

щейся с заболеваниями сердечно-сосудистой системы / И. В. Демко, Н. В. Гордеева, М. М. Петрова, И. П. Арпюхов // Тер. архив. – 2007. – № 9. – С. 60–65.

7. Доля О. М. Стан серцево-судинної системи у хворих на бронхіальну астму та при її поєднанні з артеріальною гіпертензією і ефективність медикаментозної корекції: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 20.01.2006 / О. М. Доля. – Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського – Симферополь, 2006. – 20 с.

8. GINA Report, Global Strategy For Asthma Management And Prevention. – 2012. – <http://www.ginasthma.org>.

9. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.07 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія».

10. Черняк А. В. Эффективность беклометазона дипропионата при длительном применении у больных бронхиальной астмой / А. В. Черняк, Г. М. Сахарова, А. Г. Чучалин // Пульмонология. – 1998. – № 3. – С. 76.

11. Наказ МОЗ України № 507 від 28.12.2002 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія».



УДК 613.015.616.24-002.5-616-036.086

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ПРИ ОГЛЯДІ У МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ЕКСПЕРТНИХ КОМІСІЯХ

В. П. Бондарь, Ю. В. Жадова

КЗ «Кіровоградське обласне бюро медико-соціальної експертизи»

Резюме

В статье отображаются вопросы психодиагностической работы психолога с инвалидами, больными туберкулезом, в условиях МСЭК, социально-психологические особенности больных туберкулезом. Основным вопросом, освещаемым в статье, есть реакция инвалидов на болезнь и изменения в психике, которые предопределены заболеванием. Отдельно выделен вопрос профессиональной реабилитации и ориентации, которая является важнейшим фактором в социально-психологической реабилитации.

Ключевые слова: реакция на заболевание, туберкулез, психологическое обследование, медико-социальная экспертная комиссия, реабилитация.

Summary

In the article the question of psychodiagnostic work of psychologist is represented with invalids which ill tuberculosis in the conditions of MSEK. There are socialpsychological features of patients with tuberculosis. Basic question which lights up in the article is "A reaction of invalids is on a disease and changes in a psyche, which are predefined a disease". The question of professional rehabilitation and orientation which is a major factor in a socialpsychological rehabilitation is separately selected.

Keywords: reaction on a disease, tuberculosis, psychological inspection, medical-social expert commission, rehabilitation.

Робота психологів на медико-соціальних експертних комісіях спрямована на вивчення психологічного стану хворих, що направлені на МСЕК, через індивідуальний підхід до вирішення проблем реабілітації та адаптації. Важливим є з'ясувати, чи буде соціально-психологічний стан інваліда сприяти його реабілітації, чи має хворий зовнішні стимули для досягнення реабілітаційних цілей. Для реабілітаційного ефекту, який у пода-

льшому матиме позитивний характер, велике значення відіграють психофізіологічний потенціал інваліда та особистісний потенціал. З вищевказаного стає очевидним, що розвиток реабілітаційного направлення вимагає вивчення ролі особистості хворого, його позиції щодо свого захворювання, лікування, від цього залежить перебіг реабілітації та активна участь у ній хворого.

Основною метою є: визначення психологічних аспектів психотравмуючого впливу туберкульозу на хворих та ситуації інвалідизації; обґрунтування проблеми розвитку патологічних змін на рівні порушення смисложиттєвих орієнтацій; визначення соціально-психологічного стану, який буде сприяти реабілітації інваліда. Важливим є визначення установки інваліда на працю, оцінки властивостей нервової системи та темпераменту.

Ставлення до хвороби, по суті, інтегрує всі психологічні категорії: це і знання про хворобу, її розуміння особистістю, розуміння ролі та впливу хвороби на життєве функціонування, емоційні та поведінкові реакції, пов'язані з хворобою. Стратегія адаптивної чи дезадаптивної поведінки хворих припускає різноманітні варіанти: активну боротьбу з хворобою, прийняття ролі хворого, ігнорування хвороби та інші захисно-прилаштовані механізми особистості. Очевидно, що відношення до хвороби проявляється в поведінці хворого, його відносинах з лікарським персоналом та рідними, ставленням до лікування та майбутнього.

Основні методи роботи з хворими:

- Психологічне вивчення хворих, що включає диференційну оцінку реакцій на хворобу.
- Предметом вивчення також може бути тип ставлення до хвороби, що має вплив на інші системи відношень особистості.
- Виявлення зони психотравмуючих переживань та суттєвості психологічного конфлікту.
- Характеристика основних психічних процесів та станів (тривоги, депресії).
- Спрямованість хворого на працю.
- Визначення ознак у хворих, які в подальшому негативно впливатимуть на реабілітацію.
- Психологічна корекція рентної поведінки.

Так, якщо зробити акцент на психологічних аспектах у розрізі нозологій, а саме: у хворих на туберкульоз, можна відзначити першочерговою проблемою, з якою стикаються хворі, первинну реакцію на захворювання, тобто психотравма, яка виникає внаслідок оголошення діагнозу та через критичну оцінку свого стану хворими.

Хворі приходять на МСЕК уже зі стійкою позицією до свого захворювання та характерними змінами в психологічному статусі, тобто тривогою, дратівливістю, агресією, страхами, змінами настрою, симптомами негативізму тощо.

Процес лікування будь-якого захворювання відображає значною мірою дії низки психологічних факторів, які позитивно чи негативно впливають на його ефективність. Перешкодою, яка заважає успішному лікуванню хворого, є відсутність розуміння з боку оточуючих. Порушення проявляються підвищеною чутливістю та дратівливістю, зниженням працездатності, зміною настрою, фобіями, депресією, яка переходить на більш пізніх етапах захворювання в ейфорію. Відзначається також послаблення пам'яті та інтелекту, патологічна замкненість. Вагоме місце в психологічній картині при туберкульозі займають іпохондричні порушення – фіксація хворих на своїх фізичних функціях, безліч

скарг на здоров'я, тенденція до виходу в хворобу, схильність до істеричних реакцій в умовах стресу. Характерні також порушення з соціальною дезадаптацією: асоціальні тенденції, зневага загальноприйнятими нормами, ригідність психічних процесів. Такі характерологічні особливості можуть ускладнювати контакти хворих у сфері спілкування, призводити до додаткових стресових та конфліктних ситуацій. Хворих на туберкульоз вирізняють також дефекти в адаптивній системі: загальне погане пристосування, недостатня стійкість структури особистості зі зниженням здатності протидіяти дезорганізуючим явищам – імпульсивності, несвідома тенденція трансформувати психічну напругу в умовах стресу в соматичні симптоми, як засіб зняття психічної напруги. Сюди ж належать і проблеми хворих на туберкульоз, які виникають у зв'язку з появою рівня домагання та визначення важливості власного авторитету в очах значущих для них людей.

За результатами психологічного обстеження хворих на туберкульоз, первинно визнаних інвалідами, можна зробити висновок, що у багатьох хворих зустрічається недовіра, настороженість, оточення сприймається як вороже. Послаблений контроль над власною підозрілістю.

Спостерігається втрата довіри до близьких людей, руйнуються всі значущі цінності. Порушена первинна довіра до оточуючого світу. Присутнім є захисний механізм витискування зі свідомості інформації, яка знижує самооцінку. Характерними змінами в психологічному стані є самотність, ізоляваність від інших. Хворі егоцентричні й тому образливі. Відчувають, що потрапили в неприємну ситуацію та безсилі виправити це становище. Розгнівані та роздратовані, оскільки мають сумнів, що зможуть досягти своїх цілей та фрустровані до стану нервового виснаження. Прагнуть подолати відчуття спустошення та відокремленості від інших.

У хворих на туберкульоз, які повторно проходять огляд у МСЕК, можна помітити центральне значення переживань страху та тривоги, які можуть виражатись у скритій, або у відкритій формі, мати різні прояви. В першу чергу, це пов'язано з тривалим лікуванням та відривом від звичного способу життя.

При використанні особистісного опитувальника Бехтеревського інституту (ЛОБІ), направленого на визначення типу особистісної реакції на хворобу при обстеженні хворих на туберкульоз було виявлено, що при дисемінованому, інфільтративному та вогнищевому туберкульозі переважають гармонійний та ейфоричний типи; має не виражений характер апатичний та егоцентричний типи, особливо при вогнищевому туберкульозі легень. При фіброзно-кавернозному туберкульозі переважають неврастенічний, сенситивний типи, внелегеновому туберкульозі – тривожний тип. Разом з розладами невротичного кола у хворих відзначено зростання афективно-поведінкових порушень. Важливою є робота з хворими, які мають анозогнозичний тип відношення до хвороби, який є проявом активного відкидання думки про хворобу,

про можливі її наслідки. Щоб зберегти хворобу, як гарантію інвалідності, не розуміючи важкості свого стану хворі припиняють лікування, туберкульоз набуває резистентні форми, існує небезпека зараження оточуючих резистентним туберкульозом, який важко піддається лікуванню. Велике значення має соціальний фактор – це низький матеріальний рівень життя більшості хворих на туберкульоз, високий процент асоціальних хворих, які вийшли з місць позбавлення волі. У таких хворих характерними змінами в психіці є агресія, підвищена тривожність. На такому етапі важливою є психокорекція, що спрямована на формування адекватного відношення до захворювання та до відновлюючих заходів, зняття тривоги, страху, реакцій невротичного характеру.

Високий рівень тривоги, фрустрації, ригідності відображає найчастіше ступінь невротизації хворого та може суттєво спотворювати його мотивації підкріпляти установки на інвалідність та перешкоджати успішній реабілітації. На цьому етапі важливим є питання професійної реабілітації, оскільки процес професійної орієнтації інвалідів ускладнює неблагонадійна самооцінка, невпевненість у собі, очікування невдачі, що може негативно позначитись на виборі професії, психологічна підтримка має ключове місце. У багатьох інвалідів працездатного віку при недооцінці важкості свого стану йде зниження хворого на працю. Основною метою професійної реабілітації є направленість

хворого на працю. Особливе значення це має для інвалідів, які не мають професії та не працювали. Психокорекція з такими хворими була спрямована на важливість розумової діяльності, активності, розширення і поглиблення знань, а також кола інтересів, тобто на формування мотивації до працевлаштування, здобуття освіти, самореалізації та адаптації в суспільстві. При роботі з цією категорією хворих ключовим значенням є визначення професійних інтересів, нахилів, оцінки трудової мотивації налаштування на навчання та перенавчання в спеціалізованих навчальних закладах-інтернатах.

Література

1. Волина Л. Н. Роль психотерапии в процессе лечения больных туберкулезом легких /Л. Н. Волина // Медицина в пенитенциарной системе России (сборник) – М.: Права человека, 2001. – С 82-86.
2. Бочанова Е. В. Изменения психики при заболеваниях органов дыхания [Электронный ресурс] / Е. В. Бочанова – 2009 – 77 с. <http://patient.ru/pats/?cont=article&artid>.
3. Горбунова Н. В. Социально-психологические особенности пациентов, больных туберкулезом / Н. В. Горбунова // Молодой ученый. – 2012. – № 11. – С. 350–353.
4. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия (Клиническая психология) – М. :Когито-Центр, 2005. – 376 с.



УДК 616-036.865-02:616-006.04

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КАК ПРИЧИНА ИНВАЛИДНОСТИ в г. СЕВАСТОПОЛЕ: ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВКК И МСЭК

Н. М. Тетерина, Д. Э. Ильясова

КЗ «Центральная городская медико-социальная экспертная комиссия»,
г. Севастополь

Резюме

В роботі представлені дані щодо захворюваності, інвалідності внаслідок злоякісних новоутворень у м. Севастополь. Зроблено аналіз даної когорти хворих за нозологічними формами, віком та якістю надання медичної допомоги. Отримані дані порівняно з середніми по Україні, наведені приклади співпраці ЛКК та МСЕК за даними питаннями.

Ключові слова: новоутворення, інвалідність.

Summary

This article presents data on morbidity, disability caused by malignancies in Sevastopol. The analysis of this cohort of patients by entities that age and quality of care was made. The data compared with the average for Ukraine, are examples of cooperation between medical advisory commissions and medical and social expert commissions for these issues.