation of vital activity of persons with ischemic stroke included: adequate response to the disease, character traits, emotional intelligence, stability of social attitudes, inter- and intrapsychic response to the disease, character traits, personal characteristics, character traits, memory, thinking. The psychological component of the rehabilitation potential of patients with ischemic stroke was determined. It included: euphoric TLC, limited thinking-intelligence and expressive power of the "I"-unprincipledness, short-term and visual memory, understanding of emotions, level of logical thinking, distinction of dissimilar concepts. Psychological correction aimed at these factors in persons with ischemic stroke will give the greatest result.

Keywords: disability, ischemic stroke, rehabilitation, rehabilitation potential, personality traits, cognitive functions.

Стаття надійшла до редакції 20.11.2024