

А.І. РОЗКЛАДКА, Л.М. ВАКУЛЕНКО

РЕЗУЛЬТАТИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ТЯЖКІ СЕНСОНЕВРАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ СЛУХУ, ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНЕЗУ ЗАХВОРЮВАННЯ

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О. С. Коломійченка НАМН України»
(дир. – академік НАМН України, проф. Д. І. Заболотний)*

Протягом останніх років в Україні, як і в цілому світі, спостерігається збільшення кількості хворих з тяжкими формами сенсоневральної приглухуватості та глухоти, що приводить до когнітивних та емоційних порушень і впливає на якість життя (ЯЖ) та психосоціальну адаптацію. Особливо це стосується дітей, тому що, виникаючи у дитинстві, ці захворювання призводять до гальмування психоемоційного розвитку, а з часом і до соціальної неповноцінності, часто інвалідизують людину, яка в подальшому все життя знаходиться на забезпеченні держави [2, 5-8].

Поширеність даної патології в дитячому віці не тільки значна, але й постійно збільшується [1, 3]. Складність цієї проблеми полягає ще й в тому, що тяжкі порушення слуху виникають внаслідок різного генезу та негативно позначаються на здоров'ї і адаптації в суспільстві [3, 4].

Сучасні дослідження доводять, що проблема порушення слуху в дітей вже давно є не тільки актуальною медичною, але й соціальною та економічною, оскільки потребує значних витрат як на лікування, так і на соціальну реабілітацію хворих. Разом з тим в літературі недостатньо даних про вивчення психічного здоров'я та ЯЖ дітей з двосторонньою сенсоневральною приглухуватістю та глухотою. Тому перспективним напрямком в дослідженні існуючої проблеми тяжких форм сенсоневральної приглухуватості та глухоти на сьогодні є удосконалення адекватного лікування, медико-психологічної реабілітації та формування

психічного здоров'я і ЯЖ дітей з вищевказаною патологією.

Мета дослідження – покращити ефективність реабілітації дітей з тяжкими формами сенсоневральної приглухуватості та глухоти на підставі вивчення у них показників психічного стану здоров'я та ЯЖ залежно від генезу захворювання, методами медичної психології.

Дослідження психічного стану здоров'я і ЯЖ дітей з сенсоневральною приглухуватістю та глухотою здійснювалось в ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» з 2009 по 2012 рік.

В ході виконання роботи вивчено психоемоційний стан та ЯЖ у 35 дітей віком від 11 до 17 років з діагнозом «Двобічна сенсоневральна приглухуватість та глухота» (Н 90.3.). Всі отоларингологічні та неврологічні діагнози були визначені спеціалістами - отоларингологом та невропатологом.

Аналіз отриманих психодіагностичних даних здійснювався відповідно до розподілу пацієнтів залежно від причини захворювання. Всі обстежувані були розподілені на три групи, а саме: 1-а група – 12 (34,29 %) осіб з тяжкими формами сенсоневральної приглухуватості та глухотою невідомого генезу; 2-а група – 12 (34,29 %) з природженим спадковим порушенням слуху, 3-я група – 11 (31,43 %) з порушенням слуху після перенесеного менінгіту.

Для оцінки психічного стану хворих використовувалась суб'єктивно-оціночна

методика А.Б. Леонової «Шкала психічних станів» (1984 р.); ЯЖ вивчалась за адаптивним для дітей опитувальником MOS SF-36 (англ. *The Short Form-36*) (J. Ware) [9]. Методика дозволяє визначити як фізичний, так і психічний стан здоров'я дітей, а також психологічні показники ЯЖ в різних сферах їх життєдіяльності. Вона відображає загальне благополуччя та ступінь задоволення тими сторонами життєдіяльності дитини, на яке впливає стан її здоров'я. Опитувальник MOS SF-36 складається з 36 питань, згрупованих у вісім шкал, а саме: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєдіяльність, соціальне функціонування, психічний стан та психічне здоров'я. Показники кожної шкали

складені таким чином, що, чим вище їх значення (від 0 до 100 балів), тим краща оцінка за вибраною шкалою. З вивчених показників формуються два параметри: фізіологічний і психологічний компоненти здоров'я.

Статистична обробка отриманих результатів виконувалася з використанням пакету прикладних програм для статистичної обробки даних Microsoft Excel (пакет статистичного аналізу SPSS 10). Достовірність розбіжностей між порівнюваними групами оцінювалися за *t* – критеріями Стьюдента. Розбіжність порівнюваних величин визнавалася статистично достовірною при значенні $P < 0,001$.

Отримані результати дослідження представлені в табл. 1-3.

Таблиця 1

Характеристика факторів розвитку сенсоневральної приглухуватості та глухоти

Анамнестичні фактори	Кількість хворих абс. (%) в групах		
	1-а (n=12)	2-а (n=12)	3-я (n=11)
Пренатальні порушення:			
- пологова травма, гіпоксично-ішемічні і геморагічні розлади мозкового кровообігу	3 (25,0)	2 (16,7)	1 (9,1)
- травматичний та вірусний енцефаліт	4 (33,3)	2 (16,7)	2 (18,2)
- асфіксія	5 (41,7)	1 (8,3)	2 (18,2)
Інтоксикація	4 (33,3)	–	2 (18,2)
Часті простуди, ОРЗ	10 (83,3)	9 (75, 0)	11 (100,0)
Хронічні інфекції	6 (50,0)	1 (8,3)	1 (9,1)
Менінгіт	–	–	11(100,0)
Цереброастенічний синдром	3 (25,0)	–	1 (9,1)
Спадкові порушення слуху	–	12 (100,0)	–

За результатами клініко-анамнестичних даних (табл. 1), було відмічено, що структура анамнестичних факторів, які впливали на розвиток сенсоневральної приглухуватості та глухоти, у групах хворих різного генезу достовірно відрізняється. Особливо такі фактори, як тяжкі пренатальні порушення, а саме: пологова травма, гіпоксично-ішемічні і геморагічні розлади мозкового кровообігу, травматична енцефалопатія, асфіксія, а також медикаментозна інтоксика-

ція і цереброастенічний синдром, частіше виявились в групі хворих з тяжкими формами сенсоневральної приглухуватості та глухотою невідомого генезу. А скарги на часті застуди та ОРЗ, що супроводжуються загостренням хронічної соматичної патології, переважають у дітей всіх трьох групах.

В табл. 2 представлені результати розподілу суб'єктивних скарг пацієнтів з тяжкими сенсоневральними порушеннями та глухотою залежно від генезу.

Характеристика основних скарг хворих з тяжкими сенсоневральними порушеннями різного генезу

Основні скарги	Кількість хворих (абс. (%)) в групах		
	1-а (n=12)	2-а (n=12)	3-я (n=11)
Цефалгія	7 (58,3)	3 (25,0)	9 (81,8)
Астенія та астенодепресивний стан	4 (33,3)	7 (58,3)	2 (18,2)
Вестибулярні порушення	6 (50,0)	4 (33,3)	7 (63,6)
Пірамідна симптоматика	6 (50,0)	5 (41,7)	8 (73,7)
Тривожність	9 (75,0)	5 (41,7)	4 (36,4)
Гіперактивність	8 (66,7)	6 (50,0)	9 (81,8)

Наведені дані (табл. 2) свідчать про те, що клінічна симптоматика в усіх групах хворих, представлена такими неврологічними синдромами та симптомами (цефалічним, вестибулярним, атаксичним і астенодепресивним, а також синдромом пірамідної недостатності), що сприяли розвитку когнітивних та психоемоційних порушень, істотно відрізняється. Найбільше пацієнтів, які скаржилися на головний біль, запаморочення, тремор кінцівок, а також зниження пам'яті, дефіцит уваги та гіперактивність поведінки, було виявлено в 3-й групі. Тоді як на астенодепресивний стан, часту втомлюваність, знижений апетит та порушення сну достовірно частіше скаржилися обстежувані 2-ї групи. У осіб 1-ї групи було визначено високий стан тривоги, часту зміну настрою та невпевненість у собі. Вираженість синдрому вегетативної дистонії (СВД) та вегетативних порушень, що виражалися соматоформною вегетативною дистонією, у хворих всіх груп з сенсоневральною приглухуватістю та глухотою була достовірно високою (95,0 %).

Результати психологічного дослідження у пацієнтів з сенсоневральною приглухуватістю та глухотою залежно від генезу за суб'єктивно-оціночною методикою А. Б. Леонової «Шкала психічних станів» свідчать про те, що в усіх групах дітей індекс суб'єктивного комфорту був у межах від 32 до 45 балів, що вказує на низький та виражено знижений рівень їх суб'єктивного комфорту. Отримані дані показали, що менш задоволеними своїм психічним станом та чутливіше реагуючими на хворобу та її

наслідки були хворі 3-ї групи, які мали порушення слуху після перенесеного менінгіту, і 1-ї групи – з тяжкими формами сенсоневральної приглухуватості та глухотою невідомого генезу. Отже, за результатами I психодіагностичного етапу виявлено, що всі обстежувані мали когнітивні порушення, погане самопочуття, високий стан тривоги, зменшений ступінь комфорту та низьку самооцінку. Найбільше психологічні порушення проявлялися у дітей 3-ї групи.

Результати дослідження ЯЖ дітей з тяжкими сенсоневральними порушеннями слуху та глухотою різного генезу за опитувальником MOS SF-36 наведено в табл. 3.

Як видно з цієї таблиці, в усіх групах обстежуваних за отриманими показниками фізичного функціонування, який відображає рівень фізичного стану організму дітей, діагностовано загальний високий рівень соматичних і психосоматичних скарг, що вказує на достовірну перевагу в усіх трьох групах вираженої високої інтенсивності фізичних страждань.

Показники фізичного функціонування у дітей всіх трьох груп був у межах від $45,3 \pm 2,2$ до $70,7 \pm 2,4$ балів, що свідчить про знижений та виражено знижений у них рівень суб'єктивного фізичного комфорту. Показник фізичного функціонування у пацієнтів 3-ї групи, які мають порушення слуху після перенесення менінгіту, за всіма ознаками був достовірно нижчим ніж в 1-й (на $12,9 \pm 0,1$ бали) та 2-й групах з природженим спадковим порушенням слуху (на $25,4 \pm 0,2$ бали).

Таблиця 3

Результати оцінки ЯЖ у дітей, що страждають на тяжкі сенсоневральні порушення слуху, залежно від генезу захворювання, за опитувальником MOS SF-36 (в балах)

Показники ЯЖ	Групи хворих		
	1-а (n=12)	2-а (n=12)	3-я (n=11)
	(M±m)		
Показники фізичного компоненту здоров'я			
PF – фізичне функціонування	58,2±2,3	70,7±2,4	45,3±2,2
RF – рольове функціонування	68,8±2,5	78,4±2,6	56,2±2,7
BP – інтенсивність фізичного болю	65,6±2,6	85,1±2,8	53,6±2,2
GH – загальний стан здоров'я	71,2±1,8	80,5±2,4	58,5±2,1
Середній показник	66,0±1,9	78,7±2,1	53,4±2,0
Показники психічного компоненту здоров'я			
VT– життєздатність	35,7±1,8	46,8±1,5	32,7±1,8
SF– соціальне функціонування	43,4±1,6	51,4±1,7	34,2±1,8
RE– рольове функціонування	46,5±1,8	54,2±2,0	37,4±2,2
MH– психічне здоров'я	45,2±2,2	59,1±2,1	37,6±2,0
Середній показник	42,7±1,9	52,9±1,8	35,5±2,1

Примітки: достовірна відмінність між групами: $P < 0,001$

Отримані дані за показником рольового функціонування, що зумовлений фізичним станом та відображає вплив на соціалізацію дитини, у всіх обстежуваних знаходився в межах від 56,2±2,7 до 68,8±2,5 балів, що доводить існування у них зниженої повсякденної рольової та навчальної діяльності. Показник рольового функціонування у хворих 3-ї групи був достовірно нижчим, ніж в 1-й (на 12,6±0,2 бали) та 2-й групах (на 22,2±0,1 бали).

Показник інтенсивності фізичного болю у дітей з тяжкими сенсоневральними порушеннями коливався в межах від 53,6±2,2 до 85,1±2,8 балів, що вказує на фізичні страждання, які впливають на їх здатність займатися повсякденною діяльністю. Показник в 3-й групі хворих був достовірно нижчим, ніж в 1-й (на 12,0±0,4 бали) та 2-й групах (на 31,5±0,6 бали). Аналіз показав, що найбільше та частіше фізичні страждання переживають діти 3-ї групи.

Отже, в процесі психологічного діагностування у хворих з тяжкими порушен-

нями слуху різного генезу було відмічено, що фізичний стан займає особливе місце в їх переживаннях. Визначено, що показник загального стану здоров'я знаходився у межах від 58,5±2,1 до 80,5±2,4 бали. Показник в 3-й групі виявився достовірно нижчим, ніж в 1-й (на 12,7±0,3 бали), та в 2-й групі (на 22,0±0,3 бали). Аналіз отриманих даних показує, що достовірно вищий загальний стан здоров'я спостерігався в 2-й, а нижчий – в 3-й групі.

Результати визначення показників фізичного компоненту здоров'я у дітей з тяжкими сенсоневральними порушеннями свідчать про те, що в 1-й групі низький його рівень мав місце у 56,8 % обстежуваних, а дуже знижений – у 43,2 % осіб; в 2-й групі низький показник виявлено у 76,2 %, дуже знижений – у 23,8 % осіб; в 3-й групі низький рівень відмічено у 43,3 %, дуже знижений – у 56,7 %.

Отже, в процесі психологічного обстеження хворих з сенсоневральними порушеннями слуху різного генезу було вияв-

лено, що в структурі фізичного компоненту ЯЖ в 2-й групі дітей з природженим спадковим зниженням слуху спостерігаються достовірно вищі показники ЯЖ, ніж в 3-й групі обстежуваних з порушенням слуху після перенесеного менінгіту, а також в 1-й групі - з невідомими розладами слуху. Це вказує на високий рівень соматичних і психосоматичних скарг та вищу оцінку переживання соціального стану у дітей 3-ї групи.

При вивченні психічного компоненту здоров'я у дітей з сенсоневральними порушеннями слуху різного генезу визначались психічні стани та показник активності, що відображає відчуття повноти життєвих сил або, навпаки, виснаження пацієнта. Отримані результати свідчать про статистично достовірні зміни психічних станів обстежуваних. Відмічено, що загальний бал життєздатності у всіх хворих був зниженого та середнього рівня і коливався в межах від $32,7 \pm 1,8$ до $46,8 \pm 1,5$ балів. Найвищий бал життєдіяльності спостерігався у 2-й групі обстежуваних і був достовірно вищим, ніж в 1-й (на $11,1 \pm 0,3$ бали) та 3-й групах (на $14,1 \pm 0,3$ бали).

Показник соціального функціонування, що визначає рівень, в якому фізичний і психоемоційний стан обмежує соціальну активність дитини, був низького та середнього рівня і коливався в межах від $34,2 \pm 1,8$ до $51,4 \pm 1,7$ бали. Найвищий бал соціальної активності відмічено у дітей 2-ї групи, причому він виявився достовірно вищим, ніж в 1-й (на $8,0 \pm 0,1$ бали) та в 3-й групах (на $17,2 \pm 0,1$ бали).

Показник рольового функціонування обумовлений емоційним станом, що визначає рівень, в якому емоційний стан заважає пацієнту займатись повсякденною діяльністю та активно функціонувати в суспільстві. Найвищий бал рольового функціонування спостерігався у хворих 2-ї групи та був достовірно вищим, ніж в 1-й (на $7,7 \pm 0,2$ бали) та 3-й групах (на $16,8 \pm 0,2$ бали).

Досліджуваний показник психічного здоров'я вказував і характеризував самопочуття, активність, настрій, а також наявність тривоги, депресії та позитивних переживань і емоцій у обстежуваних. Визначено, що достовірно високі показники психічного здоров'я мали місце в 2-й групі пацієнтів,

при цьому вони були на $13,9 \pm 0,1$ бали вищими, ніж в 1-й групі, та на $21,5 \pm 0,1$ бали більше ніж в 3-й групі.

Аналізуючи результати психічного здоров'я та психічного стану дітей з тяжкою сенсоневральною приглухуватістю різного генезу, можна констатувати переважання різних дезадаптивних станів у дітей трьох груп, а саме:

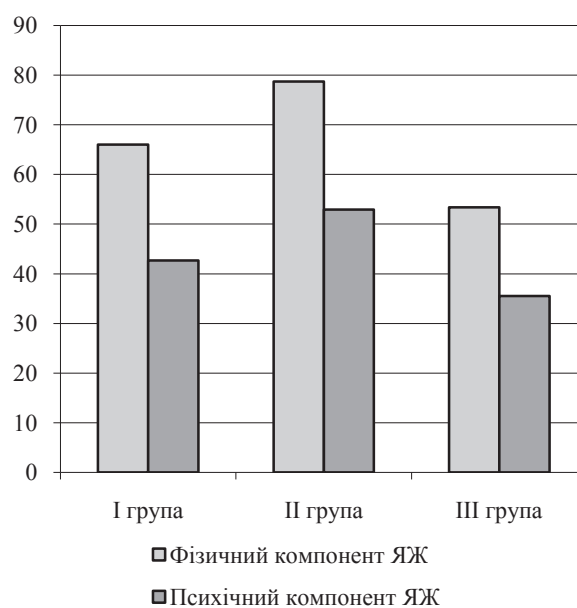
- в 1-й групі відмічається стан нервового напруження (невроз), високої тривоги у поєднанні з різною патопсихологічною симптоматикою (занепокоєнням, страхом, м'язовою напругою та неможливістю вчасно сконцентруватися);

- в 2-й групі переважали депресивно-апатичні психічні стани та тривога;

- в 3-й групі дітей виявлено різні психічні стани, а саме: тривожність високого та середнього рівня, висока конфліктність, дратівливість, озлобленість та підвищений стан агресії.

Саме такий дезадаптивний симптомокомплекс відбивав найбільший психологічний дисбаланс та психічне неблагополуччя у обстежуваних.

Середні показники фізичного і психічного компонентів ЯЖ у пацієнтів представлені на рис.



Показники фізичного і психічного функціонування в групах обстежуваних залежно від генезу захворювання та типології психічного стану.

Проведений порівняльний аналіз ЯЖ підлітків з тяжкими формами сенсоневральної приглухуватості та глухоти різного генезу показав, що у всіх обстежуваних хворих психічний компонент ЯЖ має не лише більш виражене зниження, але і вказує на певні достовірні міжгрупові структурні розходження та дезадаптивні стани. Тому психологічна допомога дітям з сенсоневральною приглухуватістю та глухотою цілком обґрунтована і вимагає застосування медико-психологічного підходу до розуміння хвороби як внутрішньо-динамічної системи функціонування людини.

Таким чином, проведено дослідження ЯЖ у дітей з тяжкими формами сенсоневральної приглухуватості та глухоти різного генезу свідчить про те, що всі наші хворі мали низький рівень ЯЖ і потребували комплексного медико-психологічного підходу до діагностики, лікування та реабілітації. Від правильної побудови реабілітаційних заходів залежить профілактика інвалідизації, а також формування у цих пацієнтів стійкого позитивного відношення до родини, життя та навчання.

Висновки

В результаті оцінки основних скарг хворих з сенсоневальною приглухуватістю та глухотою різного генезу, клініко-анамнестичних даних, суб'єктивних і об'єктивних симптомів та психологічного діагностування визначено:

- у 93,0 % обстежуваних з ВД різного генезу на діагностичному етапі вияв-

лено порушення вегетативної нервової системи та соматоформну вегетативну дистонію, що сприяли розвитку дезадаптивних станів та утруднювали перебіг захворювання;

- психоемоційні та афективні порушення є однією з клінічних характеристик нейропсихологічного статусу дітей з сенсоневральною приглухуватістю та глухотою різного генезу;

- незалежно від генезу сенсоневральної приглухуватості та глухоти, а також типології психічного стану, психічне здоров'я у всіх пацієнтів страждало більшою мірою, ніж фізичне, що негативно впливає на соціальну адаптацію дітей та знижує рівень їх життя;

- хворі з природженим спадковим зниженням слуху мають достовірно вищі показники як фізичного, так і психічного здоров'я порівняно з дітьми в яких розлади слуху виникли після перенесеного менінгіту і з невідомими сенсоневральними порушеннями слуху та глухотою.

Отримані результати проведеної роботи вказують на необхідність розробки алгоритму ранньої діагностики афективних і когнітивних порушень з обов'язковим включенням психотерапевтичних дій, направлених на психопрофілактику і психокорекцію розладів психічного стану здоров'я, що дозволяє покращити психічний і соматичний статус та сприяти підвищенню рівня ЯЖ у хворих з тяжкими формами сенсоневральної приглухуватості та глухоти.

Базаров В.Г., Розкладка А.И. Оценка нарушенной слуха при различных формах тугоухости // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. - 1989. - № 3. - С.28-33.

Іпатов Ф.В., Заболотний Д.І., Кліменко Д.І., Розкладка А.І., Соколенко Я.Б., Козачун І.Б., Марченко С.В. Формування індивідуальної програми реабілітації та адаптації інваліда при професійних захворюваннях і наслідках виробничих травм органа слуху та вестибулярного апарата // Метод. посібник для лікарів МСЕК, ЛКК, отоларингологів, працівників

служби працевлаштування інвалідів. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – 154 с.

Тимен Г.Е., Писанко В.М., Кобзарук Л.І. Локальне використання медикаментів при лікуванні дітей з сенсоневральною приглухуватістю // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2007.- № 3-с.- С. 252-253.

Шидловська Т.В., Заболотний Д.І., Шидловська Т.А. Сенсоневральна приглухуватість. - Київ: Логос, 2006. – 779 с.

Birmingham-McDonogh O., Rubel E.W. Hair cell regeneration: winging our way towards a sound

future // *Curr. Opin. Neurobiol.* – 2003. – Feb. №13(1). – P. 119-126.
Guzek W.J., Sulkowski W.J. Occupational hearing loss: new principles of certification // *Med. Pr.* – 2002. – №53(5). – P. 387-390.
Ito J. Regeneration of the auditory pathway // *Nippon Rinsho.* – 2003. – №1(3) – P. 469-474.

Sanchez P.J. Perinatal infections and brain injury: current treatment options // *Clin. Perinatol.* – 2002. – Dec. №29(4). – P:799-826.
Ware J.E., Gandek B. Overview of the SF – 36 Health Surver and the International anality of Life Assessment (JQOLA) // *Projekt J.Clin. Epidemiologi.* – 1998. – Vol. 11. – P. 903-912.

Надійшла до редакції 11.06.12.

© А.І. Розкладка, Л.М. Вакуленко, 2012

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ,
СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЕЛЫМИ СЕНСОНЕВРАЛЬ-
НЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА, В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Розкладка А.І., Вакуленко Л.М. (Киев)

Резюме

Проведен сравнительный анализ показателей психического состояния и качества жизни детей, страдающих тяжелыми сенсоневральными нарушениями слуха, в зависимости от генеза заболевания. Сделан вывод об эффективности внедрения медико-психологической реабилитации и системы мероприятий специализированной психологической помощи пациентам, направленных на нивелирование клинических проявлений и восстановление социального функционирования пациентов.

Ключевые слова: сенсоневральные нарушения слуха, качество жизни, психическое состояние

**RESULTS OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH
QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH
SEVERE SENSORINEURAL HEARING
IMPAIRMENT, DEPENDING ON THE GENESIS
OF DISEASE**

Rozkladka A.I., Vakulenko L.M. (Kiev)

Resume

A comparative analysis of indicators of mental health and quality of life of children with severe sensorineural hearing loss, depending on the origin of the disease. The conclusion about the effectiveness of the implementation of medical and psychological rehabilitation and specialized psychological measures of patient care, aimed at leveling the clinical manifestations, and the restoration of social functioning of patients.

Keywords: sensorineural hearing loss, quality of life, mental state.