

роботи з дітьми-сиротами, які мають проблеми у розвитку. Потрібно також створювати спеціальні педагогічні умови, які сприятимуть всебічному розвитку розумово відсталих дітей сиріт. В основі таких умов має лежати багатопланове за формою спілкування дорослих і дітей, визначними елементами якого є емоційна насиченість, доброзичливість, належний рівень культури та витримки дорослого, активність.

Сучасне сирітство, як соціальна проблема, має розглядатись на медико-психолого-педагогічному рівні, тобто певною мірою стати об'єктом міждисциплінарного дослідження та впливу, що, в свою чергу, висуває завдання корекції, компенсації відхилень у розвитку та соціальної адаптації дітей, які мають у цьому потребу.

За сучасних умов проблеми сирітства можуть бути вирішені лише шляхом об'єднання зусиль різних соціальних, корекційно-реабілітаційних служб і громадських організацій. Велика відповідальність лежить на педагогічному колективі дитячого закладу для сиріт. Психологи, педагоги-дефектологи, вихователі, медичні працівники стають першими і, можливо, єдиними особистостями, які створюють і підтримують позитивне ставлення розумово відсталі дитини-сироти до навколишнього світу і людей, формують уявлення про сім'ю, родинні стосунки, розвиваючи і збагачуючи внутрішній духовний світ дитини.

Діяльність фахівців повинна бути спрямованою на формування належного рівня життєвої компетентності розумово відсталі дитини-сироти, який забезпечив би їй адекватні взаємини з оточуючими людьми та загальноприйняті форми поведінки.

Нині відбувається реформування системи виховання і навчання дітей-сиріт, створюються нові типи закладів, центри реабілітації, соціальні притулки, йде активний пошук нових підходів до роботи з даною категорією дітей, значною мірою почали враховуватись конкретні інтереси, потреби і бажання дітей, виникає розуміння, що перебудова життя інтернатних закладів повинна йти шляхом створення сімейних дитячих будинків, що необхідно давати дітям сімейне виховання; збільшуються витрати на утримання вихованців, створюються громадські об'єднання, які допомагають сиротам, працює державна програма допомоги для цієї категорії дітей.

З огляду на те, що проблема раннього сирітства вивчена недостатньо, увагу нашого подальшого дослідження буде спрямовано на вивчення соціальних, медико-педагогічних і психологічних аспектів розвитку та адаптації розумово відсталих дітей-сиріт раннього віку.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Выготский Л.С.* Детская психология //Собр. соч. — М., 1984. — Т. 4.
2. *Куган Б.А.* Социально-трудова адаптация группы социального риска. — Курган-Челябинск, 1995.
3. *Лангмейер Й., Матейчик З.* Психическая депривация в детском возрасте. — Прага, 1984.
4. *Левин С.А., Логинова Ю.В.* Проблемы адаптации выпускников детских домов к самостоятельной жизни // Материалы Межрегиональной конференции "Сироты

России: проблемы, надежды, будущее". — М., 1994. С. 43.

5. *Москоленко Н.В.* Круг общения и формирование правильных взаимоотношений с окружающими умственно отсталых детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей // Дефектология. — 1991.— № 3. — С. 30 (сообщение 1); Дефектология. — 1991. — № 6. — С. 41 (сообщение 2).
6. *Соколова Н.Д.* Основные направления коррекционно-воспитательной работы в специальном детском доме // Дефектология. — 1991. — №4. — С. 58.
7. *Шипицына Л.М., Виноградова И.Д. и др.* Психическое развитие детей-сирот (по результатам психического мониторинга): Метод. пособие. — СПб., 1996.

УДК 616.006:301:085:15:651:658:56:658.6

С.А. МІСЯК,
кандидат медичних наук, доцент

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Определены критерии эффективной психологической и социальной реабилитации инвалидов с диагнозом онкологического заболевания. Рассмотрены трудности методологического порядка, акцентировано внимание на важности её основных этапов — мотивации и адаптации. Показана роль духовности как одного из важнейших социальных регуляторов, активной позиции самых больных, направленных на выздоровление.

There are some criteria of effective psychological and social rehabilitation of people with disabilities caused by cancer. There are opened difficulties of methodological order; attention is paid on importance of its main stages — motivation and adaptation. Here is opened the role of spirituality as one of the main social regulators of active position of sick people, directed on the healing.

Відновлення працездатності інвалідів, їхньої соціальної значущості в суспільстві має велике значення, адже ефективно вирішення цього питання пов'язано зі зменшенням кількості інвалідів у суспільстві. Повернення до повноцінної праці людей, які повністю або ж значною мірою втратили працездатність через хворобу чи травму, пов'язано з чималою економією коштів, що відшкодовує держава на соціальне забезпечення.

Реабілітація — важлива складова соціальної політики: вона дає можливість людині брати участь у житті суспільства, включитись у трудове життя, по можливості пропонувати свої здібності, свої знання на загальному ринку праці.

Особливе місце серед інвалідів займають ті, котрі перенесли радикальне

чи паліативне втручання з приводу онкологічного захворювання. Впродовж року в Україні на облік в онкологічних диспансерах береться приблизно 160 тис осіб [1]. Загалом у нашій країні близько 1 млн осіб живуть із діагнозом онкологічного захворювання, кожен сьомий вмирає від раку. Економічний збиток, завданий смертністю від раку населення працездатного віку, перевищує 6 трлн грн.

Таким чином, зростання кількості онкологічних захворювань, високий відсоток хворих, які не одержали адекватного лікування, практичне усунення від суспільної та трудової діяльності осіб, які перенесли лікування з приводу раку, роблять проблему реабілітації онкологічних хворих нагальною.

У реабілітаційному процесі онкологічних хворих є певні труднощі. По-перше, реабілітація не сформована ще в науку, а по-друге, у спеціальній літературі дуже мало даних про реабілітацію онкологічних хворих і про відновлення останніх у соціальній та духовній сферах суспільства.

Власне кажучи, реабілітація — це практичне здійснення оптимальної для кожного інваліда програми, яка забезпечує створення для нього найсприятливіших фізичних, психічних та соціальних умов життєдіяльності. Соціальна реабілітація має на меті активний вплив на особистість хворого шляхом організації відповідного способу життя, відновлення втраченої чи ослабленої особистісної соціальної значущості інвалідів. Соціальна допомога хворому має спрямовувати такої атмосфери, за якої пацієнт здатний діяти продумано, спрямовувати свої зусилля на досягнення такої мети, як видужування.

Розрізняють повну, неповну і часткову реабілітацію інвалідів. При повній реабілітації працездатність в інвалідів усіх груп інвалідності відновлюється цілком, і вони визнаються МСЕК працездатними у звичайних виробничих умовах. При неповній реабілітації працездатність у всіх інвалідів I-II груп відновлюється до такого ступеня, що МСЕК може визнати їх обмежено працездатними у звичайних виробничих умовах.

Розподіл осіб з обмеженнями життєвої і трудової діяльності на три групи інвалідності має умовний характер і зручний лише для розподілу фінансової допомоги, але не для оцінки реабілітаційного процесу. В основу визначення реабілітаційного потенціалу була покладена медична, чи лікарська, модель [2], за якої пацієнт розглядається як набір анатомічних і фізіологічних систем. Соціальна поведінка і психологічні особливості розглядаються як наслідок змін у фізіологічних і біохімічних процесах організму. Людина розглядається як “пасивний носій хвороби”, а діагностика реабілітаційного потенціалу проводиться на основі оцінки анатомічних дефектів і функціональних порушень організму хворого [3]. Такий підхід носить механічний характер, оскільки припускає, що збережене є частиною цілого, зменшеного за рахунок ураження [4].

Медико-соціальну експертизу онкологічних хворих проводять на “основі обліку і правильної оцінки” [5] специфічних факторів, тобто враховуються:

- 1) особливості захворювання та його плинку;
- 2) наслідки перенесення великого травматичного втручання, а також

променевого лікування та хіміотерапії;

3) соціальних факторів — професійних навичок, трудової спрямованості пацієнта, стану його психіки [5].

За критерії сприятливого загального стану хворого [5] з відновленням його сил і працездатності правлять такі показники:

1. Задовільна загальна маса тіла.
2. Нормальне забарвлення шкіри та слизових.
3. Добрий тургор тканин, що відновився, відповідно до віку.
4. Компенсація дефекту маси тіла (у динаміці).
5. Задовільний апетит.
6. Сприятливі показники крові.
7. Поновлення інтересу до праці, до звичайного виду відпочинку.
8. Відсутність стомлюваності при ходьбі та домашній роботі.

Рішення медико-соціальних експертних комісій [6;7] з індивідуальної програми реабілітації й адаптації інваліда мають рекомендаційний характер і не здатні, через свій анатомо-фізіологічний підхід, сформулювати повноцінну реабілітацію пацієнта. До того ж, реабілітація онкологічних хворих не стала складовою комплексу терапевтичних заходів. Ставлення до раку як до фатального захворювання часто ототожнюється з нетривалістю життя, а хворого зі злоякісного пухлиною вважають безперспективним з погляду відновної медицини [6].

Водночас дослідники [6;8] зазначають, що онкологічне захворювання супроводжується для багатьох хворих зміною звичного способу життя, розривом усталених зв'язків, звуженням одних можливостей і виявленям інших. Вихід на пенсію за інвалідністю водночас із погіршенням стану здоров'я може призвести до порушення сформованого стереотипу особистості, який склався. Людина, будучи інвалідом, прагне ухилитися, відособитися від розв'язання життєвих питань. Наслідок цього — перенапруження нервової системи, що призводить не тільки до супутніх захворювань, але й до пролонгації онкологічної патології.

Втрата працездатності пригнічує онкоінваліда, створює в нього відчуття соціальної неповноцінності. Інвалід, котрий довго не працює, зосереджує всю увагу на хворобі, переоцінює її тяжкість і, зрештою, зневірюється у власних силах [6;8].

Т.Ю. Мерилова [9], яка досліджувала групу онкологічних хворих за допомогою психологічних тестів (Айзека, Тейлор), визначила, що у більшості з них (у 54 із 60) спостерігалися складні депресивні, тривожно-депресивні і фобічні переживання. Надмірно виражені негативні емоції (депресія, тривога, фобії) здатні викликати у таких хворих суїцидальні думки.

Виникненню депресії сприяють втрата соціального стану, престижу, відчуття безпорадності і спотворення, безсоння, хронічний больовий синдром, невпевність перспектив.

У процесі лікування онкологічного захворювання хворого переслідують страждання, страхи: перед хворобою, боєм, перед будь-чим новим, перед

змінами, страх самотності, страх смерті. Емоційні переживання можуть підсилюватися за рахунок браку любові та розуміння [10].

В онкохворих і онкоінвалідів втрачається пропорційність між силою подразника (незначна неприємність) й інтенсивністю реакцій та афекту (виражений “нервовий” спалах). Емоційне напруження посилюється внаслідок негативної інформації, що надходить від хворих, з якими пацієнт спілкується (чи спілкувався) під час стаціонарного лікування, в поліклініці; це інформація про неефективне лікування, смерть близьких, знайомих тощо [8; 11].

Психіці хворого властиве взаємодіючий вплив соматичних і психогенних процесів. Онкогенний ендотоксикоз пригнічує функції щитовидної залози і тим самим посилює депресію, а нейтралізація страху підвищує результати анальгезії [10].

Онкологічні хворі й онкоінваліди відмічають не властиву їм раніше швидку стомлюваність, втрату спокою і внутрішньої рівноваженості, труднощі під час роботи, що вимагає зосередженої уваги і посидючості. Втома й одночасне збудження позбавляють їх чіткості та свіжості думки, що необхідні для продуктивної та цілеспрямованої діяльності.

Онкологічні хворі, емоційні порушення в яких менш виражені, краще виживають, якість їхнього життя вища, а його тривалість подовжується [10].

Реабілітація онкологічних хворих наражається на труднощі методологічного порядку, оскільки необхідно відобразити відновлення здоров'я в динаміці його розвитку й орієнтуватися на поліваріабельність прогнозів [12], враховуючи не тільки об'єктивні детермінанти, але й величезну роль суб'єктивного фактора. Про реабілітацію варто говорити як про єдину біопсихосоціальну систему [8; 12]. Об'єднання медичної, психологічної та соціальної моделі в системну концепцію реабілітації є принциповою методологічною установкою [8; 12].

Стресовий стан, породжуваний онкологічним захворюванням, виявляється нервово-психічним напруженням, що суб'єктивно виражається в тривожності, а об'єктивно — у зміні функціонального рівня діяльності та її якісних показників. І це може призвести або до мобілізації сил, або до зниження активності внаслідок перенапруження [12].

Психологічний аспект реабілітації онкологічного хворого припускає активізацію особистісного потенціалу в боротьбі з онкологічним захворюванням, мобілізацію внутрішніх ресурсів хворого для подолання стресової ситуації. Системний підхід дає змогу побачити весь процес реабілітації з позиції інтересів хворого.

Особистість — це складна організація шести систем: гомеостатичної, емоційної, перцептивної, когнітивної, моторної та системи спонукань. Кожна система має певний ступінь автономності чи незалежності, але всі вони співвіднесені між собою. Гомеостатична система є мережею взаємозалежних систем, що діють автоматизовано й несвідомо. Основними з-поміж них є ендокринна й серцево-судинна системи, які, взаємодіючи з системою емоцій, впливають на особистість. Гомеостатичні механізми розглядаються як допоміжні стосовно емоційної

системи, деякі регулятори метаболізму, такі, як гормони, важливі для регуляції та виникнення реакції з боку серцево-судинної системи [13].

Система спонукань заснована на тканинних змінах і забезпечує інформацію про потреби тіла. Спонукання важливі як основа для виживання, але за звичайних обставин спонукання психологічно значущі лише в тій мірі, в якій вони впливають на емоції [13].

Таким чином, ми дійшли висновку про необхідність мотивації в процесі відновлення здоров'я в онкологічних хворих, формування у пацієнта позитивних емоцій. Це складний процес, оскільки пов'язаний із соціальним, інтелектуальним і духовним факторами.

Реабілітація передбачає активний вплив на особистість хворого шляхом організації відповідного способу життя, відновлення втраченої чи ослабленої особистісної соціальної значущості індивіда. Збереження соціального статусу хворого, повернення його до активного життя неможливі без відтворення його соціально-психологічної цілісності.

У процесі реабілітації слід насамперед виділити мету, яку ми ставимо перед собою, визначити, який кінцевий результат може задовольнити потреби пацієнта і суспільства загалом.

Процес мотивації є основним у реабілітаційній програмі. Лікаря чи соціальному працівнику, що зайнятий у сфері охорони здоров'я, доводиться спонукати пацієнтів до виконання певних дій, формувати і приводити спрямованість їхніх спонукань у відповідність до завдань реабілітації, орієнтувати їх і підтримувати їхню енергетику і наполегливість, допомагати переборювати страх, апатію і втому. Розв'язання мотиваційних завдань — процес тривалий, тому що система мотивів певної людини діє за особистісними законами, не завжди зрозумілими і не завжди доступними з боку іншої особи. Для формування зорієнтованої на видужання мотивації пацієнт повинен одержати переконливі повідомлення, спрямовані на його певні інтереси.

На етапах мотивації й адаптації реабілітації онкологічних хворих [8] істотна роль належить духовності, без якої неможливо сформувати ефективний підхід в активації соціальної значущості пацієнта. Ситуація ж, коли розум відірваний від духовності, — ознака кризи особистості, і коли розчарованість, нігілістичні настрої, цинізм набувають домінуючого характеру — це стає кризою не тільки для людини, але й для всього суспільства.

До духовності людина може прийти через духовні страждання, помилки і нереалізовані можливості. Онкологічний діагноз для людини є тією межею, за якою починається переосмислення життя. В екстремальній ситуації поведінка характеризується невідомістю, страхом безвиході. Коли людина знає, що конкретно вона робитиме, в яких умовах буде існувати, і що будуть робити стосовно неї — тоді вона спокійна.

Духовність не тільки дозволяє сформувати мету життя, а й допомагає людині визначити життєві цінності. Компонентами духовності є:

- 1) мораль і етика, що фіксуються в моральних категоріях добра і любові;
- 2) совість, почуття сорому, розуміння моральної відповідальності за свою

поведінку перед самим собою й оточенням;

- 3) милосердя, жаль, співпереживання, жалість;
- 4) поняття і відчуття прекрасного;
- 5) інтелект, розум, знання.

Таким чином, духовність — один із найважливіших соціальних регуляторів. Разом із моральністю вона регламентує всі аспекти існування суспільства і поведінки людини.

За наявності мотивації в пацієнта на етапі активації відбувається орієнтація особистості на позитивний результат у відновному лікуванні, що дає змогу змоделювати можливе майбутнє. Факторами, здатними викликати в пацієнта позитивні емоції на формування соціально-значущої позиції, є рух, ритм, звук, колір, запах, інформація, новизна [8].

Творчість, духовність лежать в основі ефективної реабілітації онкологічного хворого, не тільки відновлюючи його здоров'я, але й забезпечуючи їй еволюційний шлях розвитку. Попередження подальшого розвитку пухлинного процесу — важка для досягнення мета — як для хворого, так і для лікарів, соціальних працівників. Але саме творчий і духовний аспекти дають змогу спростити мету, умовно розбивши її на кілька фрагментів. Згодом, у міру реалізації, мета деталізується залежно від духовної і творчої зрілості особистості.

Динаміка духовної і творчої зрілості дає змогу в будь-якому віці, за будь-якої ситуації на етапі реабілітації одержати результати і даний період життя людини перетворити у період розквіту її особистісних можливостей.

При створенні ефективної індивідуальної програми реабілітації онкологічного хворого слід не тільки враховувати характер поширення пухлинного процесу, обсяг і якість проведеного лікування, об'єктивні показники стану організму пацієнта, а й — на основі соціально-психологічних даних — сформулювати еволюційну мотиваційну мету. Пацієнту необхідно допомогти визначити стратегію свого розвитку — конструктивну, пов'язану з відновленням тілесного здоров'я і розвитком психологічного здоров'я, з прагненням до гуманістичних цілей, формуванням духовної культури. Страх смерті, заперечення своїх можливостей, психологічна спустошеність, фізичне безсилля спричинюють формування деструктивних процесів, що призводять до самозречення, конфліктності, деградації особистості та, як наслідок, до її самознищення.

Критеріями ефективності реабілітації онкологічного хворого — виходячи з досвіду роботи — можуть слугувати такі якісні рівні розвитку особистості: генетичний; фізичний, чи тілесний; особистісний; міжособистісний; професійний; творчий; духовний.

Оцінка, динаміка розвитку чи сталість кожного рівня дають змогу змінити роль пацієнта в реабілітаційному процесі. Його пасивна роль в очікуванні ефекту від довгих лікувальних заходів веде до нейтралізації зусиль, що докладають медики для одержання позитивного результату. Реабілітаційний процес вимагає активної участі двох сторін: з одного боку, це професіоналізм

і творчість медичних і соціальних працівників, з іншого — духовний, творчий, психологічний потенціали пацієнта.

Духовний рівень реабілітаційного процесу є основним, оскільки він здатний корегувати показники інших рівнів. Духовний розвиток дає змогу людині оцінити своє місце в житті, відчутти взаємозв'язок між минулим і майбутнім, критично підійти до старих і нових ідей, сформулювати дії в новій, невідомій ситуації [4; 15].

Коли ж людина йде шляхом деструктивного розвитку, порушуючи динаміку реабілітаційного процесу, їй необхідна психологічна підтримка з метою психокорекції; остання ж спрямована на розкриття додаткових резервів пацієнта.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шалитов С.А. Эпидемиологические аспекты рака в Украине // Онкология 2000: Тезисы II съезда онкологов СНГ, Украина, Киев, 23-26 мая 2000; Экспериментальная онкология. — Т. 22. Приложение 2000.
2. Лойко В.В. Медсестринский процесс. — К.: Плетяда, 2001.
3. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа в России: основные положения концепции // МСЭ и реабилитация. — 1998. — №2. — С. 9-12.
4. Осадчих А.И. Теоретические предпосылки и содержание реабилитационно-экспертной диагностики // МСЭ и реабилитация. — 1998. — №3. — С. 5-7.
5. Принципы и организация врачебно-трудовой экспертизы онкологических больных: Метод. реком. — Л., 1966.
6. Герасименко В.Н. Принципы реабилитации онкологических больных: Автореф. дис... д-ра мед. наук. — М., 1976.
7. Абдурасулов Д.М. Основные принципы лечения, прогнозирования и реабилитации больных с первично множественными опухолями. — Ташкент: Медицина, 1982.
8. Мисяк С.А. Практическое пособие по медицинской, социальной и трудовой реабилитации онкологических больных и инвалидов. — Херсон: Айлант, 1998.
9. Мерилова Т.Ю. Суицидальный риск онкологических больных // Онкология 2000. Тезисы II съезда онкологов СНГ, Украина, Киев, 23-26 мая 2000; Экспериментальная онкология. — Т.22. Приложение 2000.
10. Барановский И.И., Зайдинер Б.М., Коржов В.И. Психический статус и выживаемость в паллиативной онкологии // Онкология 2000. Тезисы II съезда онкологов СНГ, Украина, Киев, 23-26 мая 2000; Экспериментальная онкология. — Т.22. Приложение 2000.
11. Березкин Д.П. и др. К вопросу о психосоциальной реабилитации онкологических больных, выписанных из стационара // Совершенствование методов реабилитации онкологических больных: Тезисы всесоюзного симпозиума. — Л., 1978. — С.15-16.
12. Узунова В.Г. Методологические проблемы концепции реабилитации // Совершенствование методов реабилитации онкологических больных. Тезисы всесоюзного симпозиума. — Л., 1978. — С. 86-88.
13. Данилова Н.Н., Крылова А.Л. Физиология высшей нервной деятельности: Учебник. — М.: Учеб. лит-ра, 1997.
14. Крымский С.Б. Контуры духовности: новые контексты идентификации // Вопросы философии. — 1992. — №12. — С. 21-29.
15. Франкл В. Человек в поисках смысла / Под ред. Л.Я.Гозмона и Д.А.Леонтьева. — М.: Прогресс, 1990.