

Мальцева О.Б., Качанова В.В., Стряпко Я.І., Дуб М.М., Самойленко Т.М.

Актуальність надання комплексних послуг хворим на бронхіальну астму, що мають інвалідність

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра основ здоров'я
Ужгородська міська поліклініка, відділення реабілітації

Характерним проявом бронхіальної астми (БА) є багаторічний перебіг хвороби, і це незаперечний травмуючий фактор для психіки хворого, що порушує плани на майбутнє, змінює весь спосіб життя, соціальний та економічний статус. Важкий перебіг впливає на відносини з близькими та родичами, членами суспільства загалом.

Формування психоемоційних розладів (ПЕР) у хворих при патології сприяє поступовому виникненню «замкненого кола» в перебігу захворювання, виникають перепони психологічного спрямування щодо адекватної відповіді організму хворого як на медикаментозне лікування в період загострення, так і на всі інші прийоми та методи у період поза загостренням, що входять к комплекс реабілітації, які б могли допомогти хворому відновити нормальне дихання, покращити якість життя (ЯЖ) загалом [1–4].

Хворі на БА, що мають інвалідність – значна медично-психологічна проблема сучасної пульмонології, що потребує різнобічної корекції та розширення комплексних послуг нетрадиційного спрямування, що дало б можливість пацієнтам скоротити періоди «нездоров'я», подовжити періоди відносної стабілізації у стані здоров'я, допомогти хворим краще адаптуватися до змін окремих показників довкілля та соціуму. Елементи психокорекції патогенетичного спрямування сприяють зменшенню загальної напруженості та коливань настрою, зменшенню ознак психологічного негативізму [5–7].

Мета. Підвищити ефективність реабілітації хворих на бронхіальну астму, що мають інвалідність.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилось 23 хворих персистуючої БА середньо-важкого перебігу, інфекційно-алергічної форми, частково контрольованої, всі пацієнти стояли на диспансерному обліку і протягом 5-7 років знаходились на інвалідності (2 і 3 групи). Комплекс клініко-лабораторного та функціонального обстеження хворих відповідав стандартному протоколу. Окрім того, були використані стандартизовані та модифіковані опитувальники щодо особливостей перебігу БА, відповідність даних показникам ЯЖ загалом (опитувальник SF-36), а також для виявлення та деталізації ознак ПЕР (тест нервово-психічної адаптації для експрес-оцінки психічного стану, Гурвич І.Н., 1992).

В комплекс послуг, що були запропоновані хворим, входили методики збільшення фізичної активності, дихальні вправи, звукова гімнастика, навчання пацієнтів оздоровчому диханню загалом, прийоми раціональної психотерапії (РПГ). Проводилися бесіди з пацієнтами, з формуванням впевненості виконувати надані рекомендації, в тому числі щодо певних змін способу життя: режиму харчування, праці та відпочинку, необхідності планування при вирішенні побутових проблем. В доступній формі хворим давали роз'яснення щодо особливостей перебігу хвороби, намагаючись сформувані адекватне відношення і розуміння виникнення окремих симптомів (формування невірної поняття про свою хворобу було значним негативним фактором в проведенні психопрофілактики). В результаті чітких, логічних переконань створювались передумови для формування у хворих довіри у стосунках. Розкривались та уточнювались причини та джерела психотравмуючої ситуації, яку переживає хворий, з тим, щоб допомогти в процесі психотерапії усвідомити причину поведінки або переживань, здатних спровокувати напад нападу задухи, сконцентрувати зусилля на попередженні та недопущенні її виникнення.

При складанні комплексу вправ ЛФК як засобу покращення стану фізичного здоров'я шляхом активізації способу життя та підвищення рівня фізичної підготовленості враховували, що розробка ефективних заходів щодо зміцнення здоров'я хворих має ґрунтуватися і на формуванні активної позиції пацієнта – позитивної мотивації (розуміння того, заради чого виконується конкретна діяльність). Чим більш значущі мотиви, тим вищий рівень функціонального стану буде досягнутий.

Результати. До початку виконання програми клінічний стан всіх хворих БА відповідав важкості захворювання, що було підтверджено результатами лабораторного та функціонального методів досліджень. Психоемоційні порушення знаходилися на рівні середніх – 9 (40%) хворих та значних – 14 (60%) хворих. З переліку показників ЯЖ найбільші неблагоприємні зміни були зафіксовані: фізичне функціонування – $55,3 \pm 11,7$ бали (норма $77,1 \pm 9,0$ балів), значення емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності – $41,4 \pm 10,0$ бали (норма $67,31 \pm 3,3$ бали), показник психічного здоров'я – зниження до $39,1 \pm 7,9$ бали (норма – $57,1 \pm 10,9$ бали)

Виконання програми потребувало подовження підготовчого періоду, тому що більшість пацієнтів спочатку не вірили в ефективність запропонованого комплексу, а частина вимагала тільки «швидких фармакопрепаратів», які б зняли окремі симптоми (задухи, задишки).

В перші дні та тижні фізична діяльність (ранкова гігієнічна гімнастика, дихальні вправи та звукова гімнастика, лікувальна гімнастика, самостійні заняття, лікувальна ходьба) характеризувалась невизначеністю дій, великою кількістю малоефективних рухових актів, дискоординацією, нестійкістю уваги та невпевненістю (зниження кількісного та якісного рівнів виконання діяльності) що підтверджувало знижену функціональну активність організму хворих на БА, його дієспроможність та працездатність.

Перебуваючи в стані з частково порушеними функціональними показниками (помірна задишка, прискорене серцебиття), пацієнти повинні були вольовим зусиллям стримувати бажання відпочити. На окремих етапах збільшувалося їхнє нервово-емоційне напруження, яке виявлялося в стомленості, подразливості, роздратуванні, негативних емоціях.

Поступово хворі усвідомлювали, що основою фізичних вправ є м'язова діяльність, біологічна роль якої має надзвичайно велике значення у житті людини, при цьому існує безпосередня залежність і тісний взаємозв'язок між м'язовою роботою і діяльністю внутрішніх органів, нормальним функціонуванням ЦНС. Виразність функціонального стану визначалася й індивідуальними особливостями пацієнта (темперамент, здібності, освітній рівень, соціальні умови тощо), однак головним було – свідома й активна участь хворого у процесі відновлення, усвідомлення зв'язку дихальних вправ та звукової гімнастики з емоціями. Показники якості зазнали позитивних змін (таблиця).

Таблиця

Динаміка показників якості життя у хворих БА під впливом комплексу ФР в амбулаторних умовах

Показник	До комплексу ФР n = 23		Після комплексу ФР			
			Позитивні зміни		Без змін	
	абс	%	абс	%	абс	%
2. Показники якості життя:						
<u>фізична працездатність, фізичне функціонування:</u>						
- задовільні	8	30	6	75	2	25
- низькі	15	70	10	67	5	33
<u>загальне сприйняття здоров'я, енергійність і життєздатність:</u>						
- задовільні	3	13	2	75	1	25
- низькі	20	87	15	75	5	25
<u>соціальна активність, емоційне функціонування:</u>						
- задовільні	3	13	3	100	-	-
- низькі	20	87	20	100	-	-

Повторне обстеження через три місяці показало важливість спрямування відновлювальних програм в напрямку індивідуалізації (і особливо це стосується контролю за пацієнтами щодо якості виконання програми). Було відмічено поступове розширення фізичної активності хворих загалом, при цьому пацієнти підтвердили необхідність і значення поняття «неперервність» в процесі повсякденної життєдіяльності. Окремі пацієнти відмічали, що інколи силою волі змушували себе перебороти просто лінощі чи неприємні відчуття, важкість дихання (що могли виникнути у процесі виконання вправ), заставляли себе бути більш активними при спілкуванні з рідними, знайомими тощо. Поступово зникали замкнутість, бажання ізолюватись та відгородитись від соціуму (в малих соціальних групах).

Висновок. Серед основних напрямків стратегії з охорони здоров'я населення передбачено наближення надання відновлювальних комплексних послуг до місця проживання пацієнтів з метою покращення стану здоров'я, забезпечення якості життя, надання медико-соціальної допомоги загалом. Для хворих на БА, що мають інвалідність, був запропонований комплекс, що включав збільшення фізичної активності, та прийоми психокорекції, що дало можливість пацієнтам відрегулювати режим життєдіяльності, побутової та суспільної поведінки, навчитись володіти емоціями. Прийоми позитивної мотивації та саморегулювання, фізична активність (в тому числі вправи на розслаблення, дихальні вправи), використання прийомів, – дозволили посилити впевненість хворих в можливостях свого організму в напрямку до покращення стану здоров'я.

Список використаної літератури

1. Донич С.Г. Факторы, определяющие характер течения бронхиальной астмы / С. Г. Донич // Международный медицинский журнал. – 2008. – № 2. – С. 61 – 64.
2. Фридман И.Л. Анализ качества жизни у больных бронхиальной астмой средней тяжести и тяжелой / И. Л. Фридман // Терапевтический архив. – 2011. – № 3. – С. 27 – 31.
3. Галамба А. А. Застосування показників якості життя у хворих на бронхіальну астму в практиці сімейного лікаря / А. А. Галамба, М. І. Товт-Коршинська // Сімейна медицина. – 2011. – № 1. – С. 30 – 33.
4. Колесников Д.Б. Современные взгляды на психосоматические заболевания / Д. Б. Колесников, С. И. Рапорт, Л. А. Вознесенская // Клиническая медицина. – 2014. – № 7. – С. 12 – 18.
5. Апанасенко Г.Л. Восстановительная медицина и превентивная реабилитация: постановка проблемы в Украине и России / Л. Г. Апанасенко // Медицинская реабилитация, курортология и физиотерапия. – 2009. – № 1. – С. 35 – 42.

6. Білошицький С.В. Можливості фізичної реабілітації при порушеному фізіологічному стані людини / С. В. Білошицький, С. І. Лазуренко // Збірник наукових праць «Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами». – Київ, Університет «Україна» 2013. – № 10 (12). – с. 313 – 325.

7. Погребняк О. О. Бронхіальна астма: огляд сучасних вітчизняних рекомендацій / О. О. Погребняк // Мистецтво лікування. – 2016. – №3-4. – С. 14 – 19.

Мирунок В.І., Романів О.П., Надь Б.Я.

Окремі аспекти нормативно-правового забезпечення соціокультурної реабілітації дітей-інвалідів в Україні

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання

Одним із найважливіших питань сучасності є питання дитячої інвалідності, що має загальнодержавне значення. За даними Міністерства охорони здоров'я України за період з 2015 по 2017 рік, спостерігається тенденція зростання кількості дітей-інвалідів. За статистичними даними рівень чисельності дітей-інвалідів зростає з 151,1 тис. осіб у 2015 році до 156,1 тис. осіб у 2017 році, а середній приріст за рік становить 1,58%.

Наявність тяжких розладів здоров'я у дітей породжує соціальну ізоляцію та дезадаптацію дитини, яка обумовлена труднощами в спілкуванні та самообслуговуванні. Паралельно сім'ї що виховують дітей-інвалідів зіштовхуються з проблемами надбання дитиною професійних навичок та подолання психологічного бар'єру у спілкуванні. Одним із різновидів реабілітації дітей-інвалідів є соціокультурна реабілітація – це комплекс заходів, що спрямовані на розробку психологічних механізмів, що сприяють внутрішньому росту й розвитку дітей, і відповідно відновленню соціальної інтеграції дитини у суспільстві. Також, це процес, в що допомагає досягти участь дитини-інваліда у соціальній взаємодії та забезпечує необхідний рівень культурної компенсації дитини-інваліда.

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, медико-соціальна реабілітація дітей-інвалідів досі залишається питанням що потребує вдосконалення.

Мета роботи: оцінка нормативно-правового забезпечення функціонування соціокультурної реабілітації дітей-інвалідів в Україні.

Матеріали та методи. Проведено вивчення і аналіз чинного законодавства України, нормативних та регламентуючих документів центральних органів виконавчої влади, результатів досліджень вітчизняних науковців в питанні функціонування та регулювання реабілітації дітей-інвалідів.

Результати. Соціальна реабілітація інвалідів – це система заходів, що направлені на відновлення дієздатності та здоров'я людини, її прав, соціального статусу та взаємозв'язків. Соціальна реабілітація дітей-інвалідів націлена на покращення життя та забезпечується реабілітаційними закладами та соціальними службами для молоді. На державному рівні заходи щодо реабілітації людей із інвалідністю визначені: Конституцією України; Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»; Законом України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям інвалідам»; Законом України «Про реабілітацію інвалідів в Україні»; Указом Президента України «Про заходи щодо створення сприятливих умов для забезпечення соціальної, медичної та трудової реабілітації інвалідів».

Згідно Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» соціальна реабілітація – це система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі у житті та родинно-побутової діяльності шляхом соціально-побутової адаптації, задоволення потреб у забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації. Згідно розділу 3, статті 12 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» систему реабілітації осіб з інвалідністю складають: органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, які здійснюють державне управління системою реабілітації осіб з інвалідністю; реабілітаційні установи для осіб з інвалідністю; будинки дитини; спеціальні та санаторні дошкільні навчальні заклади; дошкільні навчальні заклади (ясла-садки) комбінованого типу; дошкільні навчальні заклади (центри розвитку дитини) системи освіти; спеціальні загальноосвітні школи (школи-інтернати); загальноосвітні санаторні школи (школи-інтернати); установи соціального обслуговування осіб з інвалідністю; санаторно-курортні установи; протезно-ортопедичні підприємства; установи культури, санаторно-курортні та оздоровчі заклади громадських організацій; академічні та галузеві науково-дослідні, науково-методичні установи, які беруть участь у здійсненні державної політики у сфері реабілітації осіб з інвалідністю.

Основними принципами саме соціальної реабілітації є: здійснення відповідних заходів на початку виникнення проблеми; їх безперервність та постійність; комплексний характер програм; індивідуальний підхід до розробки реабілітаційних заходів. Відповідно важливими компонентами є комплексність та безперервність у житті реабілітаційних заходів. Невід'ємною частиною соціальної реабілітації є культурна реабілітація дітей-інвалідів – їх усвідомлення своєї ролі в суспільстві, роль своєї нації в світі та розвиток особистого потенціалу. Активізація соціально-культурних функцій конкретної особистості полягає у задоволенні основних соціальних потреб, виникненні бажання