

УДК 615.82(075.8)

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-ПСИХІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ

В.О. Волошин, доктор медичних наук, професор, професор СК-15 Національної академії Служби безпеки України

Б.В. Михайлов, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти

С.А.Риженко, доктор медичних наук, професор, головний лікар КУ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»

Г.І. Тітов, доктор медичних наук, доцент кафедри охорони здоров'я Дніпропетровського медичного інституту традиційної і нетрадиційної медицини

С.М.Мороз, доктор медичних наук, завідувачка Дніпропетровського обласного психосоматичного центру, КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова», професор Дніпропетровського медичного інституту традиційної і нетрадиційної медицини

І. П. Яворська, практичний психолог Дніпропетровського обласного психосоматичного центру КУ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»

Р.П. Хаїтов, лікар-невропатолог КУ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»

Резюме. В статті висвітлюються основні принципи етапності організації медико-психологічної реабілітації постраждалих в зоні бойових дій, обґрунтовується алгоритм складання індивідуального плану медико-психологічної реабілітації, визначаються шляхи удосконалення системи організації медико-психологічної реабілітації з урахуванням досвіду, набутого при проведенні антитерористичної операції на сході України (АТО).

Ключові слова: зона бойових дій, постраждалі, медико-психологічна реабілітація, організація.

Вступ. Указом Президента України № 150/2015 «Про додаткові заходи соціального захисту учасників антитерористичної операції», місцевим органам виконавчої влади делегуються повноваження щодо забезпечення першочергової уваги організації соціальної і медичної допомоги особам, які зазнали шкоди під час перебування в зоні проведення антитерористичної операції на сході України (АТО). Це особливо важливо для розробки майбутньої стратегії формування національної ідеї та національної спільності народу суверенної демократичної держави. [1].

Ситуація знаходження в зоні бойових дій в умовах відкритого військового протистояння запускає механізм кризового стану людини. Головний зміст цієї кризи - накопичення протиріч у вже сформованій актуальній соціальній ситуації: між можливостями і

системою смислових зав'язків зі світом, між зовнішніми обставинами і внутрішніми умовами розвитку особистості [2]. Під соціальною ситуацією в даному випадку розуміється не саме середовище, а те, що знаходиться за межами особистості у вигляді сукупності об'єктивних зовнішніх чинників, зовсім особливе поєднання внутрішніх процесів і зовнішніх умов. У результаті змін у соціальному стані, викликаних перебуванням в зоні проведення АТО, змінюється її внутрішня позиція по відношенню до всіх обставин життя, відбувається змінення життєвих інтересів, ієрархії мотивів і потреб, перспективи життя, характер орієнтації на майбутнє. Це ускладнюється тим фактом, що в більшості випадків ті, хто потрапив у таку екстремальну життєву ситуацію, є особистостями, з вже сформованими в попередні періоди

особливостями психічної організації: особливостями когнітивної сфери, сформованої мотиваційної структурою і рівнем оцінки своїх можливостей і очікувань. Людина активно внутрішньо намагається адаптуватися в новій ситуації, що супроводжується формуванням особистісно-реактивних новоутворень - компенсаторних, пристосувальних, але частіше за все дезадаптивних [3]. Таким чином, найбільш актуальною стає проблема створення комплексної системи надання медико-психологічної реабілітації постраждалим, які перебували в зоні проведення АТО [4, 5].

Мета дослідження: розробити і обґрунтувати удосконалену системи організації проведення медико-психологічної реабілітації постраждалих в зоні бойових дій з урахування досвіду, набутого в процесі проведення АТО на сході України.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проводились з використання соціально-гігієнічних методів: бібліосемантичного, системного аналізу, безпосереднього спостереження [6].

Результати дослідження та їх обговорення. Існуючий практичний досвід свідчить, що система медико-психологічних реабілітаційних заходів повинна базуватися на трьох основних принципах:

комплексності, яка може бути забезпечена тільки при мультидисциплінарному методичному підході;

спадковості на всіх етапах реабілітаційного процесу;

індивідуального характеру побудови реабілітаційної програми.

Виходячи з цього, стає зрозумілим необхідність планування для кожного постраждалого суб'єкта окремого переліку медико-психологічних заходів, які базуються на клінічному, психіатричному, психотерапевтичному, реабілітаційному діагнозах і психологічному висновку. Саме такий порядок вирішення цієї проблеми дозволить визначити не тільки спеціальні лікувальні заходи (оперативне втручання, протезування, лікувальну терапію,

фізіотерапевтичні методи, психотерапію, психологічне консультування), але і реабілітаційний потенціал для кожного постраждалого.

Медико-психологічна реабілітація в залежності від тяжкості стану пацієнта повинна здійснюватися в три етапи.

Перший етап реалізується в гострий період перебігу захворювання або травми в відділеннях реанімації та інтенсивної терапії лікувальних закладів за профілем основного захворювання при наявності підтвердженої результатами обстеження перспективи відновлення функцій (реабілітаційного потенціалу) і відсутності протипоказань до методів реабілітації

Другий етап повинен здійснюватись в ранній відновний період перебігу захворювання або травми, в подальший реабілітаційний період, а також в період наявності залишкових явищ перебігу захворювання, при хронічному його перебігу поза стану загостренням в стаціонарних умовах лікувальних закладів (реабілітаційних центрах, відділеннях реабілітації).

Третій етап реалізується в ранній і пізній реабілітаційний періоди, період залишкових явищ перебігу захворювання, при хронічному перебігу захворювання поза загостренням.

Що стосується психотерапевтичних заходів, то для кожного потерпілого також повинна бути складена окрема поетапна програма психотерапевтичної реабілітації [7].

Так, на першому (медичному) етапі проводиться діагностика особливостей емоційно-динамічного патерну особистості, виявлення і кваліфікація існуючої психопатології, діагностика організації особистості, оцінка якості життя, модус медикаментозної терапії, вибір психотерапевтичного втручання з урахуванням психофеноменологічного статусу потерпілого, реалізація психотерапевтичних впливів в рамках медичної моделі психотерапії,

Другий (психологічний) етап передбачає проведення психологічної діагностики особливостей, визначення рівня їх готовності

до подальшої психотерапевтичної реабілітації і професійної адаптації, реалізації психокорегуючих впливів в рамках психологічної моделі психотерапії, професійна орієнтація,

Третій (соціально-психологічний) етап передбачає включення постраждалого в соціальну роботу, розширення кола соціальних відносин, його правова освіта, участь в релігійних практиках, проведення соціальних тренінгів (робота із залученням соціально-реабілітаційних центрів, релігійних центрів),

На четвертому (професійному) етапі повинно проводитись професійне навчання і перенавчання з урахуванням стану здоров'я постраждалого і прогнозу його подальшої трудової діяльності, раціональне працевлаштування (робота із залученням центрів зайнятості та соціально-реабілітаційних центрів).

Основними напрямками комплексної програми медико-психологічної реабілітації постраждалих в наслідок перебування в зоні бойових дій повинні стати:

організація надання медичної допомоги та проведення медико-психологічної реабілітації як невід'ємного компонента лікувального процесу;

організація і проведення соціально-психологічної реабілітації та реадaptaції постраждалих до умов існуючої життєвої ситуації, що включає проведення сімейної і професійної реабілітації. Остання повинна передбачати терапію середовищем, духовно-релігійні практики.

Відомо, що відновлення, пристосування або формування компенсаторних механізмів завжди є складним і багатогранним процесом.

Індивідуальний перебіг захворювання, анатоμο-морфологічна різноманітність варіантів враження, індивідуальні особливості метаболізму, процесів нейротрансмісії, психологічного, імунного, ендокринного статусу, своєчасність надання спеціалізованої медичної допомоги та початку медико-психологічної реабілітації обумовлюють варіабельність клінічних проявів хвороби,

динаміки стану навіть у випадках подібного характеру, локалізації та розмірів ступеня враження.

Запропонований методологічний підхід до організації медико-психологічних реабілітаційних заходів заснований на понятті єдності фізичного і психічного в структурі компенсаторних можливостей людського організму, як єдиного цілого, що обумовлює необхідність ранньої, комплексної, всебічної оцінки патологічного процесу з врахуванням особливостей ушкодження різних функціональних систем організму в цілому.

Мультидисциплінарна медико-психологічна реабілітація повинна бути почата якомога раніше з моменту першої можливості надання медичної та психологічної допомоги. Вона повинна являти собою комплекс інтенсивних, патогенетично і саногенетично спрямованих, максимально індивідуалізованих, безперервних і спадкоємних заходів, що проводяться на тлі диференційованої медикаментозної терапії, обумовлених не тільки соматичним діагнозом, а й психічним станом пацієнта.

Таким чином, медико-психологічна реабілітація повинна включати заходи щодо відновлення і запобігання дезадаптації будь-якого рівня функціонування людини, що дозволить досягти максимальної фізичної, психологічної, соціальної, професійної, духовної та економічної повноцінності індивіда, на яку він здатний в рамках існуючих обмежень життєдіяльності. При такому розгляді питання слід припустити, що не завжди можливо досягати стану повної відновлення функцій організму в повному обсязі. У зв'язку з цим виникає проблема необхідності організації постійного динамічного контролю за станом хворого для здійснення необхідної корекції процесу медико-психологічної реабілітації, оцінки ефективності цих заходів та оптимізації життєдіяльності не тільки потерпілого, але і його оточення.

Ефективність проведення медико-психологічної реабілітації багато в чому буде залежати від реабілітаційного потенціалу індивіда.

Реабілітаційний потенціал постраждалого – це інтегральна оцінка і прогноз можливостей хворого до одужання або функціональному відновленню, засновані на об'єктивних даних про характер, форми і тяжкість захворювання, а також на аналізі сукупності індивідуальних когнітивних, емоційних, мотиваційних, психологічних і морально-етичних особливостей самого хворого. Виходячи з цього, на нашу думку, можна виділити наступні складові реабілітаційного потенціалу: біомедичну (саногенетичну), психологічну, професійну (трудова), соціальну.

Отже, структура індивідуального медико-психологічного плану реабілітації постраждалих повинна враховувати реабілітаційний, психіатричний, клінічний і психотерапевтичний діагнози, психологічне заключення щодо його стану, а також його реабілітаційний потенціал.

Відповідно до цього визначається тактика проведення медико-психологічної реабілітації, а, в подальшому, після оцінки її ефективності проводиться його корекція (рис.1).

Ефективність проведення заходів з медико-психологічної реабілітації залежить від своєчасності, чіткої координації заходів, що проводяться значною кількістю фахівців. Вони повинні працювати як єдина команда з чіткою узгодженістю дій, що забезпечує цілеспрямований підхід в постановці цілей і реалізації завдань повної реабілітації і реадaptaції пацієнта. Для досягнення ефективності реабілітаційного процесу серед постраждалих у зоні бойових дій, на нашу думку, доцільно створювати на регіональному рівні функціональні координаційні центри реабілітації постраждалих для узгодження дій всіх необхідних ланок реабілітаційного процесу.



Рис.1. Алгоритм складання індивідуального плану медико-психологічної реабілітації постраждалих в зоні бойових дій

При поступленні великої кількості постраждалих із зони бойових дій для підвищення ефективності та результативності медико-психологічна реабілітація повинна організаційно проводитись наступним чином:

амбулаторно-консультативне лікування в умовах поліклініки (передбачає консультативне спостереження профільного спеціаліста);

лікування в умовах денного стаціонару (спостереження і лікування в денний час з перебуванням вдома в інший час доби);

стаціонарне лікування (в умовах, що забезпечують цілодобовий медичний нагляд та лікування);

санаторно-курортна реабілітація;

підтримуюча терапія з використанням різних форм соціальної групової терапії.

Запропонована система повинна мати гнучку структуру і високу ступінь взаємодії з соціальними службами та з медичними закладами, що надають допомогу цьому контингенту постраждалих і хворим. Це, в свою чергу, дозволить досягнути максимально повної реабілітації та соціальної адаптації постраждалих, зниження рівня соціальної напруги у суспільстві, оскільки сприятиме їх інтеграції в соціальне життя регіону.

Отже, підводячи підсумок викладеного, на нашу думку, комплексна функціонально-структурна модель організації реабілітаційних заходів серед постраждалих, що поступили із зони бойових дій, повинна враховувати не тільки медичні та психологічні аспекти, але й, що соціальну складову цього процесу (рис.2).

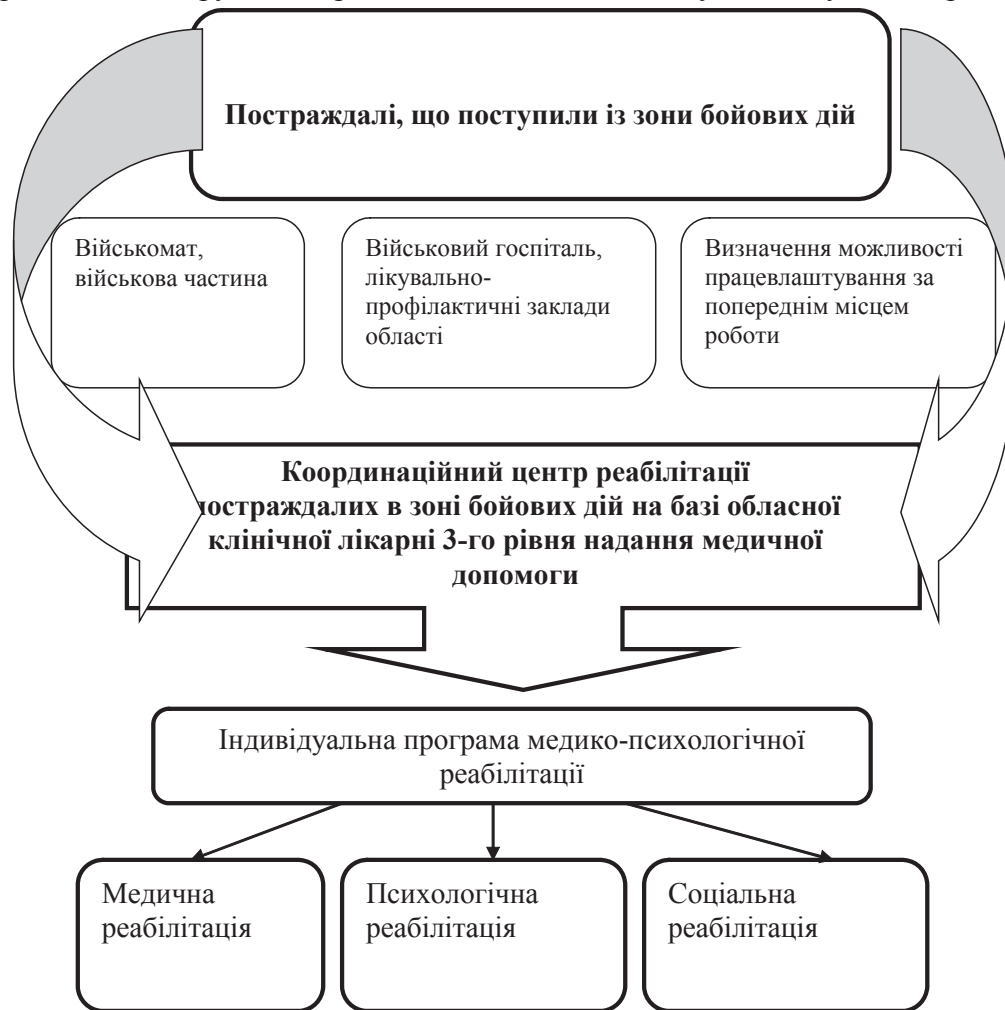


Рис. 2. Комплексна функціонально - структурна модель організації медико- психологічних реабілітаційних заходів серед постраждалих в зоні бойових дій.

Висновки

Таким чином, слід вважати, що медико-психологічна реабілітація постраждалих в зоні бойових дій - це комплексний процес, метою якого є компенсація фізичних або психічних ушкоджень, отриманих в період перебування в екстремальних умовах, і наступних негативних впливів цих пошкоджень на життя, здоров'я і соціальну адаптацію постраждалих. Для досягнення найкращого для постраждалих повернення в соціум необхідна реалізація комплексного реабілітаційного підходу, який

спрямований не тільки на лікування наявної патології, а й на усунення виниклих при цьому порушень на всіх інтеграційних рівнях функціонування організму, пов'язаних з виникненням і розвитком цієї патології. Це дозволить об'єднати розрізнені центри медико-психологічної і соціальної допомоги і зробити реабілітацію комплексною і всеосяжною, та уникнути безлічі діагностичних і тактичних лікувальних помилок, а також прискорити соціальну адаптацію постраждалого.

Література

1. Травмы войны. Тысячи украинцев нуждаются в психологической помощи / И.Я.Пинчук // <http://news.bigmir.net/ukraine/859940-Travmi-voini-Tisyachi-ukraincev-nyjdautsya-v-psihologicheskoi-pomoshi>

2. Михайлов Б.В. Инвалидность как хроническая психотравмирующая ситуация / Б.В. Михайлов, С.М., Мороз // Архив психиатрии. – 2008. – Т.14, № 2 (53). – С.4-8.

3. Погодина Т.Г. Структура посттравматических нервно-психических расстройств у участников локальных вооруженных конфликтов // Неврологический вестник. - 2004. - Т. XXXVI, вып. 1-2. - С.16-20.

4. Fleminger S., Ponsford J. Long term outcome after traumatic brain injury // Br. Med. J. — 2015. — 331. — 1419-20.

5. Prigatano G.P. Rehabilitation intervention after traumatic brain injury // BNIQ. — 2012. — 4. — 30-7.

6. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під. Аг. Ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.

7. Ипатов А.В. Психотерапевтические аспекты индивидуальной программы реабилитации инвалидов с хроническими соматическими заболеваниями и пути повышения ее эффективности / А.В. Ипатов, Б.В. Михайлов, С.М. Мороз // Архив психиатрии. – 2009. – №3-4. – С. 67-71.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Савицький В.Л.