

С.М. ПУХЛІК, О.В. ТІТАРЕНКО, І.В. ДЄДИКОВА

ПЕРЕКЛАД, АДАПТАЦІЯ ТА ВАЛІДАЦІЯ УКРАЇНОМОВНОЇ ВЕРСІЇ ОПИТУВАЛЬНИКІВ ДЛЯ ОЦІНКИ ВПЛИВУ ПОРУШЕНЬ СЛУХОВОЇ ФУНКЦІЇ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ

*Каф. оториноларингології (зав. – проф. С.М. Пухлік)
Одеського національного медичного університету
(ректор – проф., акад. НАМН України ВМ. Запорожан)*

Вибухова травма – збірне поняття, що включає різноманітні види і ступені механічного пошкодження як внутрішнього вуха, так і головного мозку. Патогенетичні механізми включають період найсильнішого подразнення рецепторів лабіринту і головного мозку, який незабаром змінюється на позамежне гальмування. Травматизація кохлеарного апарату накладає відбиток як на слухову, орієнтаційну функцію, так і соціальну та психологічну сфери життєдіяльності пацієнта. ВООЗ (1980) визначає, що при порушеннях слуху можуть виникати як слухові, так і неслухові наслідки, що виражаються у формі переживань, особистої незахищеності або збентеження в незнайомому середовищі, порушення локалізаційної здатності, тим самим знижуючи загальний добробут [1]. Більше того, вони можуть призвести до обмежень у самостійних діях людини, уникнення певних галузей повсякденної діяльності, проблем сприйняття мови.

Згідно з літературними даними [2, 3], симптоматика акутравми надзвичайно широка і, що характерно, наслідки (ліквородинамічного удару) цієї травми часто є непоміченими на початку лікування та доволі вагомими у віддаленому періоді. Але цей вплив залишається, і виникає надпотужний потік аферентної імпульсації, що може викликати позамежне гальмування діяльності структур мозку, передусім базальних. Позамежне гальмування активності структур мозку викликає десинхронізацію та дисба-

ланс їх діяльності, тобто дисрегуляторну патологію, що погіршує наслідки безпосереднього впливу ударної хвилі на ці ж структури. Таким чином, формується порочне коло [4]. Виникає певний парадокс, що легка травма може мати важкі наслідки у зв'язку з непоміченістю симптоматики, а важка – легкі, що пов'язано з несвоєчасним розпізнаванням симптомів.

Початкове порушення слуху може призвести до когнітивних порушень пацієнта, які запускають друге патологічно замкнене коло – порушується просторова орієнтація мови та її розуміння. Цей складний механізм вимагає взаємодії процесів зверху донизу та знизу вгору. Процеси зверху донизу включають когнітивні здібності, які дозволяють сприймати і розуміти мову, тоді як процеси знизу вгору включають сприйняття звуку і здатність чути [5]. Слух можна розглядати як переважно пасивну функцію, яка забезпечує доступ до слухового світу через сприйняття звуків. Слухання можна тоді розглядати як функцію вищого порядку, яка потребує наміру та уваги. Однак процеси, які залучені до слухання, наміру та уваги, навантажують когнітивні ресурси і, отже, вимагають витрат зусиль. Однак, коли відбувається зниження слуху, виникає невідповідність між вхідними даними звукового сигналу та довготривалою фонологічною пам'яттю [6].

Гостре порушення слуху, вестибулярної та психічних функцій спостерігається в

період отримання вибухової травми – як безпосередньо після неї, так і протягом від кількох хвилин, годин до кількох днів. Надалі, якщо не приєднуються ускладнення, настає поступове пом'якшення та зворотний розвиток симптоматики, проте визначається формування астеничного синдрому з відчуттям психічної та фізичної слабкості, дратівливості. Хворі фіксуються на своєму стані, гіпертрофуючи симптоматику, поринаючи в неї. Перебіг хвороби в цьому періоді хвилеподібний, поліпшення змінюються погіршенням стану, який зазвичай спостерігається при психічній напрузі або впливу психогенних факторів, проте носить зворотний характер. Несвоєчасний розрив патологічно замкненого кільця може призвести до розвитку психоастеничного синдрому з депресивним станом [7].

Віддалені наслідки тривають протягом кількох років, інколи ж залишаються на все подальше життя хворого. Найчастіше формою цього виду патології є церебрастенічний синдром з легкою дратівливістю, сенситивністю, вразливістю, сльозливістю, підвищеною виснаженістю при фізичній та, особливо, психічній напрузі, зниженням працездатності. Хворі скаржаться на порушення сну, непереносимість спеки, задухи, відчуття нудоти при їзді у транспорті, легке зниження пам'яті.

Астенія психічної діяльності внаслідок розладу функціонування діенцефально-стовбурових відділів неспецифічної системи мозку проявляється у вигляді уповільнення когнітивної активності різного ступеня вираженості; нерівномірної продуктивності та стійкості уваги; підвищеної стомлюваності та зниження продуктивності під час тестування; порушення когнітивних та мовних програм; наявності мнестичних розладів.

Виявлення астеничного стану пацієнта з порушенням слуху запобігає виникненню вище переліченої симптоматики. З цією метою можуть бути використані опитувальники стану просторового слуху пацієнтів, оскільки просторовий слух дозволяє розуміти мову, ідентифікувати звуки та визначати локалізацію джерела у різних ситуаціях прослуховування. У пацієнтів із сенсоневральною або комбінованою приглухуватіс-

тю порушення просторового слуху відбивається на соціальній адаптації, безпеці та слуховій увазі. Існує безліч факторів, що впливають на просторовий слух, у тому числі тяжкість та симетричність порушення слуху. Доведено, що проблеми із просторовою обробкою звукового сигналу можуть бути пов'язані з порушенням центральної слухової обробки [8].

Разом з тим особливості просторового слуху вкрай важливі при складанні індивідуального плану реабілітації цієї групи пацієнтів. У той же час, своєчасне виявлення та усунення тривожності та депресивності пацієнта сприяє покращенню його когнітивних здібностей та покращенню інтерпретації звукової та мовної інформації. Результати анкетування пацієнтів надають лікарям цінну інформацію про особисті погляди пацієнта на свої слухові сприйняття, а також їх вплив на повсякденну діяльність та психологічний стан потерпілого.

Розроблено безліч опитувальників для збору результатів самооцінки осіб з порушенням слуху. Суб'єктивні опитувальники досить інформативні у розумінні труднощів, з якими стикаються пацієнти з приглухуватістю. У літературі часто наводиться шкала мовних, просторових та якісних характеристик слуху (SSQ) [9], яка складається з 49 питань. Однак для практичного використання для користувачів кохлеарних імплантатів та слухових апаратів R.S. Tyler и A.E. Perreau розробили опитувальник просторового слуху (The Spatial Hearing Questionnaire (SHQ)), який призначений для оцінки бінаурального слуху [10]. Опитувальник SHQ складається з 24 питань, у ньому використовуються вісім підшкал, що аналізують сприйняття чоловічих, жіночих, дитячих голосів, музики в тиші, локалізації джерела звуку, сприйняття цільового сигналу та шуму, а також сприйняття просторово-розділеного цільового сигналу та шуму. Опитувальник є актуальним для перерахованих досліджень, тому ми переклали його для подальшого практичного застосування українською мовою (Додаток 1, україномовна версія опитувальника). Пацієнти оцінюють кожне питання за шкалою від 0 до 100, де 0 вказує дуже складну ситуацію слуху, а 100 – дуже легку. Загальний бал

виходить шляхом підсумовування балів з усіх 24 питань.

W. Noble, K. Ter-Horst, D. Byrne (1995) розробили анкету, що складається з 38 пунктів щодо інвалідності, яка пов'язана з порушенням локалізації та іншими здібностями до бінаурального слуху. Автори виявили, що здатність до локалізації, про яку повідомляють самі пацієнти, значно корелювала зі здібностями сприйняття мови [11]. Незважаючи на те, що сенсоневральна втрата слуху зазвичай має кохлеарне походження, взаємодія між сенсорними та когнітивними аспектами слуху має істотно впливати на сприйняття навколишньої дійсності. Ця взаємодія впливатиме на ступінь інвалідації пацієнтів.

Головною *метою* цього дослідження було вивчення повсякденних обмежень у сприйнятті звуку у осіб, що перенесли баротравматичне ушкодження, виникнення у зв'язку з цим недоліків повсякденного життя і емоційного фону. Адаптування та складання україномовного опитувальника щодо скарг, діагностики просторових порушень слуху у пацієнтів з двобічною баротравматичною сенсоневральною або змішаною приглухуватістю, їх зв'язок з психоемоційними розладами у порівнянні з групою здорових осіб щодо вибору методів подальшої реабілітації.

Матеріали та методи

Набір питань щодо якості слуху, визначення джерела його локалізації був складений, ґрунтуючись частково на існуючих опитувальниках, а частково – на наших власних уподобаннях щодо поставленої мети дослідження. Для оцінювання слухової функції пацієнтів із приглухуватістю внаслідок вибухової травми ми виділили три загальні області, а саме: скарги пацієнтів, які пов'язані з порушенням функціональних здібностей внутрішнього вуха, розбірливість мови, просторові та емоційні характеристики сприйняття нової якості слуху. Тому для анкетування пацієнтів про стан слухової функції ми вибрали за основу карту опитування у діагностиці сенсоневральних слухових порушень при акутравмі [12], а також анкету Noble та співавторів (1995), яка фокусувалася на просторовому та мовному слуху [11] (Додаток 2).

До кожного пункту карти опитування у діагностиці сенсоневральних слухових порушень при акутравмі застосовувалась загальна п'ятибальна шкала відповідей («Ні», «Майже ніколи», «Іноді», «Часто», «Майже завжди»). Для оцінки психоемоційного статусу пацієнтів ми обрали госпітальну шкалу тривоги і депресії – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), яка має високу валідність щодо двох феноменів: тривоги і депресії [13]. Перевагами цієї шкали є простота застосування і обробки (заповнення шкали не вимагає тривалого часу і не викликає труднощів у пацієнта). Бланк шкали видається для самостійного заповнення пацієнту і включає чотири пункти відповіді, з яких для кожного питання вибирається тільки один. Шкала містить 14 тверджень, які складаються в 2 підшкали: підшкала Т – «тривога» – непарні пункти, підшкала D – «депресія», парні пункти. Відповіді кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність ознаки) до 4 (максимальна її вираженість). Оцінка за кожною зі шкал проводиться окремо. Критерії оцінювання: 0-7 – норма; 8-10 – зона ризику (присутність феномену) або легкий ступінь тяжкості; 11 або вище – вказує на ймовірну наявність розладу настрою; 11-15 – помірний ступінь; 16-21 – важкий ступінь (Додаток 3).

Нами на базі клінік Одеського національного медичного університету проведено дослідження у 57 осіб (від 27 до 68 років, середній вік – $43,6 \pm 5,4$ роки). Попередньо окрім огляду ЛОР-органів усім пацієнтам була виконана тональна порогова аудіометрія. На підставі аудіометрії виділено три групи пацієнтів (рис.1-3): 1-а група – особи з нормальним слухом (21 особа, з них 12 чоловіків та 9 жінок від 42 до 65 років, середній вік $41,7 \pm 3,8$ роки), 2-а група – пацієнти з сенсоневральною або змішаною приглухуватістю 1-2 ступеню (19 осіб, з них 13 чоловіків та 6 жінок, середній вік – $45,2 \pm 5,7$ роки), 3-я група – хворі на сенсоневральну або змішану приглухуватість 3-4 ступеню (17 осіб, з них 13 чоловіків та 4 жінок, середній вік – $43,9 \pm 6,7$ роки). Вибірка з 36 осіб із порушенням слуху становить основу цього аналізу; 27 мали тільки сенсоневральну приглухуватість; 9 – змішану втрату слуху.

Всі пацієнти самостійно відповідали на кожне запитання двох опитувальників в ізольованій обстановці.

Дослідження взаємозв'язків кількісних ознак слуху – тривоги – депресії здійснювали за допомогою коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона.

Отримані результати та їх обговорення

Результати кореляції Пірсона показали, що між віком пацієнтів 1-3-ї груп та показниками опитувальника скарг та слуху

існує значний негативний зв'язок ($r=4$), що свідчило про відсутність залежності зниження слуху від вікових особливостей пацієнтів.

За даними тональної порогової аудіометрії середній поріг чутності в групі осіб з нормальним слухом склав $19,34 \pm 8,35$ дБ, що значно відрізнялося від показників пацієнтів 2-ї групи – $40,67 \pm 9,32$ та 3-ї групи – $70,5 \pm 9,46$. При цьому відзначався високий рівень кореляції ступеню зниження слуху з даними опитувальника скарг та слуху ($r=0,999$).

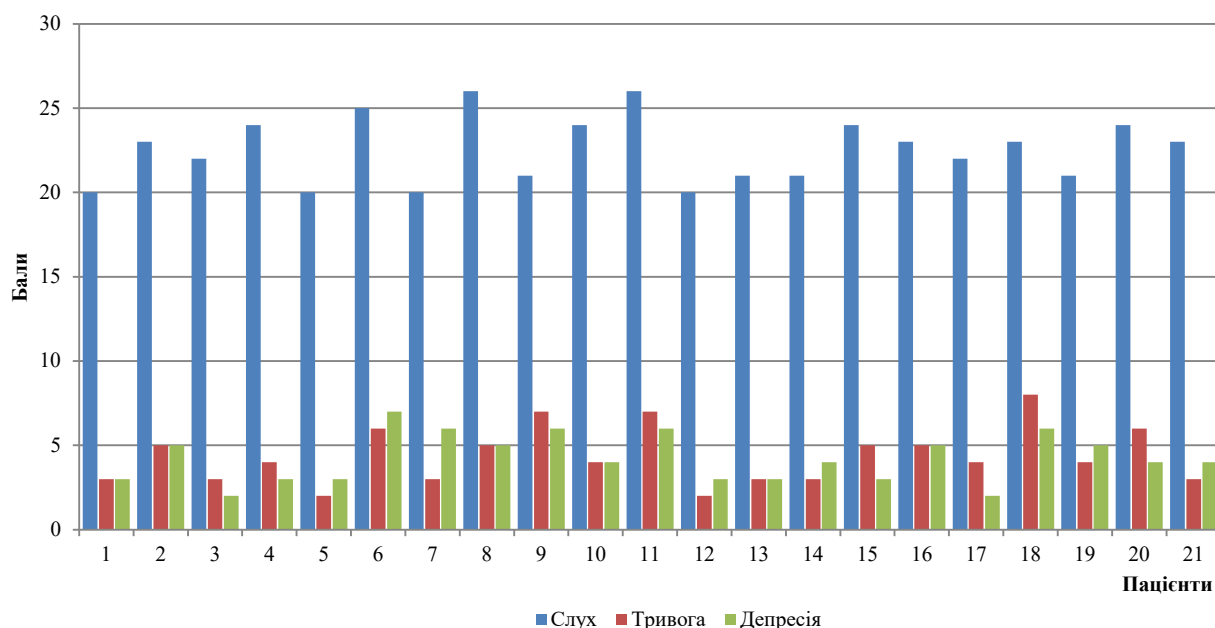


Рис. 1. Показники оцінки слуху, тривоги, депресії у осіб 1-ї групи.

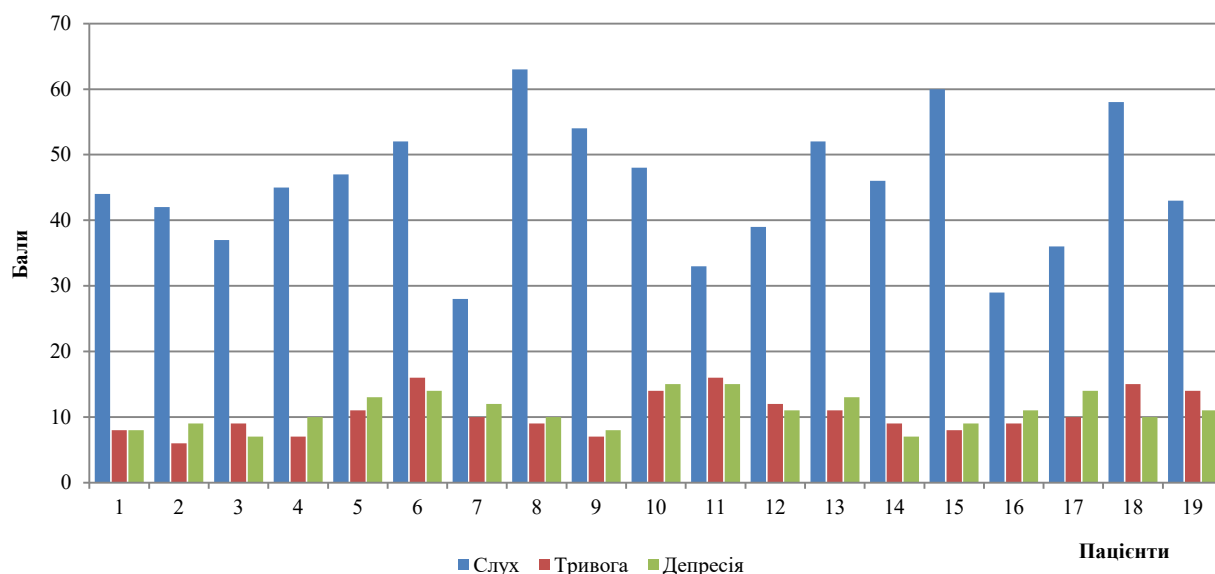


Рис. 2. Показники оцінки слуху, тривоги, депресії у осіб 2-ї групи.

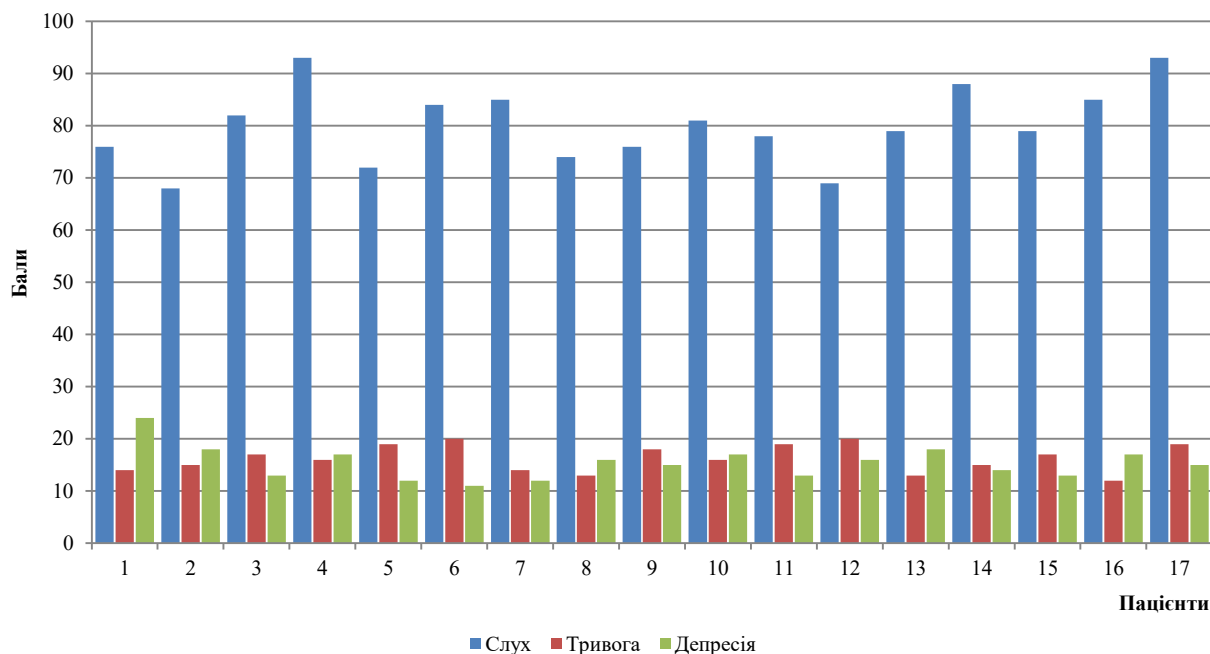


Рис. 3. Показники оцінки слуху, тривоги, депресії у осіб 3-ї групи.

Значення анкетування у групах з оцінювання опитувальника скарг та слуху склали: у 1-й групі – $22,52 \pm 0,42$; у 2-й – $45,05 \pm 2,29$; у 3-й – $80,12 \pm 1,79$ балів. Рівень тривоги у осіб 1-ї групи склав $4,38 \pm 0,37$ балів, що відповідало нормальним показникам. У 2-й групі відзначено наявність феномену тривожності стану, значення показника склало $10,58 \pm 0,71$ балів. Показник 3-ї групи показав важкий ступінь – $16,29 \pm 0,63$ балів. Аналогічно, дані стану депресії показали в 1-й групі норму – $4,24 \pm 0,32$ балів; в 2-й – $10,89 \pm 0,59$ балів (легкий ступінь тяжкості), в 3-й – $15,35 \pm 0,76$ (помірний ступінь тяжкості).

Розрахунок коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона за опитувальником скарг та слуху та показниками тривоги показав дуже сильний ступінь кореляції в 1-3-й групах ($r=0,989$). Аналогічні цифри були виявлені при порівнянні даних опитувальника скарг та слуху та показників депресії ($r=0,972$).

Виявлений нами високий рівень взаємозв'язку між ступенями зміни слуху, рівнем розвитку тривожності та депресивного стану є одним з важливих показників його достовірності даних представлених опитувальників. Вивчення їхньої валідності в досліджуваних групах показало, що пацієнти з

порушенням слухової функції (2-а та 3-я групи) мали не тільки виражене суб'єктивне порушення просторового слуху, але й зміну психоемоційного фону.

Зниження слухової функції може призводити не тільки до просторового порушення слуху, погіршення розуміння мови та визначення джерела локалізації слухового сигналу, а й впливати на психологічні аспекти життя пацієнтів.

У нашому дослідженні вік учасників варіював від 27 до 68 років. Для оцінки впливу віку на середні бали за опитувальником скарг та слуху було розраховано коефіцієнт кореляції Пірсона. Кореляції між віком та середнім балом у порівнюваних категоріях не виявлено. Цей висновок узгоджується з даними літератури [10].

Щодо внутрішньої узгодженості, наше дослідження показало високу кореляцію значень слуху пацієнтів, їх відповідей на опитувальники скарг та слуху та оцінки госпітальної шкали тривоги та депресії. Загальний бал опитувальника скарг та слуху дає уявлення про те, як пацієнт сприймає свої слухові здібності. Дані госпітальної шкали тривоги та депресії оцінюють здатність соціальної адаптації травмованих хво-

рих. Наші результати показують чіткі докази того, що люди з втратою слуху вказують на проблеми з визначенням локалізації джерела звуку, розбірливості мовлення, особливо в шумі, які посилюються залежно від ступеня втрати слуху. Більш тісний зв'язок було виявлено між ступенем зниження слуху та порушенням соціальної адаптації, що призводить до психоемоційної напруги і навіть розладу. Цей останній зв'язок, у свою чергу, не залежить від інших його характеристик, таких як вік або стать пацієнта.

Висновки

Результати нашого дослідження довели високу ефективність та валідність опитувальника скарг та слуху, його високий ступінь взаємозв'язку показників з госпітальною шкалою тривоги та депресії, застосування яких можливе у лікарській практиці як додатковий діагностичний метод оцінки якості слуху пацієнта та його психоемоційного фону, корекція якого має важливе значення у лікуванні та подальшій реабілітації слухової функції.

References

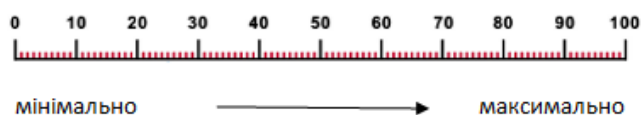
1. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Geneva: WHO; 1980. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/41003/9241541261_eng.pdf.
2. Halushka A, Podolian Y, Shvets A, Ivantsova G, Rychka O. [Retrospective analysis of acut trauma symptoms spreading among wounded and sick ATO (JFO) members]. UJMM. 2019;19(2):17-24. Available from: <https://ujmm.org.ua/index.php/journal/article/view/67>. [Article in Ukrainian].
3. Galushka A, Podolyan Y, Shvets A, Gorshkov O. [Peculiarities of military injury accompanying acubarotrauma in military services participating in military action]. UJMM. 2019;19(3):56-66. Available from: <https://ujmm.org.ua/index.php/journal/article/view/54>. [Article in Ukrainian].
4. Korshnyak V, Nasibullin B. [Modern Views Concerning the Mechanisms of Blast Wave Influence on the Central Nervous System and Formation of Neurological Symptoms]. International Neurological Journal. 2016;84(6):139-42. Available from: <https://inj.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/article/view/458>. [Article in Ukrainian].
5. Davis MH, Johnsrude IS. Hearing speech sounds: top-down influences on the interface between audition and speech perception. Hear Res. 2007;229(1-2):132-47. doi: 10.1016/j.heares.2007.01.014.
6. Kiessling J, Pichora-Fuller MK, Gatehouse S, Stephens D, Arlinger S, Chisolm TH, et al. Candidature for and delivery of audiological services: special needs of older people. Int J Audiol. 2003 Jul;42 Suppl 2:S92-101.
7. Traumatic Brain Injury in a Military Operational Setting. NATO SCIENCE AND TECHNOLOGY ORGANIZATION NEUILLY-SUR-SEINE (FRANCE). AC/323(HFM-193)TP/580. Available from: <https://apps.dtic.mil/sti/pdfs/ADA623039.pdf>.
8. Eddins AC, Ozmeral EJ, Eddins DA. How aging impacts the encoding of binaural cues and the perception of auditory space. Hear Res. 2018 Nov;369:79-89. doi: 10.1016/j.heares.2018.05.001.
9. Gatehouse S, Noble W. The Speech, Spatial and Qualities of Hearing Scale (SSQ). Int J Audiol. 2004 Feb;43(2):85-99. doi: 10.1080/14992020400050014.
10. Tyler RS, Perreau AE, Ji H. Validation of the Spatial Hearing Questionnaire. Int J Audiol. 2004 Feb;43(2):85-99. doi: 10.1080/14992020400050014.
11. Noble W, Ter-Horst K, Byrne D. Disabilities and handicaps associated with impaired auditory localization. J Am Acad Audiol. 1995 Mar;6(2):129-40.
12. Zabolotnyi DI, Shydlovska TA, Shydlovska TV, Petruk LG. [Diagnostics and principles of providing medical care to patients with sensorineural hearing impairments who received acute trauma during combat operations in the area of anti-terrorist operation]. Journal of the NAMSU. 2017;23(1-2):49-64. [Article in Ukrainian].
13. Ogorenko VV, editor. xPsychological and psychiatric consequences of wartime: a textbook. Dnipro: LIRA; 2023. 312 p. [In Ukrainian].

Надійшла до редакції 04.07.2025

© С.М. Пухлік, О.В. Тітаренко, І.В. Дедикова, 2025

Україномовна версія Опитувальника просторового слуху (The Spatial Hearing Questionnaire, SHQ)

№	Питання	Відповідь 1-100
1	Перед Вами стоїть чоловік. Він розмовляє із Вами. У кімнаті досить тихо. Наскільки добре Ви можете його розуміти?	
2	Перед Вами стоїть жінка. Вона розмовляє із Вами. У кімнаті досить тихо. Наскільки добре Ви можете її розуміти?	
3	Перед Вами стоїть дитина. Вона розмовляє із Вами. У кімнаті досить тихо. Наскільки добре Ви можете її розуміти?	
4	Ви слухаєте музику комфортної гучності, яка звучить перед вами. Наскільки ясно Ви можете чути музику?	
5	Перед Вами стоїть чоловік. Він розмовляє із Вами. Прямо за ним голосно працює вентилятор. Наскільки добре Ви можете розуміти чоловіка?	
6	Перед Вами стоїть жінка. Вона розмовляє із Вами. Прямо за нею голосно працює вентилятор. Наскільки добре Ви можете розуміти жінку?	
7	Перед Вами стоїть дитина. Вона розмовляє із Вами. Прямо за ним голосно працює вентилятор. Наскільки добре Ви можете розуміти дитину?	
8	Ви слухаєте музику комфортної гучності, яка звучить перед вами. Також перед Вами голосно працює вентилятор. Вам легко чи складно чути музику виразно?	
9	Перед Вами стоїть чоловік. Він розмовляє із Вами. Збоку голосно працює вентилятор. Наскільки добре Ви можете розуміти чоловіка?	
10	Перед Вами стоїть жінка. Вона розмовляє із Вами. Збоку голосно працює вентилятор. Наскільки добре Ви можете розуміти жінку?	
11	Перед Вами стоїть дитина. Вона розмовляє із Вами. Збоку голосно працює вентилятор. Наскільки добре Ви можете розуміти дитину?	
12	Ви слухаєте музику комфортної гучності, яка звучить перед вами. Збоку гучно працює вентилятор. Вам легко чи складно чути музику виразно?	
13	Наскільки точно Ви можете визначити місцезнаходження чоловічого голосу, коли Ви не бачите чоловіка?	
14	Наскільки точно Ви можете визначити місцезнаходження жіночого голосу, коли Ви не бачите жінку?	
15	Наскільки точно Ви можете визначити місцезнаходження дитячого голосу, коли Ви не бачите дитину?	
16	Наскільки точно Ви можете визначити місцезнаходження джерела музики, скажімо, радіо, якщо Ви його не бачите?	
17	Наскільки точно Ви можете визначити місце розташування чоловічого голосу, коли він знаходиться позаду Вас?	
18	Наскільки точно Ви можете визначити місце розташування жіночого голосу, коли він знаходиться позаду Вас?	
19	Наскільки точно Ви можете визначити місце розташування дитячого голосу, коли дитина знаходиться позаду Вас?	
20	Наскільки точно Ви можете визначити місцезнаходження джерела музики, скажімо, радіо, коли він знаходиться позаду Вас?	
21	Наскільки точно Ви можете визначити місцезнаходження літака, що летить, коли Ви його не бачите?	
22	Ви чуєте шум машини вдалині, але не бачите її. Наскільки точно Ви можете вказати, звідки він виникає?	
23	Якби Вам довелося встати біля дороги та заплющити очі, наскільки точно Ви могли б сказати, у якому напрямі рухається машина?	
24	Ви знаходитесь у кімнаті будинку і чуєте гучний звук. Наскільки легко Ви можете визначити, на якій відстані був звук?	



Опитувальник якості слуху

№	Питання	Відповідь		К-ть балів
1	Ви відчуваєте оглушення після акутравми?	Ні	☐	1
		Незначне	☐	2
		Помірне	☐	3
		Виражене	☐	4
		Надмірне	☐	5
2	Ви відчуваєте біль у вухах/вусі?	Ні	☐	1
		Незначне	☐	2
		Помірне	☐	3
		Виражене	☐	4
		Надмірне	☐	5
3	Ви відчуваєте зниження слуху на одне/обидва вуха?	Ні	☐	1
		Незначне	☐	2
		Помірне	☐	3
		Виражене	☐	4
		Надмірне	☐	5
4	Ви відчуваєте порушення розбірливості мови?	Ні	☐	1
		Незначне	☐	2
		Помірне	☐	3
		Виражене	☐	4
		Надмірне	☐	5
5	У Вас виникають больові відчуття у вусі/вухах під час гучних звуків?	Ні	☐	1
		Незначне	☐	2
		Помірне	☐	3
		Виражене	☐	4
		Надмірне	☐	5
6	Вас турбує шум у вусі/вухах?	Ні	☐	1
		Незначне	☐	2
		Помірне	☐	3
		Виражене	☐	4
		Надмірне	☐	5
7	Вас турбує головний біль?	Ні	☐	1
		Незначне	☐	2
		Помірне	☐	3
		Виражене	☐	4
		Надмірне	☐	5
8	Вас турбує запаморочення?	Ні	☐	1
		Незначне	☐	2
		Помірне	☐	3
		Виражене	☐	4
		Надмірне	☐	5
9	Вас турбує хиткість під час ходи?	Ні	☐	1
		Незначне	☐	2
		Помірне	☐	3
		Виражене	☐	4
		Надмірне	☐	5
10	Вас турбує порушення сну?	Ні	☐	1
		Незначне	☐	2
		Помірне	☐	3
		Виражене	☐	4
		Надмірне	☐	5

11	Вас турбує порушення пам'яті?	Ні	☐	1
		Незначне	☐	2
		Помірне	☐	3
		Виражене	☐	4
		Надмірне	☐	5
12	Вас турбує порушення уваги?	Ні	☐	1
		Незначне	☐	2
		Помірне	☐	3
		Виражене	☐	4
		Надмірне	☐	5
13	Буває, що Ви повертаєтесь не в той бік, коли Вас хтось кличе?	Ні	☐	1
		Майже ніколи	☐	2
		Іноді	☐	3
		Часто	☐	4
		Майже завжди	☐	5
14	Коли Ви не бачите співбесідника, Вам важко зрозуміти, хто саме говорить?	Ні	☐	1
		Майже ніколи	☐	2
		Іноді	☐	3
		Часто	☐	4
		Майже завжди	☐	5
15	Коли виникає різкий звук, Вам важко визначити, звідки він долинає?	Ні	☐	1
		Майже ніколи	☐	2
		Іноді	☐	3
		Часто	☐	4
		Майже завжди	☐	5
16	Чи можете Ви оцінити, як далеко від Вас знаходиться людина за звуком його голосу або кроків?	Ні	☐	5
		Майже ніколи	☐	4
		Іноді	☐	3
		Часто	☐	2
		Майже завжди	☐	1
17	Вам легко спілкуватися із співбесідниками у тихому місці?	Ні	☐	5
		Майже ніколи	☐	4
		Іноді	☐	3
		Часто	☐	2
		Майже завжди	☐	1
18	Вам легко спілкуватися із співбесідниками у галасливій обстановці?	Ні	☐	5
		Майже ніколи	☐	4
		Іноді	☐	3
		Часто	☐	2
		Майже завжди	☐	1
19	Коли Ви не бачите людину, з якою розмовляєте, ви добре розбираєте її промову?	Ні	☐	5
		Майже ніколи	☐	4
		Іноді	☐	3
		Часто	☐	2
		Майже завжди	☐	1
20	Під час жвавої бесіди з групою людей у тихій обстановці Вам легко слідувати за розмовою?	Ні	☐	5
		Майже ніколи	☐	4
		Іноді	☐	3
		Часто	☐	2
		Майже завжди	☐	1

Госпітальна шкала тривоги і депресії – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

№/ТД	Питання	Відповідь		К-ть балів
1Т	Я відчуваю напруженість	Увесь час	☐	3
		Часто	☐	2
		Час від часу, іноді	☐	1
		Зовсім не відчуваю	☐	0
2Д	Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене такі ж почуття	Безумовно це так	☐	0
		Напевно, це так	☐	1
		Це так лише в дуже малому ступені	☐	2
		Це зовсім не так	☐	3
3Т	Я відчуваю страх, здається, начебто щось жахливе може от-от статися	Безумовно це так, і страх дуже сильний	☐	3
		Це так, але страх не дуже сильний	☐	2
		Іноді страх буває, але це мене майже не турбує	☐	1
		Зовсім не відчуваю страху	☐	0
4Д	Я здатен розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне	Безумовно це так	☐	0
		Напевно, це так	☐	1
		Це так лише в дуже малому ступені	☐	2
		Зовсім не здатен	☐	3
5Т	Неспокійні думки крутяться в мене в голові	Постійно	☐	3
		Велику частину часу	☐	2
		Час від часу	☐	1
		Зрідка	☐	0
6Д	Я відчуваю бадьорість	Зовсім не відчуваю	☐	3
		Дуже рідко	☐	2
		Іноді	☐	1
		Практично увесь час	☐	0
7Т	Я легко можу сісти і розслабитися	Безумовно це так	☐	0
		Напевно, це так	☐	1
		Лише зрідка це так	☐	2
		Зовсім не можу	☐	3
8Д	Мені здається, що я став все робити дуже повільно	Практично увесь час	☐	3
		Часто	☐	2
		Іноді	☐	1
		Зовсім ні	☐	0
9Т	Я відчуваю внутрішнє напруження чи тремтіння	Зовсім не відчуваю	☐	0
		Іноді	☐	1
		Часто	☐	2
		Дуже часто	☐	3
10Д	Я не стежу за своєю зовнішністю	Безумовно це так	☐	3
		Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно	☐	2
		Може бути, я став менше приділяти цьому увагу	☐	1
		Я стежу за собою так само, як і раніше	☐	0
11Т	Я відчуваю непосидючість, наче мені постійно потрібно рухатися	Безумовно це так	☐	3
		Напевно, це так	☐	2
		Це так лише деякою мірою	☐	1
		Зовсім не відчуваю	☐	0
12Д	Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) приносять мені почуття задоволення	Точно так само, як і зазвичай	☐	0
		Так, але не в тій мірі, як раніше	☐	1
		Значно менше, ніж зазвичай	☐	2
		Зовсім не вважаю	☐	3
13Т	У мене буває раптове почуття паніки	Дуже часто	☐	3
		Досить часто	☐	2
		Не так вже часто	☐	1
		Зовсім не буває	☐	0
14Д	Я можу одержати задоволення від гарної книги, радіо- чи телепередачі	Часто	☐	0
		Іноді	☐	1
		Рідко	☐	2
		Дуже рідко	☐	3

ПЕРЕКЛАД, АДАПТАЦІЯ ТА ВАЛІДАЦІЯ УКРАЇНОМОВНОЇ ВЕРСІЇ ОПИТУВАЛЬНИКІВ ДЛЯ ОЦІНКИ ВПЛИВУ ПОРУШЕНЬ СЛУХОВОЇ ФУНКЦІЇ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ

Пухлік СМ, Тітаренко ОВ, Дедикова ІВ

Кафедра оториноларингології Одеського національного медичного університету

E-mail: lor@te.net.ua

А н о т а ц і я

Мета дослідження: Адаптування та складання україномовного опитувальника щодо скарг, діагностики просторових порушень слуху у пацієнтів з двобічною баротравматичною сенсоневральною або змішаною приглухуватістю, їх зв'язок з психоемоційними розладами у порівнянні з групою здорових осіб для вибору методів подальшої реабілітації.

Матеріали і методи: Для оцінювання слухової функції пацієнтів із приглухуватістю внаслідок вибухової травми ми виділили три загальні області, а саме скарги пацієнтів, які пов'язані з порушенням функціональних здібностей внутрішнього вуха, розбірливість мови, просторові та емоційні характеристики сприйняття нової якості слуху. Тому для анкетування пацієнтів про стан слухової функції ми вибрали за основу карту опитування у діагностиці сенсоневральних слухових порушень при акутравмі, анкету просторового та мовного слуху та госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS).

Результати: Виявлений нами високий рівень взаємозв'язку між ступенями зміни слуху, рівнем розвитку тривожності та депресивного стану є одним з важливих показників його достовірності даних представлених опитувальників. Вивчення їхньої валідності в досліджуваних групах показало, що пацієнти з порушенням слухової функції мали не тільки виражене суб'єктивне порушення просторового слуху, але й зміну психоемоційного фону організму. Зниження слухової функції може призводити не тільки до просторового порушення слуху, погіршення розуміння мови та визначення джерела локалізації слухового сигналу, а й впливати на психологічні аспекти життя пацієнтів.

Висновки: Результати нашого дослідження довели високу ефективність та валідність опитувальника скарг та слуху, його високий ступінь взаємозв'язку показників з госпітальною шкалою тривоги та депресії, застосування яких можливе у лікарській практиці як додатковий діагностичний метод оцінки якості слуху пацієнта та його психоемоційного фону, корекція якого має важливе значення у лікуванні та подальшій реабілітації слухової функції.

Ключові слова: приглухуватість, баротравма, психоемоційні розлади, опитувальник якості слуху, госпітальна шкала тривоги і депресії.

TRANSLATION, ADAPTATION AND VALIDATION OF THE UKRAINIAN VERSION OF QUESTIONNAIRES FOR ASSESSING THE IMPACT OF HEARING DISORDERS ON THE PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF PATIENTS

Pukhlik SM, Titarenko OV, Diedykova IV

Department of Otorhinolaryngology of the Odessa National Medical University (Odessa, Ukraine)

E-mail: lor@te.net.ua

A b s t r a c t

Purpose of the study: Adaptation and compilation of a Ukrainian-language questionnaire on complaints, diagnostics of spatial hearing disorders in patients with bilateral barotraumatic sensorineural or mixed hearing loss, their relationship with psychoemotional disorders in comparison with a group of healthy individuals regarding the choice of methods of further rehabilitation.

Materials and methods: To assess the auditory function of patients with hearing loss due to barotrauma, we identified three general areas, namely, patient complaints related to impaired functional abilities of the inner ear, speech intelligibility, spatial and emotional characteristics of perception of new hearing quality. Therefore, to question patients about the state of auditory function, we chose as a basis the questionnaire card for the diagnosis of sensorineural hearing disorders in acute trauma, the spatial and speech hearing questionnaire and hospital anxiety and depression scale (HADS).

Results: The high level of correlation between the degree of hearing changes, the level of anxiety and depressive state that we have identified is one of the important indicators of the reliability of the data of the presented questionnaires. The study of their validity in the studied groups showed that patients with impaired auditory

function had not only a pronounced subjective impairment of spatial hearing, but also a change in the psychoemotional background of the organism. A decrease in auditory function can lead not only to spatial hearing impairment, impaired speech understanding and determination of the source of localization of the auditory signal, but also affect the psychological aspects of patients' lives.

Conclusions: The results of our study proved the high efficiency and validity of the complaints and hearing questionnaire, its high degree of correlation of indicators with the hospital anxiety and depression scale, the use of which is possible in medical practice as an additional diagnostic method for assessing the quality of the patient's hearing and his psycho-emotional background, the correction of which is of great importance in the treatment and further rehabilitation of auditory function.

Keywords: barotraumatic hearing loss, psycho-emotional disorders, hearing quality questionnaire, hospital anxiety and depression scale.