

## ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

УДК 616.89-036.865

Г.А. Пріб

### ПРИНЦИПИ, СТРУКТУРА ТА ТЕХНОЛОГІЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ

#### Ключові слова:

медико-соціальна експертиза, обмеження життєдіяльності, соціальна недостатність.

У статті розглянуті теоретичні погляди на формування принципів, структури та технології медико-соціальної реабілітації осіб, які страждають на психічні розлади.

#### Ідеологія сучасної медико-соціальної реабілітації ґрунтується на двох аспектах:

1. Особи із обмеженими можливостями мають потребу в навичках, уміннях та підтримці з боку середовища для відповідності власної ролі в побутовому, соціально-му, трудовому оточенні або навчальному процесі;

2. Зміна навичок та підтримки у оточенні інваліда приводить до підвищення його спроможності до реалізації рольових функцій.

#### Реалізація цієї ідеології ґрунтується на таких принципах:

1. Системність, індивідуальний підхід;
2. Ранній початок;
3. Безперервність, комплексність, етапність.

Обсяг і зміст реабілітаційних заходів мають базуватися на індивідуальній програмі реабілітації (ІПР), яка повинна відповідати Державній типовій програмі реабілітації [1]. Принципи реабілітації пов'язані та впливають із принципів медико-соціальної політики щодо психічно хворих у державі, як інвалідів, так і не інвалідів. На жаль, історично соціальна політика щодо хворих будувалася на принципах компенсації й ізоляції. Принцип компенсації включав у себе заходи, спрямовані на компенсаційні форми (пенсія, пільги). Але ці заходи, як система державних гарантій на випадок інвалідності, не сприяють інтеграції осіб із обмеженими можливостями у суспільстві. Другий принцип – ізоляції – виражається у створенні особливих систем забезпечення життєдіяльності (спеціальних будинків для постійного, іноді довічного проживання, навчальних закладів, спеціалізованих підприємств). У таких умовах особи із обмеженими можливостями виявляються виключеними із життя суспільства й перетворюються лише у об'єкт його турботи та піклування. Ці принципи реабілітації психічно хворих обмежують право пацієнтів на якісне, незалежне соціальне життя у суспільстві

Сучасними ідеологічними принципами, на яких базується реабілітаційна робота, такі:

1. Державні соціальні гарантії. Реабілітація має проводитися згідно з зафіксованими у законодавстві соціальними гарантіями.

2. Міцний зв'язок із соціальним середовищем. Проблеми осіб із психічним захворюванням не повинні пов'язуватися лише із медичними питаннями, треба враховувати навчання, проживання, спілкування, можливість або неможливість задоволення усіх притаманних хворому потреб;

3. Комплексність й послідовність. Незавершеність програм реабілітації або відсутність їх окремих напрямків обмежують можливості індивідуального реабілітаційного потенціалу;

4. Вивчення й збереження родинних взаємозв'язків. Врахування позитивного та негативного впливів родини на пацієнта;

5. Включення осіб із обмеженими можливостями у роботу служби допомоги. Почасти саме інваліди є експертами в оцінці програм допомоги інвалідам;

6. Незалежне життя осіб з інвалідністю. Максимальний розвиток здатності до самообслуговування, самопомоги, самозабезпечення. Стороння допомога повинна базуватися на оцінці стану інваліда та його самопочуття. Базовими моментами цього принципу є суверенітет та самовизначення;

7. Нерозривний зв'язок із оточуючим соціальним середовищем. Провідним у цьому принципі є боротьба з феноменом співзалежності оточуючих. Треба зазначити, що соціальні комунікації людини, незалежно від її фізичних або психічних умов, є найважливішою частиною її соціальної ролі.

8. Рівні права і можливості. Інваліди повинні розглядатися як суб'єкти власної життєдіяльності, а не лише як об'єкт турботи суспільства.

Аналіз досліджень і публікацій та виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Невід'ємною складовою ефективною реабілітації є оволодіння фахівцями (лікарями, психологами, соціальними працівниками)

основними поняттями при формуванні реабілітаційної програми, а саме: ушкодження, порушення, дефект, неспроможність, обмеження життєдіяльності (ОЖ), соціальна недостатність (СН). Перерахований термінологічний апарат по різному висвітлюється у науковій літературі, зокрема у працях Р. Wood (1980) [5] та W. Frey (1984) [4]. Проте в цілому науковці збігаються у думці, що ушкодження структури або функції призводить до зниження спроможності реалізувати навички й дії, що, у свою чергу, обмежує рольове функціонування пацієнтів у соціальних сферах. Комплексне лікування (медикаментозне або біологічне) та психотерапія спрямовуються на редукцію патологічних симптомів. Таке лікування повинно починатися на стадії ушкодження. Власне реабілітаційна робота повинна починатися на стадії фіксування ОЖ, де стратегією втручання є розвиток умінь і навичок та розвиток підтримки з боку оточення. Треба зазначити, що стадії порушення, ОЖ, СН є різними не лише за визначенням, але і за заходами, які повинні на цих стадіях виконуватися та впроваджуватися.

Спираючись на ідеологічні принципи реабілітації можна виокремити основні – **практичні принципи медико-соціальної реабілітації**. Цими принципами, на наш погляд, повинні керуватися фахівці у своїй повсякденній діяльності:

1. Безперервність, послідовність та повторюваність реабілітаційного втручання. Метою є максимальне досягнення можливого рівня соціальної компетентності пацієнта;
2. Формулювання мети та терміну реабілітаційних заходів, тобто їх структурованість;
3. Початок та продовження реабілітації на різних стадіях хвороби – наскрізний характер;
4. Оцінка ефективності реабілітації як фахівцями, так і пацієнтами – максимальна участь хворого у реабілітаційних заходах;
5. Збереження працездатності хворих як важливий елемент процесу одужання;
6. Врахування показників реального життя та можливості розвитку здатності пацієнта до діяльності у оточенні;
7. Використання різних методів досягнення реабілітаційної мети. Тобто вільність реабілітації лише від однієї з теорій розвитку психічних розладів;
8. Індукція здоров'я, а не редукція симптоматики хвороби – підвищення компетентності осіб із психічними розладами;
9. Адекватність втручання психосоціальному дефіциту з врахуванням майбутньої життєдіяльності пацієнта;
10. Вдосконалення вмінь і навичок пацієнта (ОЖ призводять до необхідності оволодіння новими навичкам й уміньми);
11. Обов'язкове застосування медикаментозної терапії, але з акцентом на реабілітаційному втручанні.

**Метою дослідження** є обґрунтування принципів, структури та технології медико-соціальної реабілітації осіб, які страждають на психічні розлади. **Завдання дослідження** – з точки зору біопсихосоціального підходу та спираючись на сучасні моделі інвалідності сформулювати структуру та технологію медико-соціальної реабілітації осіб, які страждають на психічні розлади.

## Матеріали та методи дослідження

Виходячи з мети та завдань дослідження обстежено 527 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділеннях активної реабілітації № 2 та № 10 Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні № 1. Обстежені пацієнти верифіковані за наступними діагностичними категоріями МКХ-10: F07, F20, F21, F23, F25, F41, G40. Дослідження проводили за принципом випадкового вибору, при якому усі одиниці генеральної сукупності мали рівну можливість потрапити до вибірки. **Методи дослідження:** структуроване інтерв'ю у рамках клініко-психопатологічного підходу, соціально-експертний, статистичні.

## Виклад основного матеріалу дослідження

Для ефективного втілення у медико-соціальну практику психіатричних лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) принципів реабілітації при побудові реабілітаційної програми необхідно оволодіти знаннями щодо власне структури реабілітації. Серйозні вимоги до цілісності процесу реабілітації вимагають визначення її як сукупності відокремлених та структурованих елементів, які відокремлюються один від одного у часі та просторі. Тобто професіонали повинні володіти знаннями суті кожного реабілітаційного напрямку. Загалом виділяють медичні, соціальні та професійні реабілітаційні заходи. За правовим, соціально-середовищним, психологічним, виробничо-економічним, анатомо-функціональним аспектами **структуру реабілітації за її змістом можна характеризувати таким чином:**

1. Медична, яка включає комплекс заходів, спрямованих на відновлення втрачених або компенсацію порушених функцій, призупинення прогресування захворювань. Медична реабілітація нерозривно пов'язана із лікувальним процесом, тобто при наданні медичних послуг пацієнту аналізуються та враховуються можливості подальшої реабілітації. Цей процес починається у лікувальному закладі, після виведення пацієнта з гострого психотичного стану. При цьому треба мати на увазі, що стан пацієнта, який закінчив курс терапії, являє собою досить динамічну картину з можливістю як погіршення, так і поліпшення об'єктивних показників і суб'єктивного самопочуття. Тому медична реабілітація для профілактики негативної динаміки стану пацієнта у вигляді заходів медичної підтримки й оздоровлення повинна здійснюватися якомога якісніше;

2. Психологічна, спрямована на подолання у свідомості хворого думок про марність реабілітації. Психологічна реабілітація є самостійним напрямком реабілітаційної діяльності. Вона забезпечує подолання страху перед реальними проблемами та соціально-психологічного комплексу «каліки», закріплює активну особистісну позицію у житті;

3. Соціально-середовищна, забезпечує подолання ОЖ шляхом підтримки та розвитку здатності до самообслуговування й пересування. Здійснюється у таких напрямках:

- а) організація житла та середовища пацієнта з його пристосуванням до відносно самостійного виконання побутових функцій, здійснення санітарно-гігієнічних заходів;

б) навчання користуватися цими пристосуваннями. Повинні створюватися умови, які виключають заподіяння пацієнтом шкоди собі або іншим особам. Важливою складовою тут є патронажна допомога соціального працівника для планування життя пацієнта;

4. Соціально-трудова, що являє собою комплекс заходів для пристосування виробничого середовища до потреб інваліда та його адаптацію до вимог виробництва;

5. Соціальна, зокрема державна політика з планування виробничих потужностей та інфраструктури підприємств з урахуванням потреб інвалідів;

6. Професійна, яка включає навчання й перенавчання інвалідів. Навчання навичкам роботи з колишньої спеціальності в умовах втрати окремих можливостей або функцій. Профорієнтація й професійне навчання будеється за результатами професійної діагностики.

7. Освітня, що містить комплекс процесів одержання необхідної освіти, різних видів спеціальної професійної перепідготовки для здобуття нової професії;

8. Соціокультурна, яка забезпечує потребу в інформації щодо одержання соціально-культурних послуг. Самостійність емоційно-творчої сфери та відсутність детермінованих зв'язків приводить до розвитку особистості й стимуляції діяльності. Соціокультурна діяльність є чинником, що соціалізує та підштовхує до спілкування, відновлюючи самооцінку інвалідів;

9. Соціокомунікативна або комунікативна, зокрема відновлення соціальних взаємовідносин інваліда, зміцнення його соціальної мережі (оволодіння навичками спілкування у нових умовах, формування нового образу «Я» з позитивно забарвленою картиною світу, що перешкодить негативним емоційним реакціям у спілкуванні з іншими людьми).

Таблиця 1. Бланк оцінки здатностей пацієнта для узагальнення реабілітаційної мети

Наявність	Необхідні навички / уміння / здатності	Використання	Наявні	Необхідні
+/-	Соціальні контакти	Число випадків на тиждень (описується контакт)	+/-	+/-
+/-	Витрата грошей на особисті потреби	Число випадків на місяць	+/-	+/-
+/-	Соціальна діяльність	Число випадків на тиждень (описується діяльність)	+/-	+/-

Таблиця 2. Бланк функціональної оцінки для узагальнення реабілітаційної мети

Наявність	Необхідні Навички / уміння / здатності	Застосування навичок / уміння / здатності	Оцінка використання навичок / умінь					
			Спонтанне *		Стимулююче **		Виконання***	
			Наявність	Необхідність	Так	Немає	Так	Немає
+/-	Вид діяльності	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
+/-	Демонстрування розуміння	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
+/-	Допомога	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-

Примітки: \* – рівень спонтанного застосування навичок в оточенні, порівняно з необхідним рівнем використання навичок;  
 \*\* – використання навичок у відповідному оточенні;  
 \*\*\* – виконання навичок у ситуації оцінки або навчання.

**Реалізація викладеної структури та змісту медико-соціальної реабілітації базується на трьох основних напрямках заходів:**

**1. Тренінг соціальних навичок та вмінь.** Метою є визначення інтерперсональної дисфункції у пацієнтів. Встановлюється дефіцит соціальних навичок та вмінь й визначається його природа, досліджуються обставини розвитку дисфункції, а для їх подолання використовуються структуровані дидактичні прийоми. Шляхом інтенсивних тренувань втручання спрямовуються на окремі елементи поведінки з поступовим наближенням до «норми». Результативність втручань оцінюється перед початком та після завершення тренінгу, а також за катамнезом. Тренінг соціальних навичок та вмінь повинен бути невід'ємною складовою багатокomпонентних програм.

**2. Сімейне урегулювання.** Структуровані біхевіоральні методи, спрямовані на подолання міжособистісних проблем у родині пацієнтів. Заходи дозволяють знизити медикаментозне навантаження, що приводить до зменшення побічних ефектів психотропної терапії (пізня дискінезія, акатизія) та сприяють подоланню соціального відторгнення і загострення психопатологічної симптоматики;

**3. Підтримка суспільства, яка включає:**

- ідентифікацію пацієнтів;
- допомогу у базових потребах;
- медичне обслуговування;
- кризові втручання;
- психосоціальну реабілітацію;
- допомогу у житлових і сімейних питаннях;
- юридичні послуги;
- користування системами державної й недержавної допомоги.

На ідеології та принципах медико-соціальної реабілітації базується процес реалізації реабілітаційних програм, який складається із трьох фаз та охоплює відновлення необхідних навичок та вмінь:

**1. Фаза діагностики.** Включає оцінку наявних сильних та слабких навичок, вмінь та підтримок пацієнта за збереженістю спроможності виконувати окремі соціальні ролі у різних сферах соціального функціонування. Визначається реабілітаційний діагноз та аналізується поведінкова дисфункція, а також існуючий рівень підтримки пацієнта в оточенні (у якому він живе, працює, спілкується тощо). Формування реабілітаційного діагнозу починається із визначення оточення пацієнта, у якому він буде перебувати під час реалізації реабілітаційної програми. Виходячи із оточення та його можливостей визначається

Таблиця 3. Бланк плану реабілітації для досягнення реабілітаційної мети

Завдання з розвитку навичок / вмінь / здатностей	Втручання*	Відповідальні	Початок	Закінчення
1. _____ 2. _____ 3. _____ (вказується % збереженості кожної навички / вміння)				
1. Здатність до _____ 2. Здатність до _____ 3. Здатність до _____ (вказується кількість необхідних заходів на тиждень)				

Примітка: \* – вказується необхідність прямого або опосередкованого втручання.

мета реабілітації. За допомогою функціональної оцінки визначається втрата інвалідом навичок та вмінь, що перешкоджає досягненню загальної реабілітаційної мети. Тобто складається перелік навичок, які необхідно відновити, ґрунтуючись на поведінкових вимогах оточення та особливостях поведінки пацієнта. Оцінка можливості оточення дає змогу виявити наявність або відсутність підтримок, необхідних для досягнення мети реабілітації. У ході оцінки пацієнт повинен брати участь у складанні переліку осіб, місць, речей і видів діяльності, необхідних для його успішного функціонування в обраному оточенні. При визначенні реабілітаційного діагнозу можуть застосовуватися різні форми фіксування даних. У таблицях 1 та 2 представлено «Бланк оцінки здатностей» та «Бланк функціональної оцінки» для узагальнення реабілітаційної мети (адаптовано із [2]).

**2. Фаза планування.** Складання плану розвитку навичок, вмінь та підтримки для досягнення реабілітаційної мети з визначенням пріоритетних цілей і конкретних втручань з досягнення кожної цілі. Планування розвитку певних навичок, вмінь та здатностей здійснюється на підставі реабілітаційного діагнозу відповідно до реабілітаційної мети. Для здійснення кожного втручання визначаються втручання для виконання завдань плану і розподіляються обов'язки між фахівцями. План реабілітації підписує фахівець, який веде випадок з пацієнтом. Приклад бланка плану реабілітації для досягнення реабілітаційної мети наведено у таблиці 3.

**3. Фаза втручання.** Реєстрація плану реабілітації здійснюється шляхом реабілітаційного втручання з використанням двох основних видів втручань: а) набуття навичок / вмінь / здатностей; б) створення можливостей.

**Набуття навичок / вмінь / здатностей відбувається у один із таких способів.**

**1. Пряме навчання.** Використовується коли функціональна оцінка показує, що у пацієнта відсутні будь які чи окремі навички / вміння / здатності. Цей вид включає систему навчальних дій, що приводять до можливості використання пацієнтом нових форм поведінки;

**2. Вироблення (програмування) навичок / вмінь / здатностей.** Поступова підготовка хворого до використання збережених навичок / вмінь / здатностей необхідним чином. Використовується з метою подолання перешкод до постійного використання навичок / вмінь / здатностей, якими пацієнт вже володіє. Готує пацієнтів до використання навичок / вмінь / здатностей у суспільстві, як того вимагає незалежне існування у ньому.

Ці два види заходів з набуття навичок / вмінь / здатностей є взаємодоповнюваними.

Втручання з розвитку зовнішніх можливостей передбачає «пов'язання» пацієнта з існуючими можливостями. Під можливостями розуміють наявні ресурси, які може використовувати пацієнт для поліпшення свого функціонування. Ресурси поділяють на наявні та ті, які необхідно змінити, оскільки вони не використовуються. Наявні ресурси – це відбір кращих можливостей, які існують на даний час, з метою їх використання для підтримки пацієнта. Ресурси що змінюються – це адаптація можливостей, які пацієнт не використовує для своїх потреб.

Узагальнюючи вищевикладене можна зазначити, що власне процес реабілітації складається із залучення пацієнта і його найближчого оточення до діагностики, планування заходів, спрямованих на набуття навичок / вмінь / здатностей пацієнта, необхідних для його незалежного існування в оточенні та у суспільстві в цілому.

Виходячи із вищевикладених принципів, структури та процесу медико-соціальної реабілітації необхідно визначити поняття «технології» реабілітації. Технологія медико-соціальної реабілітації визначається як наукові знання та дії, спрямовані на вирішення індивідуальних проблем пацієнтів, а також суспільних проблем щодо досягнення індивідуальних або суспільних цілей.

Технологія медико-соціальної реабілітації має на меті зниження рівня інвалідизації й створення рівних можливостей для осіб із хронічними психічними розладами. Технологія медико-соціальної (психіатричної) реабілітації за операціями визначає знання й навички, які повинен використовувати фахівець для допомоги пацієнту у реабілітаційному процесі. Ідеологічно базовими компонентами технології реабілітації є основні знання про те, як пацієнту ефективніше використати наявні навички / уміння / здатності та допомогти йому взяти участь у реабілітаційному процесі діагностики – планування – втручання. Напрямки діяльності фахівців впродовж трьох фаз процесу реабілітації представлено у таблиці 4.

Для ефективного впровадження реабілітаційних заходів фахівець повинен опанувати знання щодо постановки загальної реабілітаційної мети, оцінки СФ та зовнішніх можливостей, реабілітаційного планування, прямого навчання навичкам, програмування навичок, наявних та змінених ресурсів. Ці знання необхідні для «проведення» пацієнта через усі фази реабілітаційного процесу. Приклад застосування постановки реабілітаційної мети відображено у таблиці 5.

Узагальнюючи вищевикладене необхідно вказати **показники, за аналізом яких проводиться оцінка ефективності медико-соціальної реабілітації.** До таких показників належать:



Таблиця 4. Види діяльності фахівців протягом трьох фаз процесу реабілітації

Фази / вид діяльності		
Діагностика	Планування	Втручання
Постановка реабілітаційної мети: 1. Оцінка реабілітаційної готовності; 2. Опис оточення; 3. Вибір мети.	Планування розвитку навичок / вмінь / здатностей: 1. Визначення пріоритетів та завдань; 2. Вибір втручання; 3. Формування плану.	Пряме навчання навичкам / вмінням / здатностям: 1. Опис змісту навичок / вмінь / здатностей та планування заняття; 2. Програмування використання навичок / вмінь / здатностей; 3. Тренування пацієнта.
Оцінка СФ: 1. Складання переліку необхідних навичок / вмінь / здатностей; 2. Опис використання та оцінка виконання навичок / вмінь / здатностей; 3. Тренування пацієнта.	Планування розвитку підтримки: 1. Визначення пріоритетів; 2. Визначення завдань; 3. Вибір втручання; 4. Формування плану.	Програмування навичок / вмінь / здатностей: 1. Визначення перешкод; 2. Створення програми; 3. Підтримка дій пацієнта.
Оцінка можливостей 1. Складання переліку основних можливостей; 2. Опис та оцінка використання можливостей; 3. Тренування пацієнта.	-	Координація можливостей 1. Пропонування клієнтові різних видів підтримки; 2. Використання можливостей програмування; 3. Зміна ресурсів (оцінка готовності та можливостей); 4. Пропозиції щодо змін.

Таблиця 5. Постановка реабілітаційної мети \*

Оцінка реабілітаційної готовності	Встановлення похибкових критеріїв	Опис альтернативного оточення	Встановлення мети
Припущення про потреби пацієнта	З'ясування цінностей	Визначення альтернатив	Визначення критеріїв
Підтвердження згоди на зміни	Аналіз життєвого досвіду	Уточнення основних характеристик	Оцінка альтернативного оточення
Оцінка поінформованості	Припущення про особисті критерії	Вивчення альтернативного оточення	Формулювання мети
Виділення потреби у спілкуванні	Так / ні	Так / ні	Так / ні
Висновок про готовність	Так / ні	Так / ні	Так / ні

Примітка. \* – адаптовано із [3].

- клінічні (медичні): зміна вираженості психічних розладів; тривалість ремісії, частота загострень і повторної госпіталізації;
- соціальні: зміни показників СФ, якість життя;
- економічні: мікроекономічні – полегшення економічного тягаря для родини, макроекономічні – вартісна ефективність.

Для оцінки рівня соціальної недостатності та ефекту реабілітаційного втручання використовують різні методи. Сьогодні це різноманітні шкали та опитувальники, які дозволяють дати характеристику суб'єктивним та об'єктивним показникам СФ (методики оцінки якості життя, методики оцінки вираженості симптомів розладу, різні шкали соматичного, когнітивного, афективного, економічного статусу тощо). Багато з таких методик розроблено за кордоном, тому необхідні їх валідація та стандартизація для використання в Україні.

Медико-соціальна реабілітація виходить за межі суто медичного аспекту допомоги особам з психічними розладами. Виходячи із мети, завдань та різноманітних впливів для її успішного здійснення необхідне впровадження принципу роботи мультидисциплінарних бригад з хворими. Уся діяльність з реабілітації осіб з ОЖ та СН має бути системною і комплексною та повинна здійснюватися сукупністю різних установ медико-соціальної сфери, незалежно від їх належності до систем соціально-го захисту, охорони здоров'я, культури й спорту тощо.

## Висновки

За результатами досліджень та теоретико-методологічного аналізу принципів, змісту, структури, технології медико-соціальної реабілітації психічно хворих встановлено, що процес реабілітації повинен у обов'язковому порядку бути цілісним та комплексним. Вилучення або пропущення того чи іншого напрямку або форми реабілітації призводить до зворотної появи ОЖ та СН пацієнтів з обмеженими можливостями. Водночас виконання ІПР не означає, що медико-соціальні заклади, які надають допомогу пацієнту, можуть обмежитися лише наданням матеріальної допомоги (пенсії). Цілісність людської особистості, усі прояви якої взаємозалежні, а також і цілісність соціального буття обумовлює реабілітаційний процес психічно хворих, який має початок, але не має кінця.

## Список використаної літератури

1. Державна типова програма реабілітації інвалідів [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL : [http://www.kmu.gov.ua/control/public/article?art\\_id=58216260](http://www.kmu.gov.ua/control/public/article?art_id=58216260). – Заголовок з екрана.
2. Ентоні В. Психіатрична реабілітація : пер. з англ. / В. Ентоні, М. Коен, М. Фаркас. – К.: Сфера, 2001. – 298 с.
3. Effectiveness of technical assistance in the development of psychiatric rehabilitation programs / P. B. Nemeec, R. Forbess, M. R. Cohen [et al.] // J. Ment. Health Adm. – 1991. – Vol. 18, № 1. – P. 1–11.
4. Frey W. D. Functional assessment in the 80s: A conceptual enigma, a technical challenge / W. D. Frey // Functional assessment in rehabilitation / ed. by A. S. Halpern, M. J. Fuhrer. – Baltimore: P.H. Brookes Pub. Co., 1984. – P. 11–43.
5. Wood P. H. Appreciating the consequences of disease: the international classification of impairments, disabilities, and handicaps / P. H. Wood // WHO Chron. – 1980. – Vol. 34, № 10. – P. 376–380.

ПРИНЦИПЫ, СТРУКТУРА И ТЕХНОЛОГИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ  
Г.А. Приб

В статье рассмотрены теоретические взгляды на формирование принципов, структуры и технологии медико-социальной реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами.

**Ключевые слова:** медико-социальная экспертиза, ограничения жизнедеятельности, социальная недостаточность.

PRINCIPLES, STRUCTURE AND TECHNOLOGY OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS  
G. Prib

The article covers theoretical notions on formation of principles, structure and technology of medical and social rehabilitation of people with mental disorders.

**Key words:** medico-social expert evaluation, criteria of disability, social failure.

УДК 616.35-006-089.87:316.6

С.В. Мерліч

## ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ З РОДИНОЮ ЯК ЕТАП КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОНКОХВОРОГО

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

### Ключові слова:

онкохворий пацієнт,  
медико-психологічний  
супровід родини  
онкохворого,  
мультидисциплінарна  
команда.

Метою нашої роботи була організація комплексного медико-психологічного супроводу родини онкохворого, який переніс оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, на амбулаторному етапі лікування, та перевірка її ефективності. До мультидисциплінарної команди, яка організувала супровід родини онкохворого на амбулаторному етапі лікування, входили лікарі-онкологи, середній та молодший медичний персонал, психологи, соціальні помічники, волонтери, представники громадських організацій. Проведення заходів комплексного мультидисциплінарного медико-психологічного супроводу родин онкохворих, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, на амбулаторному етапі лікування дозволяє значно поліпшити якість життя пацієнтів, поновити їх соціальні зв'язки та адаптивне функціонування й значно покращити психоемоційний стан 89,18% обстежених.

Онкологічне захворювання члена родини має психотравматичний вплив на інших її членів [1–6]. Це часто пов'язане зі зміною звичного ритму життя, зменшення турботи та уваги батьків, зростанням сімейного напруження, матеріальними обмеженнями. Психоемоційний стан осіб, які знаходяться в близькому оточенні онкологічного хворого, тісно пов'язаний зі змінами у фізичному та психічному стані хворого [2]. Водночас психологічне самопочуття пацієнта залежить від емоційного стану членів його родини та близьких друзів [3, 4].

### Матеріали та методи дослідження

На базі Одеського обласного онкологічного диспансеру за умови інформованої згоди обстежено 324 особи, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми.

Серед загальної кількості обстежених було відібрано 311 особу віком від 45 до 63 років, з яких за статеву належністю було сформовано дві групи дослідження (154 чоловіки – Г1 та 157 жінок – Г2). У осіб чоловічої та жіночої статі, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, було визначено порушення психоемоційного стану, соціального функціонування, а також загострення характерологічних рис, що негативно впливали на процес відновлення здоров'я пацієнта після операції, а також погіршували якість його життя. Для проведення корекційної роботи методом сліпої рандомізації раніше досліджені групи

пацієнтів було поділено на чотири групи втручання (з них дві основні групи (ОГ) та дві групи порівняння (ГП)): чоловіки – ОГ1 (79 осіб) та ГП1 (75 осіб); жінки – ОГ2 (79 осіб) та ГП2 (78 осіб). В усіх ОГ впродовж року на тлі амбулаторного ведення хворого лікарем-онкологом проводився комплексний мультидисциплінарний медико-психологічний супровід онкохворих. В обох ГП хворі отримували виключно набір процедур, які передбачено стандартами надання допомоги онкохворому після формування кишкової стоми на амбулаторному етапі лікування.

### Результати та їх обговорення

Робота з родиною на амбулаторному етапі лікування допомагала у взаєморозумінні, підтримці і створенні адекватного мікроклімату у сім'ї пацієнта [1].

Робота з сім'єю онкохворого мала три складові: інформаційний (теоретичний) блок, комунікативний тренінг, системна сімейна психотерапія.

До теоретичного блоку входило проведення лекційних занять, які містили інформацію щодо сучасного стану проблеми онкопатології. Також надавали інформацію щодо психологічних особливостей онкохворого та порушень його соціального функціонування. Підкреслювалась важливість участі родини в системі надання комплексної допомоги такому хворому.

Комунікативний тренінг для членів родини онкохворого був побудований на основі поведінкової терапії.