

СИСТЕМА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПНЕВМОКОНІОЗ

Канд. мед. наук Л. О. Васякіна

КЛПУ «Обласна клінічна лікарня професійних захворювань», м. Донецьк

На підставі вивчення клінічних, психофеноменологічних, психопатологічних та соціально-психологічних особливостей 493 хворих на пневмокониоз у віці від 40 до 60 років, у тому числі 269 чоловіків і 224 жінок, було розроблено систему психосоціальної реабілітації, що містить такі етапи: адаптаційно-діагностичний, реадптації, реабілітації (повної або часткової). Головним завданням реабілітації було відновлення індивідуальної й суспільної цінності хворого, його відносин із навколишньою дійсністю, що існували до хвороби, істотне скорочення обсягу біологічної терапії.

СИСТЕМА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОКОНИОЗОМ

Канд. мед. наук Л. А. Васякина

На основании изучения клинических, психофеноменологических, психопатологических и социально-психологических особенностей 493 больных пневмокониозом в возрасте от 40 до 60 лет, в том числе 269 мужчин и 224 женщин, была разработана система психосоциальной реабилитации, включающая в себя следующие этапы: адаптационно-диагностический, реадптации, реабилитации (полной или частичной). Главной задачей реабилитации было восстановление индивидуальной и общественной ценности больного, его отношений с окружающей действительностью, существовавших до болезни, существенное сокращение объема биологической терапии.

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION SYSTEM PATIENTS PNEUMOCONIOSIS

L. A. Vasyakina

Based on clinical studies, psyhofenomenological, psychopathological and socio-psychological characteristics of 493 patients with pneumoconiosis aged 40 to 60 years, of which 269 men and 224 women developed psychosocial rehabilitation system which includes the following stages: adaptive-diagnostic, stage resettlement; stage of rehabilitation (full or partial) — the main task was to restore the individual and social value of the patient, his relations with the surrounding reality that existed before the disease, a significant reduction of biological therapy.

Пневмокониози (ПнК) є значною проблемою вітчизняної пульмонології у зв'язку зі зростанням поширеності захворювання, обтяженням його перебігу й зростанням інвалідності [6; 8; 9]. Своєчасна діагностика та правильне лікування ПнК запобігають прогресуванню захворювання та його ускладненням [7; 13]. Тому головною метою терапії ПнК є досягнення контролю над перебігом захворювання, запобігання загостренням та досягнення кращих показників функції дихання з мінімальними побічними ефектами, підвищення якості життя (ЯЖ) хворих, запобігання інвалідності [4; 9; 11].

Ситуація хвороби різко змінює характер взаємовідносин людини з навколишнім

світом [5; 12]. Тому комплексний розгляд взаємозв'язку хвороби та особистості дозволяє говорити про зміну не тільки фізичного та/або психічного статусу хворого, а всієї системи його відносин зі світом [1; 14; 15].

Ці обставини зумовили до розроблення нових міждисциплінарних концепцій, здатних забезпечити методологічну основу для взаємодії соматології та психології [2; 3; 10]. Тому розробка індивідуальних програм, до яких залучено різні аспекти, що враховують психологічні особливості, ставлення до хвороби і лікування, а також ЯЖ пацієнтів з ПнК є актуальною.

Мета роботи — клінічне й експериментальне-психологічне вивчення емоційної й особистісної сфери та ЯЖ пацієнтів з ПнК.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводилися на базі 3-го терапевтичного відділення КЛПУ «ОКЛПЗ» міста Донецьк у період з 2008 по 2011 рр. До групи обстежених увійшли 493 хворих на ПнК у віці від 40 до 60 років, у тому числі 269 чоловіків і 224 жінки.

Група пацієнтів із першою стадією захворювання складала 168 осіб, із другою стадією — 298 осіб. До групи пацієнтів із третьою стадією хвороби увійшло 27 хворих. Для досягнення поставленої мети було використано клініко-епідеміологічний, клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний та статистичний методи.

Психічний стан пацієнтів оцінювався відповідно до сучасної Міжнародної класифікації хвороб (МКХ), визначався за наявності достатніх за критеріями DSM = IVR і МКХ = 10 ознак для діагностики розгорнутого синдрому. Висновки про поширеність окремих форм психічних розладів робилися лише на підставі зазначених критеріїв.

У процесі роботи проводилося комплексне обстеження кожного пацієнта, що включало клінічний огляд (збирання скарг, вивчення анамнезу хвороби). Для встановлення ЯЖ використовували загальноприйняті міжнародні опитувальники «ЯЖ ВООЗ-100». Для психологічної діагностики застосовували шкалу особистісної та ситуаційної тривожності Спілберга—Ханіна, а також особистісний опитувальник Бехтеревського інституту («ООБІ»).

Для оцінки ефективності запропонованих програм реабілітації 224 хворим на ПнК (середньо тяжкого перебігу) вибірково було здійснено динамічне спостереження протягом 3 міс. із контролем ефективності вжитих заходів. Ці хворі склали основну групу динамічного спостереження. Для зіставлення ефективності запропонованої програми було сформовано і групу порівняння. У цьому дослідженні вона представлена 70 хворими на ПнК, які перебували під амбулаторним спостереженням, але їм комплекс реабілітаційних заходів не проводився.

До основної групи обстежених увійшли 224 хворих на ПнК (4 жінки та 220 чоловіків) віком від 40 до 60 років — у середньому $53,2 \pm 3,2$ року. Серед обстежених інвалідами III групи було визнано 168 хворих, інвалідами

II групи — 56 людей. До групи порівняння увійшли 70 хворих на ПнК віком від 40 до 60 років, у середньому $46,1 \pm 1,7$ року, із тривалістю захворювання від 7 до 20 років, у середньому $18,6 \pm 1,6$ року. Серед них було 6 жінок та 64 чоловіки. Для порівняння оцінки ЯЖ та соціального функціонування нами була обстежена контрольна група з 40 осіб з аналогічними віковими та соціальними показниками.

Реабілітаційна програма складалася з двох етапів: стаціонарного та амбулаторного. Під час перебування в умовах терапевтичного відділення хворим призначався комплекс оптимальних реабілітаційних заходів: індивідуальне добирання дози терапевтичних препаратів — відповідно до тяжкості захворювання, фізіотерапевтичні процедури, дихальна гімнастика та масаж; освітні програми з використанням засобів психотерапевтичного впливу. Амбулаторне спостереження проводилося протягом 3 міс. з контролем ефективності лікування через 4, 8 та 12 тижнів, а також повторним контролем у динаміці через рік.

Предметом дослідження було: ставлення пацієнтів з ПнК до хвороби і лікування, до свого соціального функціонування в умовах хвороби, актуальний емоційний стан, особливості особистості, мотиваційно-вольова сфера хворих.

Клініко-статистичні дослідження включали математико-статистичне оброблення отриманих результатів за допомогою статистичних методів: програм «Microsoft Excel 2010» та «Statistica 6.0» для параметричних даних та з використанням методів обробки G-критеріїв знаків для непараметричних даних. Під час якісно-кількісного аналізу отриманих результатів було використано T-критерій Стюдента, критерій Фішера, критерій Пірсона.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХНЄ ОБГОВОРЕННЯ

З метою з'ясування чинників, що призводять до прогресування захворювання на ПнК, нами був проведений аналіз стану життєдіяльності та медичної документації амбулаторних карт хворих на ПнК. Серед причин, за якими було встановлено інвалідність в обстежених нами хворих, найбільшою була частка медичних показань — 78,0 % осіб, що, у першу чергу, зумовлене тяжкістю та характером перебігу основного захворювання, а також наявністю супутньої психопатології.

Звертає на себе увагу невисокий рівень освіти хворих — в основному, середня і середня спеціальна освіта, — що багато в чому впливало на можливість їхнього подальшого перенавчання або раціонального працевлаштування.

Як правило, найчастіше до зростання ступеня інвалідизації хворих на ПнК призводили такі чинники: тяжкість захворювання, часті загострення захворювання, неадекватне лікування, що не відповідає міжнародним стандартам, дихальна недостатність, затруднення повсякденної активності та фізичної працездатності, низький рівень інформованості пацієнтів щодо лікування та перебігу захворювання, робота у протипоказаних умовах.

Функціональні можливості хворих на ПнК залежать від різноманітних чинників, у тому числі від віку пацієнтів, вираженості задишки, показників функції зовнішнього дихання, інтенсивності паління, рівня тривожності та інших психопатологічних проявів.

У ході дослідження ЯЖ встановлено, що ПнК значно знижує рівень ЯЖ хворих за всіма критеріями опитувальника «ЯЖ ВООЗ-100», порівняно із загально визначеними нормативними показниками. Аналіз результатів показав, що хворі на ПнК оцінюють якість свого життя за більшістю параметрів шкали «ЯЖ ВООЗ-100» як середнє. За жодним із параметрів не визначено полярних оцінок (дуже погана або дуже гарна ЯЖ), але 2 великі сфери з 6 суб'єктивно оцінювалися хворими як цілком благополучні — це духовна сфера і рівень незалежності (табл. 1).

Порівнюючи показники ЯЖ хворих на ПнК і здорових осіб, було встановлено достовірні зниження показників у всіх сферах ($p < 0,01$ й $0,001$).

Істотні розбіжності відзначено й під час порівняння загальної оцінки ЯЖ у групах. При цьому показники загальної оцінки ЯЖ виявилися вірогідно нижчими у хворих на ПнК, порівняно зі здоровими особами контрольної групи ($p < 0,001$). Особливу зацікавленість викликає оцінка пацієнтами субсфер свого життя. Виходячи з отриманих даних, ми встановили, що найнижчі оцінки знаходились у межах субсфер «навколишнє середовище» й «фінансові ресурси». Беручи до уваги необхідність постійної купівлі дорогих лікарських засобів, наявність інвалідності, а також несприятливу соціально-економічну ситуацію в країні, можна припустити, що суб'єктивна оцінка хворими свого фінансового становища як поганого є об'єктивною. Безсумнівно, погане фінансове становище, незадоволеність навколишнім середовищем, якістю житла негативно впливають на загальну ЯЖ. Залежність від ліків і лікування, засвідчена сприйняттям хворих, так само досить несприятливо позначається на їхньому житті. Низька задоволеність доступністю та якістю медичної й соціальної допомоги також часто проявляється у відповідях обстежених.

Більшість пацієнтів (64,9 %) незалежно від перебігу захворювання відзначають відносну працездатність, рухливість, можливість виконувати повсякденні справи. Однак багато хто страждає через нездатність розслабитися, одержати задоволення від дозвілля.

Можна припустити, що досить високі суб'єктивні оцінки в субсферах «працездатність», «рухливість», «здатність до виконання повсякденних справ» частково послугують проявом гіпернормативності (прагнення у всьому дотримуватися соціальних норм, «бути

Таблиця 1

Показники якості життя хворих на ПнК і здорових осіб (у балах)

Показники ЯЖ	Обстежені особи		p 1, 2
	Хворі (n = 224)	Здорові (n = 70)	
	1	2	
Фізична сфера	11,8 ± 1,6	17,2 ± 1,5	< 0,001
Психологічна сфера	11,6 ± 1,7	16,6 ± 1,4	< 0,001
Рівень незалежності	12,4 ± 1,8	17,2 ± 1,3	< 0,001
Соціальні взаємини	12,2 ± 1,4	18,2 ± 1,2	< 0,001
Навколишнє середовище	11,4 ± 1,5	16,2 ± 1,4	< 0,001
Духовна сфера	12,8 ± 1,2	17,4 ± 1,6	< 0,001
Загальна оцінка ЯЖ	68,4 ± 3,9	108,2 ± 3,2	< 0,001

не гірше за інших», завищений рівень домагання, переоцінка своїх сил та ін.).

Слід зазначити, що більшість пацієнтів (69,0 %) відзначають задоволеність особистими стосунками, високо оцінюють практичну соціальну підтримку родини й друзів. Здатність справлятися з життєвими труднощами завдяки особистим переконанням (духовна сфера) відзначено в 57,3 % хворих.

Дані аналізу субсфер дозволяють визначити терапевтичні й психотерапевтичні «мішені» — галузі, на які перш за все повинно бути спрямовано лікувальні й реабілітаційні впливи.

У межах проведеного дослідження вивчалася також різниця в показниках між основною та порівняльною групами на початку та наприкінці виконання психосоціальних реабілітаційних програм (табл. 2).

Аналіз оцінок сфер і субсфер не виявив між групами хворих розбіжності за основними параметрами ЯЖ. Однак вірогідно значущими ці показники виявилися в таких сферах, як «рівень незалежності» й «навколишнє середовище» ($p < 0,05$), у той час як в інших сферах ці розбіжності було відзначено лише на рівні тенденції, нижче статистично визначального ($p > 0,05$). Загальна оцінка ЯЖ виявилася в пацієнтів з основної групи дещо вищою, аніж у хворих із порівняльної групи ($p < 0,01$).

Порівнюючи суб'єктивну оцінку хворими свого стану з об'єктивними передумовами, що визначалися у процесі дослідження, ми виявили різні сполучення та співвідношення об'єктивних і суб'єктивних показників. Ураховуючи сказане, було виділено кілька груп пацієнтів.

Група 1: хворі, які реально оцінюють свій соціальний стан і функціонування. Їхні матеріальні й соціальні експектації в цілому відповідали об'єктивним наявним передумовам. Розбіжність показників ЯЖ переважно відбивали життєві настанови цих пацієнтів, котрі, в основному, не дисонували з їхнім соціальним статусом і функціонуванням.

Група 2: пацієнти, які не задоволені своїм соціальним станом і функціонуванням, мають завищену самооцінку й експектації. Для них на вербальному рівні було характерним прагнення до високого соціального й матеріального статусу без урахування реальних обставин і своїх можливостей, що супроводжувалося незадоволенням життям, обвинуваченням оточення у своїх невдачах і відмовою від доступних форм діяльності.

Група 3: пацієнти, які не задоволені своїм соціальним станом, мають занижену самооцінку й експектації, але змирилися з функціонуванням на зниженому рівні.

Група 4: пацієнти, задоволені своїм низьким рівнем соціального функціонування; у них відзначалися примиреність зі своїм становищем, а також занижені вимоги до себе й навколишнього середовища.

Ураховуючи завдання реабілітації, необхідно звернути увагу на деформовані, перекручені поняття про свій соціальний стан і функціонування, а також виразну невідповідність об'єктивних характеристик та їхньої суб'єктивної оцінки останніх трьох груп пацієнтів як таких, котрі потребують спеціальних підходів із наданням психосоціальної допомоги.

Таблиця 2

Оцінка ЯЖ у хворих на ПнК основної та порівняльної груп на початковому етапі (у балах)

Показники ЯЖ	Групи хворих		p 1, 2
	Основна (n = 224)	Порівняльна (n = 70)	
	1	2	
Фізична сфера	12,2 ± 1,6	11,4 ± 1,4	> 0,05
Психологічна сфера	11,8 ± 1,3	10,2 ± 1,2	> 0,05
Рівень незалежності	13,6 ± 1,4	10,4 ± 1,8	< 0,05
Соціальні взаємини	12,2 ± 1,6	11,8 ± 1,6	> 0,05
Навколишнє середовище	13,2 ± 1,8	10,4 ± 1,1	< 0,05
Духовна сфера	13,4 ± 1,7	11,8 ± 1,2	> 0,05
Загальна оцінка ЯЖ	77,4 ± 3,9	67,2 ± 2,9	< 0,01

Аналізуючи результати проведеного дослідження, слід зазначити, що на всіх стадіях ПнК найбільш значущою сферою відносин хворих є сім'я; значущість цієї сфери збільшується в міру зростання важкості хвороби. Зниження фізичних можливостей хворих накладає відбиток на всі сфери соціального функціонування, серед яких найбільш фрустрованою є сфера міжособистісної взаємодії (спілкування). Незадоволеність зниженням працездатності й корисної зайнятості характерна для початкових стадій хвороби і нетипова — для важких. Ставлення до хвороби пов'язано з її стадією, ефектом лікування, обізнаністю хворих щодо особливостей перебігу; у міру зростання тяжкості хвороби знижується задоволеність лікуванням і, водночас, зростає залежність від лікаря-куратора.

ЯЖ хворих на ПнК знижено за всіма основними параметрами. Ступінь цього зниження пов'язаний із тривалістю, стадією (вагою) й ефективністю лікування хвороби. Структура ЯЖ хворих на ПнК визначається особливостями клінічної картини хвороби, у якій емоційна значущість дихального дискомфорту перевершує больовий синдром. Основні параметри ЯЖ хворих на ПнК та особливості їхнього соціального функціонування в умовах хвороби взаємопов'язані з емоційно-особистісними характеристиками.

За даними методики «ООБІ», у групі спостерігається переважання таких настроїв: меланхолічного — невіра в одужання, пригніченість хворобою, депресія (24,27 %); анозогнозичного — активне відкидання думки про хворобу, «обійдеться» (15,18 %); неврастенічного — поведінка за типом «дратівливої слабкості»: нетерплячість і спалахи роздратування щодо першого зустрічного (особливо при болях), потім — сльози і каєття (13,61 %). Меншою мірою відзначено типи: апатичний — повна байдужість до своєї долі, пасивне підкорення процедурам і лікуванню (10,08 %); тривожний — безперервне занепокоєння і недовірливість, віра в прикмети і ритуали (9,55 %); сенситивний (8,07 %) — відчуття неповноцінності, страх бути тягарем для рідних, надмірна турбота стосовно того, як виглядаєш для оточуючих і що люди думають із цього приводу. Незначну частину склали гармонійні (7,68 %) — твереза оцінка власного

стану без схильності перебільшувати важкість захворювання або недооцінювання його, ергопатичний — «відхід від хвороби в роботу», бажання зберегти працездатність (7,07 %) та іпохондричний (4,49 %) — зосередженість на суб'єктивних відчуттях і перебільшення їхнього значення, страх побічної дії ліків, процедур.

Емоційний стан хворих на ПнК не порушено до ступеня, який зумовлює психосоціальну дезадаптацію. У його структурі переважають астеничні й тривожні компоненти. У всіх хворих рівень особистісної тривожності перевершує рівень актуальної тривоги, що пов'язано з відчуттям більшої безпеки хворих в умовах клініки порівняно з іншими життєвими умовами і ситуаціями. Недостатня інформованість про ПнК посилює в пацієнтів тривожну оцінку перспективи і занепокоєність, пов'язану з реакцією соціального оточення.

Дослідження психологічного статусу за допомогою шкали Спілбергера—Ханіна показало, що в більшості хворих як основної, так і контрольної груп спостерігався високий початковий рівень тривожності. Середні значення рівня тривожності склали в обстежених основної групи $31,4 \pm 3,4$ балів, контрольної групи — $30,2 \pm 2,3$ балів і вірогідно не відрізнялися між собою. Підвищення рівня тривожності виявлялося у вигляді нестійкого настрою, поганого засинання, неспокійного переривчастого сну, головного болю, підвищеної немотивованої стурбованості, відчуття незадоволеності своїм життям, відчаю, невпевненості в собі. Після проведення лікування одночасно з поліпшенням клінічного стану хворих спостерігалася чітка тенденція до зниження рівня тривожності. Після завершення програми в обстежених основної групи він складав $21,9 \pm 3,44$ бала ($p = 0,002$), що відповідає середньому рівню тривожності. Хворі після лікування набагато менше скаржилися, були більш врівноваженими і впевненими в собі та своєму майбутньому.

Хворі на ПнК, порівняно зі здоровими особами, відрізняються істотними змінами в структурі особистості, що стосуються, в основному, її мотиваційно-вольової сфери. Рівень інтернальності у хворих на ПнК знижений, порівняно зі здоровими особами, в усіх досліджених сферах життя, і особливо у сфері сімейних і виробничих відносин. У структурі

копінг-поведінки хворих переважають стратегії, спрямовані на врегулювання своїх почуттів (самоконтроль), проблемний аналіз ситуації та пошук соціальної підтримки; хворі на ПнК частіше за здорових людей використовують неконструктивні «уникнення».

Під час аналізу змін рівня тривожності через 12 міс. ми виявили, що у хворих основної групи цей рівень знаходився в межах середнього показника і зберігався на вірогідно нижчому рівні, порівняно з початковими даними. У групі порівняння спостерігалось незначне збільшення кількості хворих із високим рівнем тривожності. Середній рівень тривожності мав тенденцію до збільшення на $32,2 \pm 2,8$ бала, порівняно з початковим. Але ці дані були недостовірними.

Було також виявлено зменшення частоти зустрічаємості несприятливих дифузних типів ставлення до хвороби з переважанням неврастенічного і тривожного компонентів та збільшення чистих і змішаних типів відношення з переважанням конструктивних гармонійного й ергопатичного компонентів.

Отримані результати свідчать про відчуття хворими своєї неповноцінності, обтяження замкненістю, недовірою до оточення, підвищеною чутливістю до соціальної думки, що маскується награно веселим настроєм, бажанням спілкуватися з оточенням.

На основі результатів проведених клінічного, клініко-психопатологічного, експериментально-психологічного і соціально-психологічного досліджень було сформульовано загальні вимоги до організації поетапної реабілітації

хворих із ПнК та розроблено інтегративний терапевтичний комплекс, до якого входять сучасні методи психотерапевтичного впливу, що сприяють розробленню соціально прийнятнього життєвого стереотипу пацієнтів та корекції розладів особистості.

На першому етапі — *адаптаційно-діагностичному* — головною метою була верифікація діагнозу, клінічне, психологічне й соціальне кваліфікування стану хворого, його адаптація до умов лікування, підвищення інформативного рівня щодо захворювання та розроблення медикаментозної і психотерапевтичної тактики.

Основним завданням другого етапу — *ре-адаптації* — було пристосування хворих до життя і трудової діяльності в умовах, що змінилися; на цьому етапі зберігала своє провідне значення біологічна та психотерапевтична й роз'яснювальна робота з хворими та їхніми родичами, котра полягала в розробленні шляхів усунення змін, що виникають у системі ставлення пацієнтів до хвороби, роботи, соціального оточення, лікування;

На третьому етапі — *реабілітації* (повної або часткової) — головним завданням було відновлення індивідуальної й суспільної цінності хворого, його відносин із навколишньою дійсністю, що існували до хвороби, істотне скорочення обсягу біологічної терапії.

На *стаціонарному* етапі хворим проводилося індивідуальне добирання дози інгаляційних кортикостероїдів відповідно до тяжкості захворювання, призначалися фізіотерапевтичні процедури, дихальна гімнастика і масаж,

Таблиця 3

Оцінка ЯЖ у хворих на ПнК основної та порівняльної груп на заключному (за 12 міс.) етапі (у балах)

Показники ЯЖ	Групи хворих		p 1, 2
	Основна (n = 224)	Порівняльна (n = 70)	
	1	2	
Фізична сфера	14,4 ± 1,7	10,4 ± 1,3	> 0,05
Психологічна сфера	13,6 ± 1,4	11,2 ± 1,5	> 0,05
Рівень незалежності	13,6 ± 1,2	12,4 ± 1,6	< 0,05
Соціальні взаємини	16,2 ± 1,5	10,8 ± 1,4	> 0,05
Навколишнє середовище	15,1 ± 1,6	11,4 ± 1,3	< 0,05
Духовна сфера	13,4 ± 1,5	12,8 ± 1,1	> 0,05
Загальна оцінка ЯЖ	86,4 ± 3,4	66,2 ± 2,4	< 0,01

проводилися освітні програми, давалися поради з раціонального працевлаштування. Під час виписування для кожного хворого складалася індивідуальна програма реабілітації, яка на амбулаторному етапі включала індивідуальний план ведення хвороби, комплекс дихальних вправ, піші прогулянки не менше ніж півгодини на день, інформаційну та психологічну підтримку, дієтотерапію, ведення щоденника самостереження.

Протягом 12 міс. у хворих основної групи було зафіксовано достовірне покращення ЯЖ за всіма шкалами опитувальника, порівняно з вихідними даними. Вони зберігалися приблизно на тому ж рівні, що й через 3 міс. У хворих контрольної групи, яким не проводилися реабілітаційні заходи, протягом 12 міс. зберігалися низькі показники ЯЖ, а за шкалами «вираженість симптомів» та «емоційний статус» навіть було відзначено деяке погіршення ЯЖ (табл. 3).

ВИСНОВКИ

У хворих на ПнК виявляються характерні зміни в системі відносин особистості, зумовлені особливостями перебігу та стадією хвороби. Найбільш важливою сферою відносин на всіх стадіях є сім'я, значущість якої збільшується в міру зростання тяжкості хвороби. Сферами найбільшої емоційної незадоволеності хворих на ПнК є сфери фізичного стану і соціальної взаємодії, у яких пацієнтами відзначаються обмеженість і зміна характеру спілкування. Зниження працездатності турбує хворих на початкових стадіях хвороби більше, ніж на віддалених.

У половини досліджених хворих на ПнК відзначається адекватне ставлення до своєї хвороби. Значний відсоток хворих (40,0 %

і більше) на всіх стадіях мають гіпнозогностичне ставлення до хвороби, що виявляється в недооцінці тяжкості свого стану і прогнозу захворювання; зокрема, 59,5 % хворих продовжують інтенсивно палити. Такому ставленню до хвороби сприяє виявлена в 94,0 % пацієнтів відсутність обізнаності щодо хвороби. Рівень такої інформованості виявився пов'язаним із характером виконання лікарських призначень і ставленням до лікування: понад 50,0 % хворих, які не мають уявлення про особливості своєї хвороби, ставляться до лікування негативно або нейтрально (не позитивно).

У структурі ЯЖ хворих на ПнК найбільшою мірою представлено астеничний компонент (незадоволеність життям у зв'язку зі зниженням розумової та фізичної працездатності). У міру розвитку хвороби і переходу на її наступну стадію відбувається значне зниження фізичних можливостей, котре істотно впливає на всі аспекти життєдіяльності хворих. Найменше в структурі ЯЖ хворих на ПнК представлено компонент, що призводить до змін соціального функціонування у зв'язку з больовим синдромом, який не є характерним для даного захворювання.

Використання запропонованих індивідуальних програм реабілітації у 75,0 % хворих на ПнК є *перспективним*, бо на регулярній основі сприяє встановленню адекватного контролю над перебігом захворювання, дозволяє покращити функціональний та емоційний стан хворих, якість їхнього життя і стан життєдіяльності, а показники ЯЖ є надійним критерієм оцінки ефективності реабілітаційних заходів, і їх необхідно використовувати під час складання та проведення реабілітаційних програм у хворих на ПнК.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Александровский Ю. А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение / Ю. А. Александровский — М. : ГОЭТАР-МЕД, 2004. — 240 с.
2. Бажин Е. Ф. Метод исследования уровня субъективного контроля / Е. Ф. Бажин, Е. А. Голынкина, А. М. Эткин // Психол. журн. — 1983. — Т. 5, № 3. — С. 152–162.
3. Белялов Ф. И. Психические расстройства в практике терапевта / Ф. И. Белялов — М. : Мед-пресс-информ, 2005. — 256 с.
4. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. — Л. : Наука, 1988. — 270 с.
5. Бизюк А. П. Применение интегративного теста тревожности : метод. рек. / А. П. Бизюк, Л. И. Васерман, Б. В. Иовлев — СПб. : Изд-во Психоневрол. ин-та им. В. М. Бехтерева, 2003. — 16 с.

6. *Бодров В. А.* Психологический стресс / В. А. Бодров — М. : Просвещение, 1995. — 390 с.
7. *Бройтигам В.* Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. — М. : ГОЭТАР-МЕД, 1999. — 376 с.
8. *Вассерман Л. И.* О системном подходе к оценке психической адаптации / Л. И. Вассерман, М. А. Беребин, Н. И. Косенков // *Обзор психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева.* — 1994. — № 3. — С. 16–25.
9. *Вассерман Л. И.* Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах / Л. И. Вассерман, С. А. Громов, В. А. Михайлов // *Психосоциальная реабилитация и качество жизни.* — СПб. : Академия, 2001. — С. 103.
10. *Вассерман Л. И.* Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение / Л. И. Вассерман, О. Ю. Щелкова — СПб. : Академия, 2004. — 730 с.
11. *Вассерман Л. И.* Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, В. Л. Федотова // *Сибирский психол. журн.* — 2008. — № 27. — С. 47.
12. *Воробьев В. М.* Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии / В. М. Воробьев // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева.* — 1993. — № 2. — С. 33–39.
13. *Гиндикин В. Я.* Соматогенные и соматоформные психические расстройства : справочник / В. Я. Гиндикин. — М. : Триада-Х, 2000. — 256 с.
14. *Личность пациента и болезнь / В. Т. Волков, А. К. Стрелис, Е. В. Караваева, Ф. Ф. Тетенов.* — Томск : Изд-во Сибирского мед. ун-та, 1995. — 328 с.
15. *Мясищев В. Н.* Психология отношений : избр. тр. — М. ; Воронеж : МОДЕК, 1998. — 362 с.

Перелік платних циклів, проведення яких планується в 2012 р.

**Кафедра
ХІРУРГІЇ ТА ПРОКТОЛОГІЇ**

Опорна кафедра за спеціальністю «Проктологія»

Зав. кафедри проф. Т. І. Тамм, тел.: 760-11-66

Хірургія. Випуск 2009 р.	03.05–29.06
Хірургія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорії)	30.05–29.06
Ультразвукова діагностика (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорії)	30.05–29.06
Хірургія. Випуск 2012 р.	03.09–31.12
Ультразвукова діагностика (для лікарів лікувального профілю)	24.09–21.12

**За довідками звертатись до навчального відділу ХМАПО
за тел. (057) 711-80-31**