

Міністерство охорони здоров'я України
Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського

МЕДСЕСТРИНСТВО

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Ministry of Public Health of Ukraine
Ternopil State Medical University
named after I.Ya. Horbachevsky

NURSING

UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

1/2012

МЕДСЕСТРИНСТВО

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор

Чернишенко Т. І.

Заступник головного редактора

Ковальчук Л. Я.

Заступник головного редактора

Ястремська С. О.

Білик Л. С.

Брянцев О. М.

Галіяш Н. Б. – відповідальний редактор

Господарський І. Я.

Губенко І. Я.

Мазур П. Є.

Марценюк В. П.

Мисула І. Р.

Панченко М. С.

Ревчук Н. Б. – відповідальний секретар

Швидкий О. В.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Жиліна Г. Є. (Київ)

Івашко Г. М. (Київ)

Красножон Л. М. (Київ)

Мамикіна Л. С. (АР Крим)

Пірогова В. І. (Львів)

Сабадишин Р. О. (Рівне)

Угарьова З. С. (Донецьк)

Шатило В. Й. (Житомир)

Шегедин М. Б. (Львів)

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 11751-622Р від 15.09.06 р.

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

Журнал «Медсестринство»

ТДМУ імені І. Я. Горбачевського

Майдан Волі, 1

м. Тернопіль, 46001

УКРАЇНА

Тел.: (0352) 43-49-56

Факс: (0352) 52-80-09

<http://www.tdmu.edu.te.ua>

Затверджено вченою радою
Тернопільського державного медичного
університету імені І. Я. Горбачевського
(протокол № 9 від 28.02.2012 р.)

© Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського

© Науково-практичний журнал «Медсестринство»

| | |
|-------------------------|------------------|
| Редагування і коректура | Мельник Л. В. |
| Технічний редактор | Демчишин С. Т. |
| Комп'ютерне верстання | Пухальська О. І. |
| Оформлення обкладинки | Кушик П. С. |

Підп. до друку 29.02.2012. Формат 60x84/8.
Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. №1
Ум. друк. арк. 4,19. Обл.-вид.арк. 3,58
Тираж 600. Зам. № 90

Видавець і виготівник
Тернопільський державний медичний
університет імені І. Я. Горбачевського
46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

ЗМІСТ

CONTENTS

| | | |
|--|----|--|
| <i>Л. С. Бабінець, У. М. Яковлева</i> Використання акупресури у комплексному лікуванні гіпертонічної хвороби у медсестринській практиці | 4 | L. S. Babinets U. M. Yakovlieva The use of acupressure in the complex treatment of hypertension in nursing practice |
| <i>Л. С. Мілевська-Вовчук, С. І. Шкробот, В. В. Вовчук</i> Деякі нейропсихологічні особливості пацієнтів, що перенесли закриту черепно-мозкову травму | 8 | L. S. Milevska-Vovchuk, S. I. Shkrobot, V. V. Vovchuk Some neuropsychological peculiarities of patients with closed craniocerebral injury |
| <i>Д. В. Козак, М. А. Федюшин-Сорока</i> Лікувальний комплаєнс: поняття, проблема та шляхи її вирішення | 11 | D. V. Kozak , M. A. Fedyshyn-Soroka Treatment komplaens: concepts, problems and ways of its solution |
| <i>Р. М. Паращук, О. П. Венгер</i> Психологічні проблеми вимушених трудових мігрантів | 14 | R. M. Parashchuk, O. P. Venher Psychological problems of forced migrant workers |
| <i>Н. Б. Галіяш</i> Характеристика основних соціальних проблем людей похилого віку | 17 | N. B. Haliyash Characteristics of the basic social concerns of elderly people |
| <i>М. Ю. Кохан</i> Профілактика виразок при діабетичній стопі | 20 | M. Yu. Kokhan Prophylaxis of ulcers at a diabetic foot |
| <i>І. Ю. Іващенко</i> Українська народна медицина | 23 | I. Yu. Ivashchenko Ukrainian folk medicine |
| <i>Н. Д. Дейнека</i> Радіаційна онкологія регіону | 29 | N. D. Deyneka Radiation oncology of the region |
| <i>О. Р. Гапчин</i> Коли свідомість визначає буття | 31 | O. R. Hapchyn When consciousness determines being |
| <i>Я. Л. Януш</i> Роль медичної сестри в сфері відновної терапії | 34 | Ya. L. Yanush The role of a nurse in rehabilitation therapy field |

ВИКОРИСТАННЯ АКУПРЕСУРИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ У МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

Л. С. Бабінець, У. М. Яковлєва

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
ННІ медсестринства*

У статті доведено, що включення курсу акупресури з 10 сеансів за гальмівним методом до комплексного лікування хворих на гіпертонічну хворобу сприяло достовірному підвищенню його ефективності за показниками систолічного та діастолічного артеріального тиску, пульсу, а також параметрами кардіалгії (за візуальною аналоговою шкалою у балах) і порогу больової чутливості (визначеного за допомогою колориметра Харді-Вольфа-Гудела у мА).

THE USE OF ACUPRESSURE IN THE COMPLEX TREATMENT OF HYPERTENSION IN NURSING PRACTICE

L. S. Babinets U. M. Yakovlieva

*Ternopil State Medical University, by I. Ya. Horbachevsky
Institute of Nursing*

It is proved in the article, that inclusion of course of acupressure from 10 sessions by sedative method in complex medical treatment of patients with hypertensive disease resulted in the reliable increase of his efficiency on the indexes of systole and diastole arterial pressure, pulse, and also on the parameters of cardialgia (on a visual analog scale in marks) and threshold of pain sensitiveness (certain by Hardi-Volf-Gudel kolorimetr in mA).

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ) – найпоширеніше хронічне захворювання людини. У 2007 році в Україні офіційно зареєстровано понад 11 млн хворих на АГ [1, 4]. Сьогодні 93 % всіх випадків АГ припадає на есенціальну АГ, тобто гіпертонічну хворобу (ГХ). ГХ – одне з надзвичайно поширене захворювання, від якого страждає близько 30 % дорослого населення України. Підвищення артеріального тиску (АТ) залишається основним чинником розвитку серцево-судинних та судинно-мозкових ускладнень, які протягом останніх років є основною причиною смерті в багатьох країнах світу, в тому числі і в Україні [2, 4]. Значна кількість ускладнень, матеріальні втрати через непрацездатність і високий рівень смертності зумовлюють актуальність проблеми адекватного лікування АГ і роблять його

одним з основних методів профілактики серцево-судинної захворюваності та ускладнень [3, 7].

Основною метою лікування хворих із АГ є максимальне зниження ризику розвитку серцево-судинних подій, захворюваності і смертності [2, 7]. Для досягнення цієї мети першочерговим завданням у лікуванні пацієнтів із ГХ вважається досягнення цільового рівня АТ, тобто такого, при якому ризик серцево-судинних ускладнень (інфаркт міокарда, інсульт) зводиться до мінімуму. Доцільним вважається зниження АТ нижче рівня 140/90 мм. рт. ст., у пацієнтів із супутнім цукровим діабетом або з високим та дуже високим ризиком фатальних серцево-судинних подій за шкалою SCORE - нижче 130/80 мм рт. ст. при захворюваннях нирок та протеїнурії цільовим є рівень АТ 125/75 мм рт. ст. [5, 7]. Для зниження ризику розвитку серцево-судинних ускладнень та досягнення цільового АТ важли-

вою є зміна стилю життя пацієнта, яка передбачає відмову від куріння, зниження маси тіла при її надлишку, обмеження надмірного вживання алкоголю, забезпечення регулярного адекватного фізичного навантаження, збагачення щоденного раціону свіжими фруктами та овочами, обмеження вживання кухонної солі та продуктів із високим вмістом насичених жирів. Важливим компонентом антигіпертензивної лікувальної програми є адекватне призначення терапії антигіпертензивними базисними препаратами [2]. Проте досягти цільових рівнів АТ вдається нечасто. У Франції та США спостерігали найвищий відсоток досягнення цільового АТ – приблизно 33 та 27 % відповідно. У більшості країн цей показник коливається від 5 до 20 %. В Україні цільового рівня АТ досягають у 19 % пацієнтів – міщан і тільки у 8 % хворих на АГ, які мешкають у сільській місцевості [3, 7]. Часто причиною цього є низька прихильність пацієнтів до призначеного лікування. Всі вищеперераховані факти щодо недостатньої ефективності медикаментозного лікування АГ надихають лікарів і науковців на пошук додаткових методів терапії, серед яких все частіше рекомендують рефлексотерапевтичні методики (РТ), зокрема класичну акупунктуру, акупресуру (АП), багатоголчасту різнометалеву поверхневу аплікацію та ін. [2, 6]. Середній медичний персонал бере активну участь у впровадженні неінвазивних методів РТ, зокрема АП у хворих на ГХ. Медична сестра забезпечує хворому на ГХ емоційний спокій, а також вимірює рівень АТ і частоту пульсу.

Сьогодні багато науковців працюють над вивченням доцільності застосування РТ у лікуванні ГХ. Результати досліджень підтверджують позитивний вплив РТ на процеси регуляції кровообігу та мікроциркуляції в організмі людини. Спостерігається зменшення концентрації стресових гормонів у крові (адренкортикотропного, соматотропного, кортизолу та альдостерону) під дією РТ, що призводить до вазодилатації. Іншим механізмом позитивного впливу РТ на стан судинної стінки та мікроциркуляції можна вважати зниження рівня нейротензину та збільшення рівня β -ендорфіну [8]. Існує ряд наукових праць, в яких підтверджено регулюючий вплив на рівень АТ та загальний стан пацієнтів класичної акупунктури, аурікулопунктури, кріопунктури [9]. Отримані різними вченими результати вивчення ефективності застосування РТ як монотерапії АГ І-ІІ стадії

є суперечливими і не завжди достовірними [2, 8]. Проте лише у двох дослідженнях із усіх, знайдених нами, порівнювали ефективність застосування поєднання голкотерапії та медикаментозного лікування АГ із ефективністю комбінації медикаментозної терапії із плацебо-голковколюванням. У обох дослідженнях отримано достовірне зниження АТ у дослідній групі. Так, німецькі дослідники F. Flachskampf, J. Gallasch та інші спостерігали зниження денного систоличного АТ (САТ) на 7 мм рт. ст. і ДАТ на 3 мм рт. ст., а також добового САТ на 5 мм рт. ст. і діастолічного АТ (ДАТ) на 3 мм рт. ст. після 6 тижнів комбінованого лікування порівняно із групою пацієнтів, які отримували медикаменти і плацебо-голковколювання [8]. В іншому дослідженні такого ж дизайну, проведеного корейськими науковцями С. Yin, В. Seo та іншими, було виявлено зниження САТ на 15 мм рт. ст., а ДАТ – на 7 мм рт. ст. у дослідній групі через 8 тижнів лікування [9]. Отже, вищезазначені механізми дії РТ та результати рандомізованих плацебоконтрольованих досліджень обґрунтовують доцільність її застосування в комплексному лікуванні хворих із ГХ для покращення ефективності лікування та якості життя пацієнтів. Стосовно АП глибоких наукових робіт не було знайдено, що спонукало до проведення даного дослідження.

Основна частина. Мета дослідження – вивчити ефективність включення курсу акупресури в комплексне лікування хворих на ГХ на основі аналізу динаміки рівнів АТ, пульсу, кардіалгічного синдрому і показника порогу больової чутливості.

Об'єктом дослідження обрано 45 хворих на ГХ, які проходили лікування в денному стаціонарі Центру первинної медико-санітарної допомоги, створеного на базі Тернопільської міської клінічної лікарні № 2 на засадах сімейної медицини. Середній вік хворих склав $(45,6 \pm 8,3)$ року; жінок було 33, чоловіків – 12. До дослідження увійшли пацієнти з ГХ І-ІІ стадії, І ступеня. Діагноз ГХ, ступінь і стадію встановлювали відповідно до рекомендацій асоціації кардіологів України та Європейської асоціації кардіологів [4, 5, 7]. САТ і ДАТ вимірювали перед процедурою в один і той час. Вимірювання АТ проводили сфігмоманометром за методом Короткова. Вимір АТ завжди проводили на двох руках по два рази з інтервалом у дві хвилини, якщо величини АТ не різнились більше 5 мм рт. ст. При наявності більшої

різниці між отриманими величинами проводили третє вимірювання та обчислювали середнє значення із двох або трьох послідовних вимірювань. Частоту серцевих скорочень визначали після другого вимірювання [6]. Всі хворі до початку РТ лікування отримували стандартне антигіпертензивне комплексне лікування протягом не менше 2 тижнів, частіше у вигляді монотерапії або не більше двох базисних препаратів у загальноприйнятих дозах, а також виконували рекомендації щодо профілактики факторів ризику щодо АГ. Однак цільового рівня АТ досягти не вдалося. Для підсилення комплексного лікування включали комплекс АП з 10 сеансів за гальмівним методом з використанням загальноприйнятих у РТ точок акупунктури: T20, Vb20-21, V10-15, Gi15, I14-15, F14, Gi4, 11, Mc6, C7, E36, E44, Vb30, F2-3, Rp6, R2, T4, V25 та ін.

Кардіалгічний синдром визначали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) за 10-бальною системою. Для визначення рівня чутливості до болю

використовували колориметр Харді-Вольфа-Гудела, який визначає поріг больової чутливості у випробуваного за появою відчуття болю під впливом індукційного струму. На мізинець наклали електрод і включали струм різної сили. З огляду на те, що сила струму може бути легко дозованою, нескладно встановити поріг больового відчуття. Тому поширеним больовим подразником у багатьох експериментальних лабораторіях світу є електричний струм. Подразнення електричним струмом тривало 10 мс, напруга струму становила 28 В. Поріг больового відчуття визначали за силою струму у мА, при якій пацієнт починав відчувати больовий подразник. Визначення порогового відчуття проводили двічі - до і після процедури АП.

Хворих на ГХ поділили за кількістю отриманих процедур АП для визначення ефективності не тільки методу у цілому, але й для визначення ефективності залежно від кількості виконаних процедур (дані у табл. 1).

Таблиця 1. Аналіз клінічних та інструментальних параметрів хворих на ГХ під впливом комплексного лікування з включенням АП

| Показник | Група контролю n=20 | Групи порівняння | | | | | |
|----------------------|------------------------|-------------------|-----------|-------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | 1-4 сеанс n=15 | | 5-7 сеанс n=15 | | 8-10 сеанс n=15 | |
| | | 1 ¹ | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| САТ, мм рт.ст. | 112,5±15,1 | 146,1±11,2 | 137,1±9,1 | 142,0±7,4 | 129,5±5,2* | 125,9±6,2 ² | 113,6±5,4* ³ |
| ДАТ, мм рт.ст. | 72,0±11,1 | 89,3±11,3 | 81,9±9,3 | 83,4±7,2 | 72,7±9,3 | 83,2±4,1 | 69,3±5,1* ³ |
| Пульс, хв | 72,0±12,3 | 88,4±6,1 | 72,5±7,2* | 87,9±4,7 | 72,0±7,5* | 79,0±8,1 | 70,3±5,2 ³ |
| Поріг болю, мА | 121,6±21,0 | 45,4±12,1 | 66,9±8,2* | 55,1±10,0 | 90,6±6,3* ⁴ | 69,2±12,2 ² | 110,1±8,5* ³ |
| Кардіалгія ВАШ, бали | 0 | 7,0±0,5 | 5,1±0,4* | 6,6±0,4 | 4,2±0,2* ⁴ | 4,0±0,3* ² | 2,3±0,2* ³ |

Примітки: 1 – до лікування; 2 – після лікування;

* – достовірність різниць показників після лікування стосовно таких до лікування своєї групи (p<0,05);

² – достовірність різниць показників до лікування групи 8–10 сеанс стосовно таких до лікування групи 1-4 сеанс (p<0,05);

³ – достовірність різниць показників після лікування групи 8–10 сеанс стосовно таких після лікування груп 1–4 та 5–7 сеанс (p<0,05);

⁴ – достовірність різниць показників після лікування групи 5–7 сеанс стосовно таких після лікування групи 1–4 сеанс (p<0,05).

Проведений аналіз показав, що проведення АП достовірно покращувало всі досліджувані параметри хворих на ГХ, особливо починаючи з 5 сеансу. Спостерігали тенденцію до покращення, починаючи вже з 1 сеансу. Показник ДАТ був торпіднішим у процесі лікування, однак у групі 8–10 сеанс позитивна динаміка ДАТ була статистично достовірною. Поріг больової чутливості

достовірно підвищувався після проведеного рефлексотерапевтичного лікування в усіх групах після кожного сеансу, а також від сеансу до сеансу. Таким чином, тривалість курсу є значимим показником для досягнення повної ефективності, а у групі хворих на ГХ, яка отримала 8-10 сеансів процедур, було констатовано наближення до показника порогу болю групи молодих здоро-

вих людей (контроль). Це показово підтверджувалося позитивною динамікою кардіалгічного синдрому за 10-бальною шкалою ВАШ після кожного сеансу та із збільшенням тривалості курсу рефлексотерапевтичного комплексу лікування.

Проведення кореляційно-регресійного аналізу між показниками кардіалгії (за ВАШ у балах) і порогу больової чутливості (у мА) засвідчило наявність достовірної значної сили обернено пропорційного зв'язку між ними ($r = -0,59 \pm 0,11$; $p < 0,05$). Це свідчить про достовірну ефективність включення курсу АП до комплексного лікування хворих на ГХ I-II стадії за запропонованою методикою і дозволяє рекомендувати ширше використання АП у таких пацієнтів в умовах сімейної медицини.

Висновки. 1. Включення курсу акупресури з 10 сеансів за гальмівним методом до комплекс-

ного лікування хворих на гіпертонічну хворобу приводило до достовірного підвищення його ефективності за показниками систолічного та діастолічного артеріального тиску, пульсу, а також за параметрами кардіалгії (за ВАШ у балах) і порогу больової чутливості (визначеного за допомогою колориметра Харді-Вольфа-Гудела у мА).

2. Доведено достовірну ефективність запропонованого лікування після 5 сеансу із досягненням цільового рівня артеріального тиску і пульсу, а також з підвищенням рівня порогу больової чутливості до показника здорових людей.

У перспективі подальших досліджень вважаємо за доцільне проводити подальше обґрунтування застосування рефлексотерапевтичних методів у комплексній терапії ГХ та інших захворювань у практиці сімейного лікаря.

ЛІТЕРАТУРА

1. Коваленко В. М. Реалізація програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні / М. Коваленко, Ю. М. Сіренко, А. П. Дорогой // Український кардіологічний журнал. – 2010. – № 1 (додатковий).

2. Радченко Г. Д. Якість життя в пацієнтів з м'якою та помірно артеріальною гіпертензією. Зміни під впливом антигіпертензивного лікування / Г. Д. Радченко, Ю. М. Сіренко // Укр. кардіол. журнал. – 2008. – № 1. – С. 42–50.

3. Редько М. Актуальные вопросы диагностики и лечения артериальной гипертензии / М. Редько // Укр. мед. часопис – 2008. – № 2 (64). – С. 43–49.

4. Робоча група з артеріальної гіпертензії Української асоціації кардіологів. Рекомендації української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії [4-те вид., виправлене і доповнене]. – Київ, 2008. – 86 с.

5. Сіренко Ю. М. Классификация, диагностика и стратификация риска при артериальной гипертензии / Ю. М. Сіренко // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 12. – С. 25–26.

6. Яковлева О. О. Особенности психофизиологических функций при гипертонической хворобі / О. О. Яковлева, А. В. Новосад // Вісник ВНМУ. – 2007. – Т. 11, № 2 (2). – С. 818.

7. Guidelines Committee. 2007 European Society of Hypertension — European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens. – 2007. – № 25. – P. 1101–1187.

8. Randomized trial of acupuncture to lower blood pressure / F. A. Flachskampf, J. 8. Gallasch, O. Gefeller [et al.] // Circulation. – 2007. – № 115. – P. 3121–3129.

9. Acupuncture, a promising adjunctive therapy for essential hypertension: a double-blind, randomized, controlled trial / C. Yin, B. Seo, H. J. Park [et al.] // Neurol. Res, 2007. – № 29. – P. 98–103.

ДЕЯКІ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ЗАКРИТУ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВУ ТРАВМУ

Л. С. Мілевська-Вовчук, С. І. Шкробот, В. В. Вовчук

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
ННІ медсестринства*

Стаття розкриває зміни певних нейропсихологічних функціональних систем на тлі перенесеної закритої черпно-мозкової травми, визначає їх зв'язок із клінічною формою отриманої травми, тривалістю післятравматичного періоду, віком та статтю пацієнтів, наявністю у них супутньої патології тощо.

SOME NEUROPSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF PATIENTS WITH CLOSED CRANIOCEREBRAL INJURY

L. S. Milevska-Vovchuk, S. I. Shkrobot, V. V. Vovchuk

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky
Institute of Nursing*

The article describes changes of certain neuropsychological functional systems on the background of closed craniocerebral injury, defines its connection with clinical form of trauma, duration of after traumatic period, patient's age and sex, presence of concomitant diseases and so on.

Вступ. Проблема вивчення патології черепно-мозкової травми (ЧМТ) залишається незмінно актуальною для клінічної медицини вже протягом кількох останніх десятиліть (Пашинян Г. А. с соавт., 1993; Adams I. H., 1983; lafek B. W. et al., 1989). ЧМТ складає 30–40 % у загальній структурі травматизму, а серед поєднаних травм на її частку припадає близько 80 % (Васин Н. Я. с соавт., 1986), що визначає актуальність її вивчення представниками різних медичних дисциплін (Ромоданов А. П., 1989; Лихтерман Л. Б., 1988; Пашинян Г. А. с соавт., 1993; Adams I. H., 1983; lafek B. W. et al., 1989). Досить обґрунтованим звучить твердження Попова В.Л. (1988) про те, що велика частота та висока інвалідизація внаслідок травм голови підкреслює безсумнівну медико-соціальну значущість черепно-мозкової травми.

Таким чином, актуальність даної проблеми підтверджує доцільність подальшого її вивчення та залучення усіх ланок медичного персоналу

до лікувально-діагностичного процесу з метою його оптимізації.

Основна частина. Мета роботи – дослідити особливості пам'яті, втомлюваності, уваги та стан емоційно-вольової сфери у пацієнтів, що перенесли закриту ЧМТ.

Нами обстежено 30 осіб віком від 18 до 58 років. Згідно з рекомендаціями ВООЗ усі пацієнти були розділені на вікові групи: молодий вік (до 29 років) – 26,7 %; середній вік (30–44 роки) – 40 %; зрілий вік (45–59 років) – 33,3 %. За гендерною ознакою хворих поділили на дві групи: 5 (16,7 %) жінок та 25 (83,3 %) чоловіків. Обстежувані пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні у неврологічних відділеннях Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні.

Струс головного мозку перенесли 6 (20 %) пацієнтів; забій – 21 (70 %) (з них – 9 (30 %) – легкого, 7 (23,3 %) – середнього, а 5 (16,7 %) тяжкого ступеня); 3 (10 %) мали стиснення головного мозку.

Виробничу травму («промислову» та сільсько-господарську) отримали 6 (20 %) обстежуваних, а невиробничу – 24 (80 %) пацієнти основної групи (з них 12 (40 %) побутового характеру, 8 (26,7 %) внаслідок ДТП, 4 (13,3 %) вуличного типу).

Післятравматичний період до 2 років мав місце у 9 (30 %) осіб, від 2 до 5 років – у 14 (46,7 %) хворих та понад 5 років – у 7 (23,3 %) обстежуваних.

У 23 (76,7 %) обстежуваних нами осіб було виявлено наявність супутньої патології, а саме – патологію органів шлунково-кишкового тракту (30 %), сечовидільної системи (13,3 %), органів дихання (23,3 %), зору (10 %).

Лікарем-психіатром у обстежуваних діагностовано наступні відхилення: астеничний синдром – у 13,3 % осіб, астено-невротичний – у 23,3 %, астено-депресивний – у 13,3 %, психоорганічний – у 10 %, зниження пам'яті – у 20 %, інтелектуальні та мнестичні порушення – у 20 % осіб відповідно.

Дані комп'ютерно-томографічного (КТ) обстеження показали, що у 3 пацієнтів (10 %) КТ була без відхилень, у 2 (6,7 %) хворих відмічалася ізольоване розширення IV шлуночка, у 7 (23,3 %) – виявлено ознаки розширення шлуночкової системи, у 6 (20 %) – розширення субарахноїдальних просторів великих півкуль мозку, у 4 обстежуваних (13,3 %) спостерігалися гіподенсивні посттравматичні вогнища у скроневій, лобно-скроневій та скронево-тім'яній частках, у 3 (10 %) осіб виявлено кіркову та підкіркову атрофії мозку.

ЕЕГ-дослідження виявило у 4 (16 %) обстежуваних локальні зміни, що корелювали у клініці з пароксизмальними змінами та синдромом рухових порушень, у 14 (56 %) хворих – порушення основної кіркової ритміки, характерні для вираженого астеничного синдрому, у 7 (28 %) пацієнтів – кірково-підкіркові порушення, які відповідають клінічним синдромам лікворної гіпертензії та вегето-судинної дистонії.

Контрольну групу склали 10 практично здорових осіб.

Обстежуваним хворим з метою оцінки стану нейропсихологічних функціональних систем проведено тест 10 слів Лурія та оцінку емоційного фону за шкалою Бека.

Отримані дані оброблено методом варіаційної статистики за допомогою прикладної програми SPSS, 13.0.

Ретельний аналіз результатів дослідження пам'яті, втомлюваності та уваги виявив залежність емоційно-вольової сфери осіб, що перенесли закриту ЧМТ, від клінічної форми травми. Так, 50 % осіб, що перенесли струс головного мозку, не мали порушень з боку пам'яті, втомлюваності та уваги. У пацієнтів, що мали забій головного мозку, домінували такі розлади: при забої легкого ступеня – зниження пам'яті та виражена втомлюваність (77,8 %); при забої середнього ступеня – емоційна в'ялість та відсутність зацікавленості (42,8 %); при забої тяжкого ступеня – нестійкість уваги (40 %) та емоційна в'ялість і відсутність зацікавленості (40 %). Стиснення головного мозку, як правило, супроводжувалося емоційною в'ялістю та відсутністю зацікавленості (66,7 %).

Залежно від віку нами було встановлено такі розлади емоційно-вольової сфери: у молодих пацієнтів, віком до 29 років, домінувало зниження пам'яті та виражена втомлюваність (62,5 %); у пацієнтів середнього віку (30–44 роки) переважала емоційна в'ялість та відсутність зацікавленості (50 %); у осіб зрілого віку (45–59 років) – емоційна нестійкість (40 %).

Емоційна нестійкість домінувала, як правило, у жінок, що перенесли закриту ЧМТ (60 %). У чоловіків найчастіше зустрічалася зниження пам'яті та виражена втомлюваність (36 %).

Тривалість післятравматичного періоду також впливала на тип емоційних розладів. У період до 2 років переважала емоційна нестійкість (44,5 %); від 2 до 5 років – зниження пам'яті та виражена втомлюваність (57,1 %); після 5 років – зустрічалася з однаковою частотою емоційна в'ялість та відсутність зацікавленості (42,8 %) і зниження пам'яті та виражена втомлюваність (42,8 %).

У групі хворих, що мали супутню патологію, найвиразніші зміни з боку пам'яті та уваги виявлено у пацієнтів з патологією шлунково-кишкового тракту та сечовидільної системи.

При диференціюванні типу емоційних розладів залежно від клінічної форми отриманої травми встановлено, що струс та забій головного мозку легкого ступеня переважно супроводжувалися м'якою депресією (66,7 та 55,6 % відповідно); забій головного мозку середнього і тяжкого ступеня – помірною депресією (42,8 % та 60 % відповідно); стиснення головного мозку – вираженою депресією (66,7 %).

Помірна депресія переважно зустрічалася у віковій групі до 29 років (50 %), у групі 30–44

роки – домінувала м'яка депресія (50 %), у зрілих осіб (45– 59 років) здебільшого емоційні порушення були відсутніми (50 %).

Виражена депресія частіше діагностувалася у жінок (40 %), для чоловіків була більш характерною м'яка депресія (44 %).

Емоційні розлади різної інтенсивності переважно зустрічалися у осіб, що перенесли ЧМТ протягом останніх 5 років: домінувала м'яка депресія (44,5 % осіб із тривалістю після травматичного періоду до 2 років; 42,9 % пацієнтів із терміном після травми 2–5 років). У більшості (42,8 %) обстежуваних з тривалістю післятравматичного періоду понад 5 років були відсутні порушення емоційно-вольової сфери.

У групі хворих, що мали супутню патологію, найбільш виражені зміни емоційно-вольової сфери виявлено у пацієнтів з патологією шлунко-кишкового тракту та сечовидільної системи.

Висновки. Таким чином, можна зробити висновки, що стан пам'яті та уваги осіб, що перенесли закриту ЧМТ, залежить від клінічної форми отриманої травми: із ускладненням форми закритої ЧМТ зростає кількість осіб, що характеризуються емоційною в'ялістю, відсутністю заці-

кавленості та нестійкістю уваги. Розлади пам'яті та уваги поглиблюються з віком. У жінок серед різних порушень переважає нестійкість уваги, у чоловіків домінує емоційна в'ялість та відсутність зацікавленості. Тип порушень пам'яті та уваги залежить і від тривалості післятравматичного періоду: так, протягом перших 2 років після травми найчастіше зустрічається нестійкість уваги, через 2-5 років – переважно спостерігається зниження пам'яті та підвищена втомлюваність, після 5 років – домінує емоційна в'ялість, відсутність зацікавленості, зниження пам'яті та уваги, зростає втомлюваність.

Результати проведених досліджень показали, що емоційне тло осіб, що перенесли закриту ЧМТ, залежить від клінічної форми отриманої травми, при чому ускладнення травми, як правило, супроводжується поглибленням емоційних розладів. Порушення емоційної сфери більш характерні для осіб молодого та середнього віку, переважно жіночої статі та більш виражені одразу після травми (період до 2 років).

ЛІТЕРАТУРА

1. Авербах Я. К. О некоторых особенностях течения психических расстройств на отдаленном этапе ЧМТ / Я. К. Авербах // Актуальные вопросы психиатрии. – М., 1981. – С.12.

2. Акбарова Н. И. Нейропсихологическое исследование нарушений памяти при тяжелой закрытой ЧМТ / Н. И. Акбарова // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1971. – № 6. – С. 812–816.

3. Акбарова Н. И. Нейропсихологический анализ мнестических нарушений при закрытой ЧМТ: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. / Н. И. Акбарова. – М., 1971.

4. Доброхотова Т. А. Прогноз восстановления психической деятельности больных с ЧМТ : клиническое руководство по ЧМТ / Т. А. Доброхотова, О. С. Зайцев, С. В. Ураков ; под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. – М. : Антидор, 2002. – Т.3. – Глава 29.1. – С. 463-498.

5. Arciniegas D.B. Neuropsychiatric aspects of traumatic brain injury / D. B. Arciniegas, J. Topkoff, J. M. Silver // Current treatment options in neurology. – 2000. – Vol.2 – N2. – P. 169–186.

ЛІКУВАЛЬНИЙ КОМПЛАЄНС: ПОНЯТТЯ, ПРОБЛЕМА ТА ШЛЯХИ ЇЇ ВИРІШЕННЯ

Д. В. Козак, М. А. Федішин-Сорока

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
ННІ медсестринства*

Стаття містить поняття, проблему та шляхи вирішення лікувального комплаєнсу. Зроблено висновки про те, що саме формування позитивного комплаєнсу дозволить покращити результати лікування хворих з патологією органів травлення та зменшити частоту розвитку рецидивів захворювання, а також його ускладнень.

TREATMENT KOMPLAENS: CONCEPTS, PROBLEMS AND WAYS OF ITS SOLUTION

D. V. Kozak , M. A. Fedyshyn-Soroka

*Ternopil State Medical Univesity, by I. Ya. Horbachevsky
Institute of Nursing*

This article contains the concept of the problem and solutions to medical komplaens. It was concluded that what is positive komplaens, will improve the results of treatment of patients with disorders of the digestive system and reduce the incidence of recurrence of disease and its complications.

Вступ. Комплаєнс (від англ. compliance — згода, поступливість, догідливість) — поняття, яке часто зустрічається на шпальтах медичної преси. У медичному розумінні під комплаєнсом розуміють готовність, бажання, внутрішній обов'язок пацієнта виконувати призначення лікаря. Стосується він, в основному, питань оцінки якості медикаментозного лікування хворих: при прийнятних результатах йдеться про позитивний комплаєнс, а за відсутності даного ефекту — про недостатній або негативний.

Основна частина. Терапія хронічних захворювань органів травлення в останній час невпинно поповнюється як новими лікарськими засобами, так і залученням до її схем уже відомих препаратів. У зв'язку з цим і дотепер існують певна неузгодженість та серйозні протиріччя в лікуванні хронічних захворювань органів травлення (виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, хронічного панкреатиту, хронічного холецисти-

ту, гастроезофагеальної рефлюксної хвороби тощо). Захворюваність системи органів травлення невпинно зростає. Проблема має важливе соціально-економічне значення, оскільки у значної частини населення дана патологія розвивається у працездатному віці. Негативний комплаєнс призводить до збільшення частоти рецидивів захворювання, значної тривалості останніх, і як наслідок — до збільшення ускладнених форм (перфорації, пенетрації, кровотечі тощо), гнійно-септичних ускладнень (абсцес, флегмона, перитоніт тощо). Внаслідок цього хворі вимушені певний час перебувати на лікарняному листку, а частина прооперованих пацієнтів навіть на тривалий період втрачає працездатність після об'ємних втручань, виконаних з приводу ускладнень хвороби. Невиконання призначень лікаря та розвиток гнійно-септичних ускладнень спричиняє 125 000 летальних випадків щорічно та зумовлює 10–25 % усіх госпіталізацій в США. При цьому негативний комплаєнс зумовлює персистенцію або ре-

цидив інфекції, більш тяжкий перебіг інфекційного процесу, збільшення вартості лікування, повторну госпіталізацію, виникнення резистентних штамів мікроорганізмів.

Простежимо основні чинники негативного комплаєнсу та спробуємо накреслити можливі шляхи вирішення даної проблеми. Однією з головних причин незадовільних результатів лікування є недотримання хворими призначень лікаря, і в цьому слід виділити два фактори — власне хворий і клініцист. Якісно лікуються, сумлінно проходять профогляди цілеспрямовані на перспективу пізнання, духовного збагачення або кар'єри особи. Домінуючим аспектом для них є піклування про сім'ю, оточуючих їх людей. Такі пацієнти добре усвідомлюють, що для досягнення цих завдань вони повинні бути здоровими, вихованими на традиціях поваги до суспільства, а також самоповаги. Однак ці ж причини залежно від складу характеру певної особи можуть викликати парадоксальну реакцію, коли заради досягнення певної мети людина стає одержимкою ідеєю, нехтуючи при цьому власним здоров'ям, відмовляючись від лікування. Некритично ставляться до свого здоров'я і асоціальні типи населення (особи без визначеного соціального статусу, алкоголіки, наркомани).

"Інтерес" хворого до медикаментозного лікування також залежить від форми випуску лікарського засобу, кількості препаратів на один прийом, кратності прийому останніх, складності схеми терапії, її тривалості тощо. Парентеральні препарати вводять у стаціонарі (у тому числі й денно-ночній) ін'єкційним шляхом або краплинно, що дозволяє провести повноцінний курс терапії, винятком є випадки індивідуальної непереносимості хворим окремих складових розчину. Набагато складнішою є ситуація з прийомом пероральних форм лікарських засобів (пігулок, розчинів). Досить незручним є прийом кількох форм лікарських препаратів, наприклад, таблеток та гелю тощо.

Значення також має кількість медикаментозних засобів на один прийом. Нерідко хворий "забуває" випити одну з таблеток або пропускає один або кілька прийомів препаратів. Чим вища частота прийомів лікарських препаратів, тим складніше хворому дотримуватися призначень лікаря (особливо у нічний час). "Сумлінні" пацієнти залежно від режиму прийому препаратів складають 20–82 %, однак 50 % лікарських призначень виконуються некоректно. За літературними да-

ними, повністю виконують усі призначення лікаря 34 % хворих, частину призначень — 33 %, зовсім не виконують призначень 33 % пацієнтів. Позитивний комплаєнс досягається при однократному прийманні препарату (протягом доби) в 79,6 % випадків, при двократному — в 68 %, при трикратному — в 37,7 % випадків.

Важлива роль лікаря при призначенні тривалого курсу терапії, а також при використанні великої кількості препаратів, полягає у детальному поясненні хворому необхідності саме такого лікування, його перспектив та можливих наслідків при самостійному припиненні. Це можливо тільки з урахуванням особливостей характеру, психоемоційного стану хворого, виду діяльності та ритму роботи пацієнта, його способу життя і навіть звичок. Важливим є особистий контакт лікаря з хворим, довіра пацієнта, авторитет клініциста, його компетентність у даній галузі.

Досить серйозною причиною формування низького лікувального комплаєнсу є власне менталітет лікарського персоналу. Загальноприйняті підходи до медикаментозного лікування тих чи інших захворювань травного тракту періодично переглядаються. Однак ряд спеціалістів консервативно ставиться до таких новацій, не хоче замінювати відпрацьовані та перевірені багаторічним досвідом лікування хворих схеми терапії (часто малоефективні та застарілі) новими, більш прогресивними методиками у зв'язку з недостатньою обізнаністю з новітніми досягненнями медицини.

І ще одним не менш важливим аспектом негативного комплаєнсу є неможливість хворого вживати призначені лікарем медикаментозні засоби з економічних причин. Так, сучасна схема противиразкового лікування при гастродуоденальній виразці потребує значних фінансових витрат. На жаль, значне збільшення захворюваності на виразкову хворобу за останнє десятиріччя перевищує зростання платіжної спроможності населення нашої країни. Це, в свою чергу, призводить до вимушеного припинення хворим призначеного курсу консервативного лікування, переходом до фітотерапії, методів нетрадиційної медицини як альтернативи медикаментозному лікуванню. Частина хворих проходить медикаментозне лікування, приймаючи препарати-генерики, які значно привабливіші щодо їх вартості, однак мають низький терапевтичний ефект.

Поняття позитивного лікувального комплаєнсу стосується не тільки методів медикаментозної

терапії, а й хірургічного лікування хворих. Наприклад, виявлення у хворого хронічного калькульозного холециститу є абсолютним показанням до оперативного втручання. Спроби лікувати такого хворого консервативним шляхом, у тому числі застосовуючи препарати урсо- та хемодезоксихолієвої кислоти, уже є негативним комплаєнсом. Внаслідок такого "лікування" виникає небезпека загострення хвороби з розвитком деструктивних форм холециститу та його ускладнень (механічної жовтяниці, хронічного панкреатиту тощо). Оперативне втручання в даному випадку, як правило, буває більш складним, травматичним та об'ємним, а післяопераційний період перебігає на тлі серйозних морфологічних та функціональних розладів з боку органів, пов'язаних з жовчовивідною системою фізіологічно та анатомічно.

Висновок. Проблема лікувального комплаєнсу є соціально-економічною. Негативний комплаєнс пов'язаний з впливом ряду чинників, основними з яких є:

- недотримання хворими призначень лікаря внаслідок складності схем терапії;
 - некритичне ставлення хворого до стану свого здоров'я та лікування;
 - неможливість приймати призначені препарати з економічних причин, а також заміна їх генериками або заміна консервативного лікування фітотерапією та методами нетрадиційної медицини;
 - менталітет лікаря-клініциста (призначення традиційних, але застарілих схем терапії або шаблонний підхід до лікування хворого, використання препаратів з сумнівним терапевтичним ефектом).
- Нижче представлено можливі шляхи формування позитивного комплаєнсу:

ЛІТЕРАТУРА

1. Короткий В. М. Сучасний погляд на хірургічне лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки / В. М. Короткий, І. В. Колосович, Р. Ю. Спицин // Мистецтво лікування. – 2003. – № 6. – С. 47–52.
2. Фадєєнко Г. Д. Розповсюдженість, діагностика і лікування Н.ру/Огі-негативних виразок шлунка і дванадцятипалої кишки / Г. Д. Фадєєнко // Мат. науково-практичної конференції "Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки". – Київ, 2004. – С. 3.
3. Циммерман Я. С. Дискуссионные вопросы медикаментозного и хирургического лечения язвенной болезни / Я. С. Циммерман // Клиническая медицина. – 2002. – № 7. – С. 64–68.

1. Схема терапії не повинна бути перенасичена великою кількістю препаратів взагалі та на один прийом зокрема.

2. По можливості призначати препарати однієї лікарської форми (таблетки або розчини).

3. Кратність прийомів не повинна бути великою (чотири і більше).

4. По можливості призначати комбінації препаратів з урахуванням подібності їх фармакокінетики.

5. Роз'яснення хворому доцільності застосування саме цієї схеми терапії, а також можливих наслідків та ускладнень при її припиненні.

6. Відмова від лікарських засобів з сумнівним терапевтичним ефектом, що не відповідають вимогам доказової медицини.

7. По можливості застосовувати комбіновані форми лікарських препаратів.

8. Відхід від старих малоефективних схем лікування і водночас уникнення шаблонного підходу до фармакотерапії без чітких показань до її застосування.

9. Використання препаратів, що відповідають тезі "поєднання ціни та якості", відмова від генериків (препаратів-копій).

10. Диференційований підхід до лікування захворювань травного тракту, враховуючи особливості конкретного регіону, а також вік хворих.

11. Визначення чітких показань до консервативного або хірургічного лікування хворих та своєчасність такого лікування.

Таким чином, саме формування позитивного комплаєнсу, на нашу думку, дозволить покращити результати лікування хворих з патологією органів травлення та зменшити частоту розвитку рецидивів захворювання, а також його ускладнень.

4. Arnold R. J. Selection of oral control-release drugs: a critical decision for the physician / R. J. Arnold, D. J. Kaniecki // South Med. J. – 1993. – V. 86, № 2. – P. 208–214.

5. Cockburn J. et al. Effects of intervention on antibiotic compliance in patients in general practice // Med. J. Australia. – 1987. – Vol. 147, № 7. – P. 324–328.

6. Drusano G. L. Relevance of the Alexander Project: pharmacodynamic consideration / G. L. Drusano, F. W. Goldstein // J. Antimicrob. Chemother. – 1996. – Vol. 38 (Suppl. A). – P. 141–154.

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ВИМУШЕНИХ ТРУДОВИХ МІГРАНТІВ

Р. М. Паращик, О. П. Венгер

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
ННІ медсестринства*

У статті розглянуто основні психотравмуючі проблеми і питання, з якими стикаються трудові мігранти, та їх вплив на психологічний стан особистості.

PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF FORCED MIGRANT WORKERS

R. M. Parashchuk, O. P. Venher

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky
Institute of Nursing*

The article deals with major traumatic problems and issues faced by migrant workers and how they affect the psychological state of individuals.

Вступ. Внаслідок важкої економічної, соціальної ситуації в Україні, значного дефіциту робочих місць на ринку праці продовжується виїзд громадян з України за кордон з метою працевлаштування.

Досить серйозні негативні наслідки міграції, виникають через порушення прав мігрантів, дискримінаційні умови праці та її оплати, психологічну і соціально-психологічну адаптацію людини в іноетнічному середовищі.

Основна частина. Наважуючись на переїзд, більшість людей вважає, що це єдине правильне вирішення їхніх основних проблем, і тому вони готові їхати за кордон без знання мови країни, культури, традиційних звичаїв і без достатньої робочої кваліфікації погоджуються навіть на нелегальну роботу.

Також з моменту прибуття на нове місце у всіх мігрантів починається процес вживання, входження, облаштування в новому для них суспільстві і країні, в нові політичні, правові, економічні, соціальні, психологічні, культурні аспекти. Інша культура примушує мігрантів відмовитись від попереднього способу життя, прийняти нові правила та зразки поведінки, соціальні норми.

І ще однією проблемою, з якою стикаються українські трудові мігранти, є усвідомлення свого соціального стану. В людей, які на Батьківщині були незалежними чи посідали шановане місце в суспільстві, дуже знижується самооцінка. Така ситуація спричиняє у трудових мігрантів відчуття та психологічні переживання: відчуття втрати чи позбавлення (статусу, друзів, Батьківщини, професії, майна); відчуття бути знехтуваним (неприйняття нової культури) і відчуття відкидання (неприйняття нової культури); збій у рольовій структурі (ролях, очікуваннях), плутанина з самоідентифікацією, цінностях, почуттях; відчуття тривоги, заснований в різних емоціях (подив, відроза, обурення), що виникають внаслідок усвідомлення культурних відмінностей; відчуття неповноцінності через нездатність справитися з новою ситуацією.

Проте є й такі мігранти, які не відчувають депресії і тривоги, іноді і з задоволенням переживають новий досвід минулого і успішно адаптуються до місцевих умов іншої культури від перших днів перебування. Успішність адаптації багато в чому визначається психологічним станом і настроєм людини.

Та навіть при сприятливих умовах адаптація до іншого культурного і етнічного середовища –

складний стресогенний процес. Перший період адаптації є найскладнішим, який триває для тривалих мігрантів до шести місяців.

Виділяють кілька аспектів в переживанні ситуації вимушеної міграції. Це міграція як переживання негативних життєвих подій – втрат, поневірянь, змін, що відбуваються до і під час переселення. Також це адаптація мігрантів у новому соціокультурному середовищі: міграція як переживання змін і культурних розбіжностей ізоляції і депривації.

Травмування психіки в новому соціокультурному середовищі, викликане вимогами адаптації й іншими труднощами, що виникають після тривалого переїзду (зокрема мігрантофобією), все це нерідко перевищує психофізіологічні можливості людей й ставить перед ним проблему виживання. За словами "вимушений мігрант" стоїть особиста трагедія, соціальне безправ'я та психічна вразливість, важкий тягар матеріальних проблем, постійний страх за майбутнє, підірване здоров'я та підвищений ризик захворювань, конфлікт з собою й іншими, нарешті, відчуття себе "чужаком" і людиною "другого сорту". Переживання цього статусу визначає психопатологічний статус мігранта. У психології при обговоренні таких переживань і їх віддалених наслідків широко використовують два поняття – "стрес" і "травма". Одне із рішень про питання причинно-наслідкового зв'язку "стресу" і "травми" в діагностичній категорії "посттравматичним стресовим розладом" (ПТСР) самою назвою визначається стрес як наслідок або наслідок травми.

В 1974 р. канадськими психологами Дж. Берри і Р. Анніс був описаний так званий один з видів стресу, що відчувають мігранти на новому місці, "стрес акультурації". В рамках клінічного підходу стрес акультурації розглядався спочатку як форма аномічної депресії (аномія – втрата цінностей і норми). Пізніше Дж. Вестермайер представив стрес акультурації як синдром, який поєднає у собі депресивні, параноїдні і тривожні симптоми.

У ролі проявів стресу акультурації більшість дослідників та практичних психологів називають соціальну дезінтеграцію і особисту кризу. На груповому рівні джерелом тривожності стає те, що в нових умовах не працюють колишні схеми владних відносин, громадського порядку та економічні стратегії, але на індивідуальному рівні

виникатимуть ворожість, невпевненість, ідентифікаційна сплутаність і депресія.

В комплексі проблем, притаманних мігрантам, важливе місце посідають психологічні наслідки депривації та ізоляції.

Емпіричні дослідження свідчать, що вимушеним мігрантам властивий високий рівень фрустрації як базових потреб і потреб вищого рівня і навіть високий рівень розбіжності між очікуваннями та реальною ситуацією.

У вимушених мігрантів спостерігаються різні порушення емоційної сфери: байдужість, пригнічення, втрата інтересу до життя, загальмованість переходить в апатію і депресію, дратівливість, агресивність, неконтрольовані спалахи гніву. Посилюється тривожність, підвищується збуджувальність, виникають різкі перепади настрою, фобічні реакції. У більшості мігрантів зустрічаються серйозні розлади сну: безсоння, нічні жахи.

Афективні і мотиваційні проблеми вимушених мігрантів супроводжуються порушеннями у когнітивній сфері: відзначаються випадки розладів всіх основних пізнавальних процесів – порушення пам'яті (амнезії – втрати пам'яті; конфабуляції; труднощі запам'ятовування), неувважність, порушення сприйняття (наприклад, часу), розлади мислення (мимовільні ухилення від основної теми розмови).

Аналіз психологічних труднощів і психічних розладів у вимушених мігрантів показує на комплексний характер, охоплюючи всі основні сфери особистості: емоційну, когнітивну, поведінкову, комунікативну. Порушення у різних сферах психічного здоров'я мігрантів, накладаючись одне на інше, можуть призвести до глобальних проблем особистості. Найважливіша з них – криза ідентичності.

Висновок. Таким чином, аналіз результатів та ефективності акультурації дозволив зробити висновки про наявність прямого позитивного взаємозв'язку між успішністю адаптації мігранта в іноетнічному середовищі та показниками його психічного здоров'я – якщо стрес акультурації виявився занадто важким, психологічне здоров'я погіршується, спостерігається розгубленість, депресія, висока тривожність, апатія тощо. Однак у цьому питанні немає абсолютної однозначності, цікавим є наявність суперечливих емпіричних даних. Цей факт підштовхує до більш детальнішого вивчення впливу міграції і, відповідно, адаптації мігрантів на новому місці та показників психологічного благополуччя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Солдатова Г. У. Психологічна допомогу мігрантам / Г. У. Солдатова. – Москва: Вид. Сенс, 2002.
2. Солдатова Г. У. Психологія біженців й вимушені переселенців / Г. У. Солдатова. – Москва: Вид. Сенс, 2001.
3. Сухарев А. В. Этническая функция культуры и психические расстройства / А. В. Сухарев. –1998 г.
4. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія: підручник, прикладна соціальна психологія. – Київ: Либідь, 2006.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНИХ СОЦІАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

Н. Б. Галіяш

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
ІНІ медсестринства*

У статті розглянуто основні соціальні проблеми людей похилого віку. Обговорюється важливість адресного, диференційованого підходу до організації роботи соціальних служб, що забезпечують підтримку людей даної категорії.

CHARACTERISTICS OF THE BASIC SOCIAL CONCERNS OF ELDERLY PEOPLE

N. B. Haliyash

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky
Institute of Nursing*

The article reviews the main social problems of the elderly people. We discuss the importance of targeted, differentiated approach to social services that provide support to people in this category.

Вступ. У багатьох країнах частка осіб, що досягли пенсійного віку, уже наблизилася до максимальної величини й у майбутньому, ймовірно, не зростатиме. Сьогодні кожний п'ятий житель України (20,4 %) досяг 60-річного віку. Число людей 65 років і старших, що у 1994 році становило 14 %, у 2025 році збільшиться до 21 % [1]. Проблеми літніх людей мають глибинні причини і мають тривалий характер. Однак серед населення літнього віку (для чоловіків 60–74 роки, для жінок 55–74 роки) і старого (75–90 років) віку можуть з'явитися важливі зміни, наприклад, збільшиться число «старих», а кількість людей, що прожили не більше 15 років після виходу на пенсію, знизиться [2]. Важливо не змішувати всі групи людей похилого віку, а розглядати кожну групу з розривом не більш 10–15 років. Тільки тоді можна одержати об'єктивні дані, що характеризують людей цього віку та їх потреби, і які можуть бути використані для планування і покращення соціальної роботи та діяльність установ охорони здоров'я.

Основна частина. Зміни статусу людини в старості викликані, насамперед, припиненням або

обмеженням трудової діяльності, зниженням соціальної та біологічної адаптивності, погіршенням самопочуття, трансформацією ціннісних орієнтирів самого способу життя і спілкування, а також виникненням різних утруднень як у соціально-побутовому, так і психологічному пристосуванні до нових умов. Люди похилого віку схильні до негативних емоцій, неспроможність щось робити для інших викликає почуття неповноцінності, роздратованості та бажання сховатися, що в майбутньому може перерости в байдужість до навколишнього світу.

Слід зазначити, що до проблем старості та її визначення вчені і практики підходили і підходять з різних точок зору: біологічної, фізіологічної, психологічної, функціональної, хронологічної, соціологічної та ін. А звідси і специфіка рішення проблем суспільного й соціального стану, ролі і місця в родині, в організації соціального забезпечення й обслуговування, соціальної реабілітації, соціального піклування над людьми похилого віку.

Зміна соціального статусу людини в старості, як показує практика, насамперед, негативно позначається на її моральному та матеріальному становищі, негативно впливає на психічний стан,

знижує опірність до захворювань і адаптацію до змін навколишнього середовища.

З переходом у категорію людей похилого віку, пенсіонерів найчастіше докорінно змінюються не лише взаємини людини і суспільства, але і такі ціннісні орієнтири, як сенс життя, щастя, добро і зло тощо. З віком змінюється ціннісна ієрархія самооцінки. Люди похилого віку приділяють менше уваги своїй зовнішності, зате більше – внутрішньому і фізичному станові. Змінюється тимчасова перспектива особистості [3].

Відхід у минуле типовий лише для осіб старечого віку, інші більше думають і говорять про майбутнє. У свідомості літньої людини найближче майбутнє починає переважати над віддаленим.

Ставлення до старості зумовлене віковими стереотипами, що засвоюються з дитинства. Ці стереотипи підтримуються культурною традицією, підсилюються засобами масової комунікації і соціальним оточенням. Поширена думка, що люди похилого віку інтелектуально деградують, не приносять користі суспільству, не живуть повноцінним життям, а доживають, суттєво впливає на поведінку осіб старшого віку, внаслідок чого знижується їх власна самооцінка. Упереджене ставлення до людей похилого віку впливає на формування суспільної думки, соціальних ролей і культурних форм активності звужує рамки їхнього життя. Гостро постає проблема повноцінного інтегрування людей “третього віку” у соціокультурне середовище, адаптації до нових умов життя в посттрудова період [4]. Проте роки старіння (а це може бути період до 20–25 років) можуть бути активними і приємними. Багато що тут залежить від самої людини, її оточення, стану здоров'я і фізичної активності, а головне від відповідного емоційного настрою.

Вивчення проблеми старіння вказує на можливість і необхідність підготовки людей до цих змін. Мета полягає не лише в підтримці фізичного стану особи, але вимагає і створення умов для її психологічної адаптації та соціально-побутової підтримки. Значну роль в цьому відіграє активний розвиток сфери соціальних послуг для людей похилого віку та робота соціальних працівників.

Насторожує факт, що близько 50 % людей похилого віку після першого контакту з чиновниками не приходять за соціальною допомогою повторно, тому що в них залишається почуття гіркоти й образи. Одна з причин виникнення цього

почуття – недостатнє фінансування державою соціальних послуг і пільг для малозабезпечених прошарків населення, відсутність строгого обліку адресності соціального захисту.

Зміни в організації соціальних служб та економічних підходів, пов'язаних із значним зростанням частки людей похилого віку в структурі населення України, є неминучими. Вже на сьогодні система соціальної допомоги та соціальної роботи, працюючи за максимальних навантажень, не в змозі повністю забезпечити потреби літніх людей, і близько 7,5 % пенсіонерів залишаються поза сферою її уваги і діяльності. А в майбутньому ця система може виявитися неадекватною щодо зростаючих вимог, якщо не запланувати її розширення та зміну підходів до надання послуг даній групі населення. Диференційований підхід повинен стати обов'язковим у соціальній роботі з людьми похилого віку [5].

Ще більш гострою необхідність одержання об'єктивних зведень для розумного планування і безпосередньої реорганізації соціальних служб у районах або регіонах, де потреби швидко зростаючого числа людей похилого віку, залежних від цих служб, не задовольняються повною мірою. Для прогнозування потреб у соціальному обслуговуванні і соціальній роботі важливе визначення динаміки росту чисельності осіб у віці від 75 років і більше, а не загальне збільшення числа людей, старших 55 років. За даними Інституту соціальних досліджень, 80 % осіб, старших 75 років – це категорія людей, які мають найбільшу потребу в повній сторонній допомозі й обслуговуванні.

Особливої уваги заслуговує і відношення самих людей похилого віку до тієї допомоги, що їм надається соціальними працівниками. Практичний досвід і спеціально проведені дослідження дозволяють виділити кілька визначених стереотипів поведінки з людьми похилого віку.

1. Часте неприйняття соціальної допомоги в повсякденному житті; недовіра до соціальних працівників, небажання бути залежними від чужих, сторонніх людей.

2. Явні установки, прагнення і наполегливість в отриманні якомога більшої кількості послуг з боку соціальних працівників, покладання на них виконання всіх побутових обов'язків.

3. Незадоволеність своїми життєвими умовами переноситься на соціальних працівників, з якими безпосередньо спілкується особа похилого віку.

4. Соціальний працівник сприймається як об'єкт, що несе пряму відповідальність за їхній фізичний, моральний і матеріальний стан.

Звичайно, основна частина людей похилого віку, з якими ведеться соціальна робота в різних її напрямках, висловлює свою щиру вдячність соціальним працівникам, високо оцінює їх працю. Однак нерідко трапляються випадки недоброчинного ставлення, підозрілості, невдоволення послугами, що надаються. Іноді спостерігається надмірна запопадливість і вихвалання соціального працівника з метою домогтися тих послуг, що не входять у перелік виконуваних обов'язків.

Робота зі старенькими в усіх країнах вважається однією з найважчих як у фізичному плані, так і в емоційно-психологічному; для таких професій характерний великий відсоток "професійного вигорання". Щоб цього уникнути, необхідна хо-

роша підготовка, розуміння і знання психологічних особливостей людей похилого віку.

Висновки. Таким чином, в організації соціальної роботи з людьми похилого віку необхідно враховувати специфіку їхнього соціального статусу не тільки в цілому, але й кожної людини зокрема, брати до уваги їх потреби, нестатки, біологічні та соціальні можливості, визначені регіональними особливостями.

У нових соціально-економічних реаліях суспільства проблема адресного, диференційованого підходу до організації роботи соціальних служб, що забезпечують підтримку людей похилого віку, стає ще більш значущою. Визначення специфіки цієї проблеми з урахуванням особливостей та потреб людини похилого віку в умовах старіючого суспільства може бути напрямом подальшого дослідження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шляхи підвищення якості і доступності надання первинної медичної допомоги людям літнього і старечого віку (огляд літератури та власних досліджень) / В. В. Безруков, В. В. Чайковська, Н. В. Вержиковська, Н. А. Хаджинова // "Журн. АМН України". – 2007. – Т. 13, № 2. – С. 291-305.

2. Первичная медико-санитарная помощь – Сегодня актуальнее, чем когда-либо: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. // Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. – ISBN 978 92 4 456373 1

3. Краснова О. В. Социальная психология старения : [учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведе-

ний] / О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М.: Издательский центр "Академия", 2002. – 288 с.

4. Новікова О. Ю. Сутність поняття "соціально-педагогічна адаптація людей похилого віку" / О. Ю. Новікова // Вісник Житомирського державного університету. Випуск 59. Педагогічні науки. – 2011. – С. 136–140.

5. Холостова Е. И. Социальная работа с пожилыми людьми: учебное пособие / Е. И. Холостова. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и КО», 2002. – 295 с.

ПРОФІЛАКТИКА ВИРАЗОК ПРИ ДІАБЕТИЧНІЙ СТОПІ

М. Ю. Кохан

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
ННІ медсестринства*

У статті описано, як правильно здійснюється догляд за діабетичною стопою. Результати декількох досліджень допомагають визначити ефективні компоненти навчання пацієнтів, які сприяють успішному одужанню пацієнтів. До них відносять: надання детальних рекомендацій щодо догляду за стопами прохання до пацієнта здійснювати самоогляд, демонстрація та практика процедур із догляду за стопами, та постійне наголошення на тому, що ускладнень можна уникнути шляхом самостійного догляду за собою.

PROPHYLAXIS OF ULCERS AT A DIABETIC FOOT

M. Yu. Kokhan

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky
Institute of Nursing*

It is described in the article, how correctly make the supervision upon a diabetic foot. Findings from several studies help to determine the effective components of patient education that contribute to successful patient outcomes. These include giving detailed foot care recommendations, requesting patient commitment to self-care, demonstrating and practicing foot care procedures, and communicating a persistent message that foot complications can be avoided by self-care.

Вступ. Захворювання на цукровий діабет невинно зростає як у світі, так і в Україні. Разом із цим збільшуються випадки ускладнень, пов'язаних із діабетом, серед яких одним із найчастіших та тяжких є розвиток синдрому діабетичної стопи (СДС). Запобігання виразкам стопи при ЦД вимагає співпраці як з пацієнтом, так і з його родиною. Профілактичні заходи включають щоденні огляди, добір відповідного (часто — спеціального) взуття, ретельний догляд за шкірою і нігтями, корекцію ходи та деформацій.

Основна частина. Стопу треба оглядати щодня. Якщо пацієнтові важко це зробити, то для оглядів використовують дзеркало. Пацієнта треба націлити на виявлення появи подряпин, лишайів, вогнищ почервоніння, набряку, мозолів та ділянок мацерації. Усі ці стани вимагають негайного втручання.

© М. Ю. Кохан, 2012

Хворому потрібно мати відповідне взуття. Діапазон відповідного взуття для хворих на ЦД коливається від якісних тенісних чи прогулянкових туфель до ортопедичних пристроїв для ходьби. Такі індивідуально виготовлені вироби досить дорогі, але їх вартість набагато менша, ніж вартість хірургічного лікування виразок на діабетичній стопі.

Хворим з діабетичною нейропатією не можна носити взуття на високому каблуку, з гострим вузьким носком, гнучкою підошвою та без шнурів (типу мокасинів). Суха шкіра й атрофія підшкірних жирових подушок у хворих на ЦД вимагають наявності спеціальних подушечок усередині взуття. Пацієнтам радять взувати нове взуття спочатку не довше, ніж на кілька хвилин протягом дня, надалі тривалість цього періоду поступово збільшують. Такий процес адаптації триває 2–3 тижні. Ортопедичне взуття часто вимагає підгонки спеціалістом.

В профілактиці важливим аспектом є вибір правильних шкарпеток. Вони не повинні порушувати циркуляцію крові, тому бажано, щоб на них не було гумок, які порушують венозний відтік крові. Надавати перевагу варто білим шкарпеткам — на них легко побачити сліди виділень з міхурів, ділянок мацерації та пошкоджень. Після вдягання на них не має бути складок.

Непотрібно забувати щодня оглядати взуття і шкарпетки до і після носіння для виявлення сторонніх предметів. Взуття потрібно вибирати зручне. Воно повинне відповідати таким вимогам: широкий просторий носок, гнучкі устілки, які можна змінювати, і форма яких має відповідати формі стопи.

Також не слід забувати про правильний догляд за шкірою та нігтями. Винятково важливий ретельний щоденний догляд за стопою і нігтями. Насамперед роблять ванни або душ з теплою водою. Дуже важливо уникати застосування гарячої води — при нейропатії вона може бути причиною опіків. Якщо у пацієнта нейропатія уражає кисті рук — температуру води перевіряють рукою його рідні. Можна просто загортати стопу в рушник, намочений теплою водою. Після того, як шкіру висушили рушником, її змащують (включно пальці і міжпальцеві проміжки) вазеліном або подібним засобом. Треба стежити, щоб мазь не потрапляла на відкриті рани. Зайву мазь ретельно видаляють (особливо з міжпальцевих проміжків), оскільки вона може спричинити мацерацію шкіри.

Хворі на ЦД, особливо з порушенням кровотоку у стопі, вразливі до грибкових інфекцій, у них часто розвиваються дистрофічні зміни нігтів. Такі потовщені дистрофічні нігті, які уражені грибковою інфекцією, майже неможливо обрізати звичайними ножицями або кусачками для нігтів. Ефективно обрізати і підрівняти край таких нігтів можна з допомогою хірургічних кусачок або шліфувальної насадки на дріль. Ефективною альтернативою протигрибковій терапії є сточування нігтів до товщини паперу — грибки гинуть через висушувальний вплив повітря. Треба мати на увазі, що багато хворих на ЦД не можуть самі обрізати нігті через проблеми із зором та згинанням.

В світі набуло великого розвитку кабінети діабетичної стопи, де пацієнтів навчають правильному догляду та профілактиці ще більших ускладнень. Основними завданнями і функціями цього кабінету є:

- скринінгове обстеження хворих на ЦД, виявлення трофічних уражень нижніх кінцівок;
- організація та проведення всього можливого лікувально-діагностичного комплексу;
- визначення клінічної форми СДС;
- забезпечення спеціалізованої медичної допомоги хворим на ЦД із СДС, трофічними розладами нижніх кінцівок, що потребують амбулаторного хірургічного лікування;
- навчання хворих та їх родичів заходам профілактики уражень нижніх кінцівок;
- диспансерний нагляд за хворими на ЦД особливо з вираженими змінами з боку периферичної нервової системи та судин нижніх кінцівок;
- своєчасне направлення хворих із вираженою ішемією нижніх кінцівок та важким перебігом СДС в спеціалізовані хірургічні відділення;
- оцінка ступеня тяжкості захворювання, його прогноз та вирішення питання доцільності скерування на медико-соціальну експертну комісію;
- проведення санітарно-освітньої роботи з питань профілактики, діагностики та лікування СДС.

Висновок. Захворювання стоп є лише ускладненнями ЦД, тому підтримання адекватних метаболічних показників і своєчасне та правильне лікування основного захворювання є найважливішою складовою профілактики цих ускладнень. Проте зважаючи на специфічність проблем зі стопами у хворих на ЦД, тяжкість їх загального стану, наявність нейропатії, а також вищезгадану супутню патологію, у більшості випадків догляд за стопами у таких хворих мають виконувати медичні працівники. Вони також повинні повідомити хворого про способи самостійного догляду за стопами і розповісти, що хворі зі змінами форми або розміру стопи, болем у ногах під час ходи, зниженням чутливості стопи та ті, хто раніше мав виразки на стопі, формують так звану групу ризику. Ще загрозовішою є ситуація зі стопами у таких хворих за наявності виразки або ампутації ноги в анамнезі, ретинопатії та нефропатії (відображають наявність і виразність мікрovasкулярних уражень), куріння, вживання алкоголю, поганої компенсації ЦД, ослаблення або втрати зору, поганого розуміння хворим суті свого захворювання, низької культури хворого, похилого віку, ожиріння, мешкання окремо від сім'ї.

ЛІТЕРАТУРА

1. Department of Health and Human Services: Therapeutic shoes for individuals with diabetes. In Medicare Carriers Manual, Section 2134. Washington, D C., U.S. Govt. Printing Office, July 1994 – P.2–85.
2. Neuropathic diabetic foot ulcers / A. J. M. Boulton, R. S. Kirsner, L. Vileikyte // NEJM. – 2004. – 351. – P. 1694–1695
3. Міхневич О. Е. Ортопедична профілактика ускладнень синдрому діабетичної стопи / О. Е. Міхневич, А. П. Лябах, Д. Ю. Якімов та ін. // Міжнародний ендокринологічний журнал. – № 3(5). – 2006. – С. 45–53.
4. Гур'єва І. В. Профілактика, лікування, реабілітація та медико-соціальна організація медико-соціальної допомоги хворим з синдромом Діабетичної стопи / І. В. Гур'єва: автореф. ... д. мед. наук. – М., 2001.

УКРАЇНСЬКА НАРОДНА МЕДИЦИНА

І. Ю. Іващенко

Івано-Франківська міська поліклініка № 2

У статті міститься важлива і цікава інформація про народну медицину, яка виступає одним із важливих аспектів нетрадиційної медицини, більш уживана у повсякденному житті сучасним суспільством, на відміну від традиційної медицини, яку не всі знають і не завжди вміють використати.

UKRAINIAN FOLK MEDICINE

I. Yu. Ivashchenko

Ivano-Frankivsk City Hospital №2

This article contains important and interesting information on traditional medicine, which stands as one of the most important aspects of alternative medicine, more used in everyday life of modern society, difference from conventional medicine, which not everyone knows and does not always know how to use.

Вступ. Актуальною проблемою, яку ми розглянемо у даній статті, є важливість народної медицини (як частина нетрадиційної медицини) у повсякденному житті, взаємозв'язок з іншими галузями, які впливають на неї, раціональність та ірраціональність народної медицини минулого і сьогодення.

Основна частина. Народна медицина – одна з найважливіших галузей народних знань, яка визначає соціально-гігієнічні норми, побутову культуру, психологічні норми спілкування, її можна розглядати як складову традиційної культури. В народній медицині поєдналися позитивні емпіричні знання, засоби лікування словом, досвід місцевих спостережень, світоглядні уявлення та вірування різних епох. Це – народні уявлення про анатомію і фізіологію людини, народне розуміння етіології захворювань, погляди на народних лікарів, методи діагностики та профілактики, санітарно-гігієнічні норми, класифікацію лікувальних засобів.

Народна медицина має два начала – раціональне та ірраціональне. Традиційно головне місце у раціональному лікуванні населення України посідають трави, що було одним з основних на-

прямків народної лікарської терапії. Спостерігаючи за навколишньою природою і накопичуючи знання про властивості рослин, люди протягом століть виробляли правила збору, сушіння, зберігання та застосування лікарських трав.

Науково доведено, що біологічно активні речовини утворюються і накопичуються в рослинах у певні періоди їхнього розвитку, тому й заготовляти їх необхідно у точно визначений час.

Система народних знань – важлива складова традиційно-побутової культури, раціональні відомості з різних галузей знань, набуті протягом багатовікової трудової діяльності народу. Потреби розвитку господарства спонукали людину виявляти закономірності у природі, спостерігати небесні світила, пізнавати й тлумачити різноманітні явища навколишнього світу.

Система народних знань включає народну медицину, ветеринарію, народний календар і метеорологію, народну астрономію та метрологію, народні професійно-виробничі знання та ін. На різних історичних етапах традиційні знання різною мірою поєднували раціональні елементи народного досвіду з ірраціональними нашаруваннями попередніх епох.

Незважаючи на певний розвиток наукових знань, українці навіть на початку ХХ ст. корис-

тувалися у повсякденному житті досвідом предків. Разом із тим протягом століття система народних знань зазнавала чимраз відчутнішого впливу науки. Зростав рівень освіченості населення, народні знання поступово очищалися від забобонних уявлень та вірувань.

Однак цей процес мав і свої вади, головна з яких – девальвація значущості раціональних народних знань, нігілістичне ставлення до безцінних скарбів народного досвіду. Традиційні народні знання з математики, метрології, астрономії повністю витіснились сучасними науковими знаннями, що інтенсивно поширюються через систему шкільної та вищої освіти. Із зникненням багатьох народних промислів та ремесел губляться й пов'язані з ними професійно-виробничі знання й навички. Проте окремі елементи система народних знань і сьогодні широко побутують серед сільського населення. Це стосується насамперед народної медицини та метеорології.

Народне лікування здійснювалось таким чином:
Лікування рослинами

Використовували корінь, листя чи квітки залежно від того, яку частину рослини вважали цілющою. Листя зазвичай збирали перед цвітінням; підземну частину (корені, бульби) – восени чи ранньою весною, коли у рослини припиняється рух соку; кору ж, навпаки, заготовляли під час руху соку – навесні; насіння і плоди – у період їхнього досягання. Квіти рекомендували збирати на початку цвітіння рослин.

Традиційно лікарські трави часто заготовляли у святкові дні, особливо на Купала. Радили йти по трави в “жіночі” дні (середа, п'ятниця), які, за народним повір'ям, є найсприятливішими. Вважалося, що трави можна збирати тільки до обіду. В Україні побутував звичай брати із собою окрайчик хліба, солі і класти на те місце, де росла рослина. Іноколи радили класти й гроші, мотивуючи це платою землі за траву. Збираючи трави, “шептали”.

Слід зазначити, що існували і певні табу. Так, збирати трави могли тільки дівчатка та жінки старшого віку, а жінкам, які “перуться”, “цвітуть”, це робити не годилося.

Найкориснішими вважаються: полин гіркий, м'ята, айр, лопух, звіробій, підбіл, золототисячник, валер'яна, конвалія, материнка, дивина, деревій, або “кривавник”, “серпориз”, “серпоризник”, подорожник великий і подорожник середній, вероніка лікарська, ромашка лікарська, чебрець, мучниця.

Наші предки знали, що звіробій лікує 90 хвороб. Він ефективний при лікуванні жіночих хвороб, шлунково-кишкового тракту, печінки, нирок, запальних процесів, наривів, “чиряків”.

Не менш популярний і полин гіркий, який посилює апетит і покращує травлення. До того ж, у народі полин вживали від пропасниці, вважали добрим жовчогінним та глистогінним засобом.

Однією з найулюбленіших лікарських рослин є ромашка лікарська. Внутрішньо, у вигляді чаїв та відварів її вживали при болях у животі, кольках, розладу та спазмах шлунка. Настояєм з ромашки промивали гнійні рани, виразки, полоскали горло при застудах. Також ромашку застосовували при лікуванні гінекологічних та дитячих хвороб.

Шанований в Україні й айр, який використовували при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, головному й зубному болю, ним промивали рани та гнійні виразки, а також приймали як жовчогінний засіб.

Необхідно вказати, що в народній фітотерапії широко застосовували отруйні рослини, серед яких чи не найперше місце посідає чистотіл. Його властивості були відомі ще за часів Київської Русі при лікуванні шкірних хвороб. У Середньовіччі чистотіл використовували при шкірних хворобах, водянці, також ним лікували печінку. Вживається чистотіл як зовнішньо (при бородавках, грибках, лишаях та інших шкірних хворобах), так і внутрішньо – при захворюваннях жовчного міхура, болях у грудях, ядусі, кашлі, застуді.

Окрім того, для лікування широко застосовували суміші лікарських рослин. Зокрема, зубний біль лікували відваром з полину, німиці, коріння татарського зілля (айру). При болях у животі радили пити відвар зі звіробою, деревію, мати-й-мачухи та золототисячника. При сильному кашлю вживали відвар із чебрецю, туї, мати-й-мачухи, суниці. Суміші з лікарських трав використовували при виготовленні купелі, особливо для маленьких дітей. Серед них найшанованішими були череда, м'ята, чебрець, ромашка, чистотіл, любисток.

Зі згаданих вище рослин виготовляли різноманітні лікарські препарати. Зокрема, для внутрішнього застосування – відвари, настоянки, соки, порошки; зовнішньо – у вигляді ванн, клізм, примочок, припарок, компресів, мазі.

Властивості низки лікарських трав досліджує, визнає та долучає до вживання й офіційна медицина.

Лікувати допомагали і дерева. Вагоме місце у народному лікуванні займала береза. Широко використовують бруньки, листя і сік берези. Горілана настоянка на березових бруньках слугувала натиранням при ревматичних болях та як рanoзагоювальний засіб, лікували екзему. Настоянку з листя берези застосовували при запальних хворобах нирок і сечового міхура. З березового листя робили компреси для вигрівання.

Здавна широко лікувальну дію приписували дубу, а особливо його корі. Зокрема, нею гоїли рани, полоскали горло при хворобах слизової оболонки порожнини рота, при зубному болю, приймали внутрішньо у вигляді відвару при розладах шлунка, кишечника та сечового міхура.

Шанованим деревом в Україні є вільха. З її листя робили постіль для тих, хто страждає від ревматизму та частих застуд. Кору вживали для полоскання горла. Молоденькі листочки вільхи прикладали до наривів та чиряків.

При застудах вживали чаї та відвари з цвіту липи, яблунь, груш, вишні. Широке застосування мали чаї, настоянки, відвари з плодів калини, їх також використовували як сечогінний, проносний, потогінний та заспокійливий засіб.

Населення тих регіонів України, насамперед Карпат і Полісся, де зростає багато хвойних і мішаних лісів, традиційно в практиці лікування широко використовували сосну й соснові бруньки у вигляді відвару та настоянок як відхаркувальний, дезінфікувальний, протизапальний і сечогінний засоби. Сосновими бруньками лікували застудні хвороби, запалення дихальних шляхів, бронхів, а також ревматизм і хвороби шкіри. З бруньок навіть готували варення.

У народній медицині українців широко використовують лісові ягоди. Так, чорниці вживали при пониженій кислотності шлункового соку, каменях нирок, недокрив'ї. Радити їсти ягоди чорниці для покращення зору. Відвар з чернишняка (листя чорниці) пили при застуді, хворобах шлунка, зокрема виразці. Популярною є також суниця. Відвар з її листя вживали при шкірних хворобах, хворобах печінки і селезінки. Ягоди брусниці корисні при гастритах, проносах, ревматизмі. Відваром з її листя лікувалися при ниркових каменях, ревматизмі, подагрі. Загальновідомі лікувальні властивості плодів малини при застудах, шлунково-кишкових хворобах, ревматизмі, діабеті.

У лікувальній практиці всього населення України широко застосовують овочі, зернові та технічні культури.

Здавна у народній медицині перше місце посідали часник і цибуля. Витяжками з часнику й цибулі промивали виразки, часник використовували, щоб уберегтися від епідемії. Цибуля і часник слугували ліками при застудних захворюваннях. Сік із цибулі додавали у молоко і закапували в ніс.

Хворі на ангіну полоскали горло водою з потовченим часником, а також натирали груди спиртовою настоянкою на часнику. При кашлі часником радили мастити підшви хворого. Часник прикладали до хворих зубів, радили його їсти при болях у серці, окрім того, цю рослину використовували в рецептах для лікування ніг, екземи. Цибулю, переважно печену, прикладали до наривів.

Традиційно використовуються й інші городні культури. Досить широке застосування має картопля. Терту картоплю прикладали до наривів, при болях у спині, "у боці". Сиру картоплю радили прикладати до мірця укусу оси чи бджоли, при мозолях, опіках. Гарячу картоплю під час застуди прикладали до ніг, грудей, над вареною гарячою картоплею робили інгаляції.

Сік моркви вживали як протиглісний засіб, а накладена на гнійні рани терта морква очищала їх і сприяла заживленню. Сік моркви з жиром вживали при болю в грудях. Моркву використовували і в дієтичному харчуванні: при захворюванні нирок радили включити моркву в раціон. Терту сиру моркву прикладали до грижі. Варені буряки радять їсти при болю в печінці, соком буряка полоскали хворе горло. Капусту найчастіше застосовували при головних болях, капустяним листям обкладалися при грижах, прикладали до місця ін'єкції. Під час застуди листок капусти радили ошпарити окропом, намастити медом і прикласти на ніч до грудей. Намочену в соку квашеної капусти тканину прикладали при "болячці", сухотах, ранах, наривах. Чорну редьку радили їсти при хворобах печінки. Розсіл із квашених огірків пили при болях у животі, змочену розсоллом тканину прикладали до ураженого лишаєм місця.

Зернові культури найбільш уживані при хворобах застудного характеру, зокрема з висівок гречаної, житньої чи пшеничної муки роблять компреси.

Широко використовували у народному лікуванні українців продукти тваринного походження. Здавна відомі тут лікувальні властивості молочних продуктів. Загальновідоме вживання гаярчого молока з різними компонентами при застудах. Найчастіше молоко вживають з маслом і медом, содою, з яйцем та маслом, медом та перцем, білком та медом чи маслом. Компреси з кефіру радили прикладати до наривів. Сироватку з оцтом прикладали до укусу бджоли. Пили сироватку і від "здуття". Молоко та сироватку жителі Київщини вживали від сухот, лихоманки, при кровохарканні, цинзі. Несолоне масло застосовувалося при грудних хворобах. До наривів радили прикладати сметану з медом. Свіжу сметану скрізь застосовували при гнійних висипаннях, золотусі, наривах.

Традиційно у лікуванні широко застосовували жири. Найпопулярнішими були свинячий, гусячий, собачий, борсуковий, їжаковий. Ними переважно розтирали при застуді, вживали як рано-загоювальні засоби при запаленні легень, астмі, туберкульозі.

Внутрішнє несолоне сало свині ("сітку") використовували як засіб від наривів, ран, пухлин, затвердіння у грудях, ним розтирали хворе місце. При застуді найуживаніший спосіб – розтирання спини хворого жиром, для більш повного ефекту – розтопленою "сіткою" натирали ще й ноги хворого. Несолоне сало радили прикладати і до вивихів, синців, ударів, ран, а також при зубному та грудному болях.

При застуді, крім свинячого, використовувався і гусячий жир. Його розігрівали, намащували на льняну тканину і обкладали горло. Щоб підсилити вигрівання, рекомендувалося додатково обгорнути горло овечою вовною. Гусячий жир вважали найкращим засобом при опіках шкіри. При болях у спині, а також застуді використовували топлений нутряний козячий жир. Ним намащували аркуш паперу і прикладали до спини, обмотуючи теплим шматком тканини, або розтирали груди хворого.

Найефективнішим для лікування туберкульозу вважали собачий та борсуковий жири, які додавали у молоко або чай. Їжаковий жир використовували для загоювання ран та наривів, ним лікували астму.

З лікувальною метою використовували і яйця. Вареним неочищеним яйцем вигрівали нариви, сирим білком змащували опіки, зупиняли пронос при холері.

Що стосується ліків мінерального походження, то найуживанішими були сіль та руда глини. Із солі робили гарячі компреси при застудних захворюваннях, прикладаючи їх до горла та носа. Розчином солі радили промивати рани. З рудої глини робили компреси при вивихах і синцях.

Народна медицина як галузь традиційної культури пов'язана не тільки з раціональними, а й з ірраціональними народними знаннями, носіями яких були народні лікарі.

Традиційно особу народного лікаря розцінювали двоюко: розрізнялися "погані" (чаклуни, відьмарі) і "добрі" (знахарі).

Діяльність перших, за народним переконанням, була заснована на зв'язку з нечистою силою і спрямована на здійснення зла, наслання недуги, лиха, їм приписували найтяжчі хвороби, в тому числі психічні. Знахар, навпаки, не знався з нечистим, не запродував йому своєї душі, а одержував свої знання від Бога, використовував свою силу з добрими намірами, насамперед, для лікування. Хоча слід зазначити, що досить часто в уявленнях народу не було чіткого розмежування функції знахаря і чарівника.

Основною діяльністю знахаря було лікування магічних хвороб: "уроків", "данья", "підвію", "ляку" тощо.

Однією з найпоширеніших хвороб, які побутовали в Україні, були "вроки". За народним переконанням, "зурочити" могли особи, які вже народилися з "поганими" очима або яких мати у дитинстві два рази відлучала від грудей. Можливість зурочення приписували й людям, які за способом життя, специфічною поведінкою, зовнішнім виглядом (антропологічним відхиленням) різнилися з рештою. Окрім того, за стійким народним переконанням, "зурочити" може будь-хто, якщо скаже чи подумає щось у "лиху годину". Щоб захиститися від "зурочення", використовували різноманітні обереги: носили при собі свячену сіль, пришпилювали у непомітному місці шпильку, тримали дулю в кишені. Лікування від "зурочення" розпочиналося з того, що знахар шептав замовляння на воду, а потім тією водою напував хворого. Окрім цього, застосовувалися й інші дії. Зокрема, "зуроченого" "стирали" тричі по обличчю пеленою нижньої сорочки або ж брали неповну склянку холодної води, кидали туди три крихти свіжого хліба і три жаринки з вугілля. У цій воді знахар вмочував пальці правої руки і тричі "стирав" по обличчі хворого.

Багато способів та методів лікування пов'язано з "ляком" – хворобою, яка виникає внаслідок того, що людина когось або чогось злякається. Ляк, за народним переконанням, треба було обов'язково "викачувати" і "не задавнювати", бо з такого ляку могла виникнути епілепсія. Викачування переляку відбувалося найчастіше за допомогою яйця чи хлібного м'якуша. Часом його "виговорювали" на воду, виливали на віск.

Дуже страшною хворобою є епілепсія. Як зазначалося вище, однією з причин цієї хвороби, за народними уявленнями, міг бути "задавнений ляк". Під час нападу людину радили накривати шматинною, хусткою, взагалі будь-якою тканиною чорного кольору, під голову клали землю і пір'я з чорного півня. При епілепсії радили пити відвари з білої водяної лілії, з листя черемхи, з коріння чорнобиллю. Причому коріння чорнобиллю радили копати лише дерев'яною лопатою і пити лише дерев'яною ложкою. Сушили і терли в їжу місце (плаценту) з чорної свині.

Однією з найстрашніших хвороб вважали "данне", її зазвичай "дають", "упирають на горілку" під час гулянки люди, які мають знання з чорної магії. Щоб захиститися від "дання", необхідно було підкласти мізинець під чарку, з якої п'єш. Якщо вона трісне – хтось мав намір дати "данне". До речі, окрім хвороби, під "данням" часто розуміли також намовлене зі шкідливою метою зілля або якісь речі, які підкидають комусь, щоб заподіяти лихо. "Данне" переважно діагностували і лікували так само, як і "вроки" – вишіптували на воду. "Вишептати" міг як знахар, так і людина, яка "дала данне".

Народ приписував появу деяких хвороб вітру, а особливо вихору – раптовому пориву вітру, який знімався зненацька від землі і закручувався спіраллю. За народними повір'ями, у такому вихорі перебуває нечистий, а ще казали, що це злий дух жениться або чарівники пускають хвороби за вітром. Вважали, коли хтось потрапить у цей вихор, буде довго і тяжко хворіти, інколи аж до смерті. При виникненні вихору радили хреститися і падати на землю. А ще намагалися про всяк випадок носити при собі обереги, зокрема ніж або інший гострий предмет, який необхідно було кинути у саму круговерть.

Слід зазначити, що знахарі часто лікували хвороби, виникнення яких мало раціональне пояснення, проте лікували ірраціональними метода-

ми. До таких хвороб належить "рожа", "волос", "зуби", "удар", "золотник".

"Рожу" розпізнавали за зовнішніми ознаками. Це, здебільшого, почервоніння шкіри, свербіж, інколи з'являлися пухирі.

"Рожу" спалювали таким чином: знахарка бере три чи дев'ять льняних пасом (бажано освячених) та шматок червоної тканини. Тканину кладе на хворе місце, бере одно пасмо льону, підпалює і шепче замовляння. Процес повторювався відповідно три чи дев'ять разів.

Причиною виникнення "волосу" могли слугувати нариви на пальцях рук чи ніг. Назва цієї хвороби мотивується віруванням у проникнення в організм людини водяного ниткоподібного черв'яка, що нібито утворився із кінської волосини. Обов'язковими атрибутами при лікуванні "волосу" мали бути дев'ять пшеничних колосків та мисочка з теплою водою. Колоски зв'язували, прикладали до хворого місця, поливали гарячою водою.

Лікування зубного болю в українців традиційно пов'язується з фазою місяця, причому головну роль у лікуванні відводять "молодику". Пов'язано це з тим, що дія місяця вважалася сприятливою в період його зростання. Щоправда, інколи вважали, що більше сприяє лікуванню старий місяць. Тут головну роль відігравала аналогія, бо старий сходить, а молодий ще розвивається. Відповідно біль має зйти, як і старий місяць. Як правило, зубний біль замовляли.

"Удар", "звих" – це хвороба, яка, з одного боку, має цілком раціональне пояснення: падіння і необережне ступання призводять до пошкодження тканини організму, порушення м'язових волокон. Проте за народним переконанням ця хвороба є демонічною істотою. Коли ж упала, то це значить, що з нею нечистий бавиться, до того ж, удар ніколи сам не пройде. Удар здебільшого замовляли. Примовляючи, водили рукою чи свяченим ножом по хворому місці.

Особливо ретельно ставилися до лікування "підірваного живота", який міг викликати низку інших хвороб. Зокрема шлунка, хребта, серця, легень, а інколи й бездітність у жінок.

Підірваний живіт, як правило, "ставили" у такий спосіб: народний лікар, знайшовши, де "враз" б'ється, помаленьку тиснув на нього рукою, підводячи до пупа та примовляючи молитву. "Ставили живіт" ще й так: хворому на пуп клали шма-

точок хліба чи зрізану картоплину, у які встромлювали дев'ять сірників, запалювали і накривали горщиком. А ще ставили на живіт череп'яний горщик з гарячою водою, кидали туди дев'ять маленьких камінців. "Ставили золотнік" і на "сокіру": сокиру ставили лезом до підлоги, а на обух налягали. Всі ці засоби були направлені на те, щоб притягнути "враз" до пупа.

Після "встановлення вразу" рекомендували декілька днів нічого важкого не піднімати, утриматися від фізичних навантажень.

При замовлянні крові особливих обрядодій не застосовували. Як правило, воно зводилося до

того, що знахарка свяченим ножем хрестила ушкоджене місце і замовляла його.

Слід зазначити, що лікування такого виду хвороб передбачало і лікування словом. Власне, в нероздільності раціонального та ірраціонального і виявляє себе специфіка народної медичної практики.

Висновок. Важливо те, що наша сучасна традиційна медицина все ж прямо пов'язана з нетрадиційною, народною медициною, адже всі лікарські речовини беруться із невичерпного джерела природи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Зільбер В. О. Народна медицина / В. О. Зільбер. – Москва : Наука і життя, 2000. – 76 с.
2. Пупеза Е. С. Народна медицина / Е. С. Пупеза. – Львів: Народні джерела цілителя, 2002. – 95 с.

3. Чердниченко П. О. Надзвичайна ситуація / П. О. Чердниченко. – Харків, 2005 – 54 с.

РАДІАЦІЙНА ОНКОЛОГІЯ РЕГІОНУ

Н. Д. Дейнека

*Комунальний заклад
Рівненський обласний онкологічний диспансер
Рівненської обласної ради*

У статті міститься основна інформація щодо впровадження в практику новітнього радіодіагностичного та радіотерапевтичного обладнання в центрі променевої терапії КЗ РООД.

RADIATION ONCOLOGY OF THE REGION

N. D. Deyneka

*Municipal Institution
Rivne Regional Oncology Center of
Rivne Regional Council*

The article contains basic information on the practical implementation of the advanced radio diagnostic and radiotherapy equipment in the center of radiation therapy in the circuit ROOD .

Вступ. Онкологія – одна з найболючіших тем вітчизняної медицини. Злоякісні новоутворення є однією з найсерйозніших медико-біологічних і соціально-економічних проблем. Рівні захворюваності та смертності від онкологічних хвороб постійно зростають.

Рак (лат. Cancer) – причина понад 15 % усіх летальних випадків і поступається за рівнем цього показника лише серцево-судинним захворюванням. Більше 45 % людей, які помирають від раку – особи працездатного віку. Аналіз стану організації онкологічної служби України свідчить про наявність проблем, які належить вирішувати як шляхом поліпшення організації діагностичного процесу, так і якості лікування хворих. Перспективи в цій галузі багато в чому пов'язані з успіхами променевої терапії, яка серед існуючих методів лікування за частотою і спектром застосування нині посідає провідне місце, і її роль постійно зростає з удосконаленням апаратури та методів опромінювання пухлин.

Основна частина. Нещодавно на базі комунального закладу Рівненського обласного онкологічного диспансеру відбулася значна подія в історії вітчизняної медицини – офіційно відкрито перший в Україні Центр променевої терапії. Відкриття центру привернуло увагу не тільки фахівців радіологічної служби, а й інших галузей: хірургів, хіміо-терапевтів, діагностів та ін. Центр укомплектовано в рамках благодійної програми Рината Ахметова «Розвиток України» без збоїв та порушень строків здачі, що є рекордним для України. Це стало можливим завдяки зусиллям Фонду Р.Л. Ахметова, керівництва області та диспансеру, компанії-постачальника радіодіагностичного та радіотерапевтичного обладнання.

У рамках проекту встановлено цифровий лінійний прискорювач ELEKTA PRECISE TREATMENT SYSTEM, який дозволяє реалізувати не тільки прості традиційні методики променевої терапії, а й такі сучасні, як 3D – конформна терапія, терапія з модуляцією інтенсивності (IMRT), терапія з візуальним контролем

(IGRT) , 16-зрізовий комп'ютерний томограф для передпроменевого планування лікування Ajuilion LB . Даний сканер ідеально інтегрується з лінійними прискорювачами, розширюючи можливості їх використання. Він забезпечує достовірну діагностику і планування дистанційної та контактної променевої терапії. Система є унікальною, оскільки має найширшу апертуру гентрі (до 90 см) і найбільше поле огляду (FOV 85см). Окрім цього, апарат дозволяє отримати дуже тонкий зріз (0,5 мм) , що забезпечує найвищу якість зображень і найдостовірнішу діагностику при мінімальних променевих навантаженнях. Завдяки цим характеристикам пацієнти не відчують дискомфорту від перебування в закритому просторі, а медикам проводити якісні дослідження дітям та дорослим, а також пацієнтам з надмірною масою тіла.

Раніше в КЗ РООД були встановлені (зараз входять до складу центру): апарат для дистанційної променевої терапії Cobalt (китайського виробництва); апарат брахітерапії NUCLETRON I r; комп'ютерний томограф – SHUMADZU (японського виробництва) ; три ультразвукових апарати.

Окрім цього, в диспансері збудовані «відстійники», тому в майбутньому є можливість проводити лікування з відкритими радіофармпрепаратами, (особливо хворих високодиференційованими формами раку щитоподібної залози, зважаючи на особливий статус Рівненської області відносно аварії на ЧАЕС і діючих на сьогодні АЕС).

Висновок. Завдяки сучасній апаратурі та команді фахівців: лікарям, медичним фізикам, інженерам, лаборантам, медичним сестрам та молодшому медичному персоналу, Центр променевої терапії КЗ РООД, працює на найвищому рівні, виключно за новітніми протоколами стандартів лікування. Тут отримують лікування не тільки жителі міста та області, а й інших регіонів, таких як : Тернопіль, Луцьк, Чернівці, Дніпропетровськ. За такий відносно короткий проміжок часу, результати лікування приголомшують своєю позитивною динамікою, а очі пацієнтів сповнені безмежною вдячністю, викликають відчуття гордості за безпомилковий вибір своєї професії – людини в білому халаті .

ЛІТЕРАТУРА

1. Український радіологічний журнал. – Том XIX. – Видання IV .

2. Звіт про роботу відділення променевої терапії № 2 Центру променевої терапії КЗ РООД за 2011 рік.

КОЛИ СВІДОМІСТЬ ВИЗНАЧАЄ БУТТЯ

О. Р. Гапчин

Львівська обласна комунально-клінічна психоневрологічна лікарня

У статті містяться основні принципи сучасної науки, яка вивчає спільну "біохімію" душі і тіла – психонейроімунологію, – зв'язок між психічними і фізіологічними процесами в організмі людини.

WHEN CONSCIOUSNESS DETERMINES BEING

O. R. Hapchyn

Lviv Regional Municipal and Clinical Psychoneurological Hospital

The article contains the basic principles of Modern science which studies the common "biochemistry" of body and soul – psychoneuroimmunology, the connection between the psychological and physiological processes in human body.

Вступ. Усі хвороби від нервів – цей постулат знають всі і він правильний і перевірений. Свідченням того, що сила духу людини може робити чудеса і настільки велика, що навіть офіційна медицина, яка визначає тільки дію таблеток і скальпеля, змушена була досліджувати це питання, давно відома як психосоматична медицина, а в так званій альтернативній медицині, як mind-body medicine. Перша вивчала, в основному, як емоції і думки спричиняють розвиток хвороби, друга – як думка здатна зцілювати. Так народилася спочатку нейроімунологія, а потім психонейроімунологія (ПНІ).

Основна частина. Головним завданням, поставленим природою перед будь-яким організмом, є виживання. Це, як кажуть, біологічний імператив – наказ. Для цього людина має в своєму розпорядженні багато автоматично функціонуючих систем. Без їжі і пиття ми можемо прожити деякий час, але якби раптово повністю втратити всі імунні функції, то ми б загинули протягом кількох хвилин.

Загальновідомо, що одні люди хворіють на інфекції часто, а інші – рідко, одні люди, при контакті з алергенами залишаються здоровими, а інші страждають від алергії; більшість людей не відчувають

серйозних наслідків дисфункції імунної систем, а у деяких розвивається рак або аутоімунні захворювання. Чому ж імунна система у одних людей функціонує нормально, а інші стають жертвами різних хвороб, іноді не однієї, а декількох?

Звичайно, це складне питання, проте останні досягнення медичної науки дозволили не тільки розширити уявлення про причини захворювань, а й використовувати ці досягнення в повсякденній практиці.

За часів Декарта вся Західна наука і філософія, в тому числі і медицина, була заснована на доктрині дуалізму, яка розглядала "душу", тобто психіку, і фізичне тіло людини як дві ізольовані, незалежні одна від одної системи. Тому донедавна імунітет розглядали як автономну, функціонуючу незалежно від інших систему організму.

Найважливішим досягненням сучасної медицини стали відкриття цілком об'єктивного зв'язку між психічними і фізіологічними процесами, або, іншими словами, зв'язки між процесами, що перебігають у центральній нервовій системі (ЦНС) і в тілі людини, та механізмів дії і шляхів, через які цей зв'язок здійснюється.

Це відкриття дуже важливе для медичної науки і практики, оскільки наявність взаємодії психіки з фізіологічними процесами означає, що наші думки і емоції можуть впливати на всі системи нашо-

го організму, в тому числі імунну, і процеси, які в них перебігають, безумовно, відбиваються на стані здоров'я.

Підкірковим центром головного мозку, що контролює імунну систему і всі основні регулюючі системи організму, є гіпоталамус, розміром з великий палець, ділянка мозку, що має двосторонній зв'язок між органами і корою мозку.

ЦНС може впливати на імунну систему безпосередньо, використовуючи периферичні нерви, через які активізуються органи імунної системи: стінка кишечника, селезінка, вилочкова залоза, кістковий мозок, лімфатичні вузли, так і не прямим шляхом, впливаючи на ендокринну систему, виробляють різноманітні гормони, видільні системи і обмінні ріакції. ЦНС регулює активність імунної системи, виділяючи в кровотік і в спинно-мозкову рідину особливі хімічні речовини – цитокініни, які стимулюють або пригнічують її активність. Таким чином, будь-який процес у ЦНС, включно мислення, може впливати на імунітет.

Згідно з сучасним уявленням, однією з головних причин дисфункції імунної системи, є депресія. Під впливом цього психоемоціонального стану в крові з'являються і постійно циркулюють прозапальні, тобто сприяють запаленню, цитокініни і водночас пригнічується активність інших факторів імунітету. Якщо взяти до уваги, що останнім часом більшість вчених схиляється до того, що саме запальний процес лежить в основі розвитку таких захворювань, як атеросклероз, діабет, артрит, хвороба Альцгеймера, рак і ряд інших захворювань, стане зрозумілим, чому депресія сприяє їх розвитку.

Інший, також широко поширений фактор – захисні сили організму знижує хронічний стрес. Тут слід підкреслити, що мова йде саме про хронічний стрес. Короткочасний стрес, який виражається комплексом психічних і фізіологічних змін, по суті, може бити необхідною реакцією для підготовки організму до подолання агресії зовнішнього світу або пристосування до нових умов. Людина стає вразлива для цілого ряду захворювань тільки під впливом тривалого, тобто хронічного стресу, коли нервова система перебуває в постійному перенапруженні і постійно стимулює, підстєбує імунітет, який виснажується. Протагом останнього десятиліття медики визнали, що дуже багато захворювань пов'язані з хронічним стресом, наприклад, рак, артрити, діабет, асма, розсіяний склероз, запальні та шкірні захворювання та інші.

Таким чином, наукові дослідження підтвердили наявність залежності між психоемоційним станом людини і здатністю імунної системи протистояти хворобам. Ці результати, певною мірою є також відповіддю на запитання, чому одні люди схильні до тих чи інших захворювань, а інші ні. Нарешті, вони відкривають нові можливості для попередження розвитку та лікування багатьох захворювань, тобто використовуючи різні засоби для зняття нервової напруги (стресу або напруги), можна запобігти пригніченню або перезбудженню імунної системи організму.

Древні казали: " *Mens sana in corpore sano* " у вільному перекладі "в здоровому тілі здоровий дух". Багатовіковий досвід людства підтверджує цю істину. Про можливість зворотного явища зцілення тіла при здоровому Стані душі (психіки, в сучасному розумінні) люди також давно здогадувалися, але сьогодні ці здогадки вже підтверджені результатами наукових досліджень.

Відкриттю і усвідомленню зв'язку між психічними і фізіологічними процесами в організмі людини, з'ясуванню механізмів їх впливу на нервову, ендокринну та імунну системи медична наука зобов'язана своєю новою галуззю – психонейроімунологією. Сучасна наука підійшла дуже близько до вивчення спільної "біохімії" душі і тіла. Цим дослідженням ще належить довгий шлях. Але вже очевидно, що це – перспективний і багатообіцяльний шлях.

Висновок. Дослідження показали, що будь-яка думка і емоція супроводжуються активацією або пригніченням вироблення цілком певних імунних клітин та їх похідних. Кожна клітина тіла страждає або радіє, отримує імпульс життя або смерті від будь-якої думки, що виникає у свідомості. Цей факт заслуговує особливої уваги й обережності, оскільки ми схильні перетворюватися в образ того, про що ми найбільше думаємо. Тому так небезпечні негативні думки і так важливі хороші. Більшість хвороб "росте" з нашої голови і з нашого дитинства. Знаючи це, ПНІ пропонує лікувальний алгоритм.

Але це зовсім не означає, що ви скажете: "Будь здоровий!" і до ранку ви видужуєте. Це означає, що у вас є ключ, працюючи за допомогою якого ви можете відкрити заіржавілі двері до здоров'я і перемоги хвороби. Ще не пізно ... "Життя дається один раз, а забирається кожен день". Не віддавайте його без бою ...

ЛІТЕРАТУРА

1. Ветлугина Т. П. Дисбаланс системи імунітету у хворих на шизофренію / Т. П. Ветлугина // Підсумки науки і техніки. ВІНІТІ. Серія «Імунологія». – 1991. – Т. 28.
2. Ветлугина Т. П. Імунна система при шизофренії / Т. П. Ветлугина. – Томськ: МГП «РАСКО», 2000. – 112 с.
3. Ветлугина Т. П. Клінічна імунологія в психіатрії та наркології / Т. П. Ветлугина, С. А. Іванова, Т. І. Невідімова. – Томськ: МГП «РАСКО», 2001. – 91 с.
4. Семко В. Я. Клінічна психонейроімунології / [В. Я. Семко, Т. П. Ветлугина, Т. І. Невідімова, Н. А. Бохан]. – Томськ: ТОВ Вид-во «РАСКО», 2003. – 300 с.
5. Ветлугина Т.П. Технологія імунокорекції при психічних розладах / [Т. П. Ветлугина, Т. І. Невідімова, О. А. Лобачева, В. Б. Нікітіна] . –Томськ: Изд-во Том ун-та, 2010.

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В СФЕРІ ВІДНОВНОЇ ТЕРАПІЇ

Я. Л. Януш

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
ННІ медсестринства*

У статті подано основні професійні та етичні принципи і завдання медичного працівника у сфері відновної терапії.

THE ROLE OF A NURSE IN REHABILITATION THERAPY FIELD

Ya. L. Yanush

*Ternopil State Medical University by I. Ya Horbachevsky
Nursing Institute*

The article contains basic professional and ethical principles and objectives of health care worker in rehabilitation therapy.

Вступ. Однією з найактуальніших проблем медсестринства є формування у медичних працівників мистецтва індивідуального підходу до кожного хворого, зважаючи на його психологічний та емоційний стан, пов'язаний із захворюваннями, які потребують відновної терапії.

Основна частина. Серед широкого спектра проблем сучасного медсестринства хотілося б звернути увагу на несправедливе ставлення до роботи середнього медичного персоналу. Саме тому виникла потреба у вивченні медсестринства як науки, і цей процес отримав своє логічне завершення у вигляді медсестринських моделей.

У процесі формування медсестринська справа постійно зазнавала багатьох змін та удосконалень. Але всі вони мали на меті одне – допомогти хворій людині нормалізувати фізичний і психічний стан, тобто відновити здоров'я пацієнта, створити оптимальні умови для його збереження.

За таким принципом Вірджинія Хендерсон визначила завдання сестринської справи: "Унікальність покликання медичної сестри полягає в тому, щоб надавати людині, хворій чи здоровій, допомогу у всьому, що сприяє здоров'ю чи його відновленню, або приходу безболісної смерті, і з чим людина могла б справитись без сторонньої допомоги, якщо б вона була достатньо здоровою, і робити це таким чином, щоб допомогти хворому якнайшвидше набути самостійності".

Але можливість самоогляду головним чином обмежується відсутністю у пацієнта необхідних знань і навичок (це стосується більшою мірою пацієнтів із захворюваннями опорно-рухового апарату, які перебувають на тривалому відновному лікуванні). Тому однією з функцій медичної сестри, за визначенням Європейського регіонального бюро ВООЗ, є навчання пацієнтів знанням і навичкам, що стосуються збереження та відновлення здоров'я шляхом:

- оцінки знань і навичок людини, що стосуються збереження і відновлення здоров'я;
- підготовки і надання необхідної інформації на відповідному рівні;
- допомога медичним сестрам, пацієнтам та іншому персоналу в отриманні нових знань і навичок;
- застосування прийнятих професійних стандартів навчання пацієнтів та членів їх родини [2].

Сучасні дослідники медсестринства в своїх теоретичних дослідженнях визначають завдання медсестринства в сфері відновної терапії як:

ріях звертають особливу увагу на те, що медична сестра повинна допомагати пацієнту самостійно розв'язувати проблеми, що супроводжують їх під час відновної терапії, навчити його відновлювати здоров'я та вміти зберігати його у майбутньому [2].

Актуальною в сфері відновної терапії є модель медсестринства Дороти Орем, яка звертає увагу на питання навчання пацієнта навичкам самодогляду. Авторка зазначає, що доросла людина повинна розраховувати на себе та нести певну відповідальність за членів своєї родини [2].

За мету процесу навчання поставлено особисте створення пацієнтом власного комфорту та умов для збереження чи відновлення здоров'я. Позитивні результати навчання дають змогу медичній сестрі зменшити об'єм втручань, спрямованих на проблеми даного пацієнта, й звільнити час для догляду за тяжкохворими пацієнтами.

Процес навчання розповсюджується й на членів родини пацієнта в разі неможливості його самостійно доглядати за собою протягом тривалого часу [1]. Навчання пацієнта має починатися з виявлення та обговорення його проблем. Потім медична сестра переходить до планування разом з пацієнтом відповідних заходів, направлених на задоволення цих проблем [1]. Хоча основний час своєї роботи медична сестра присвячує проведенню персонального навчання пацієнта та членів його сім'ї, у неї є можливість проводити роботу в групах пацієнтів з однаковими захворюваннями, це робиться для того, щоб пацієнт знову, як можна скоріше, став незалежним. Чим скоріше хворий зможе про себе піклуватися, спостерігати за станом свого здоров'я і навіть виконувати призначення лікаря, тим краще. Для полегшення навчання пацієнта знанням і навичкам самодогляду медична сестра повинна використовувати стандартні плани навчання або, при необхідності, власноруч складені індивідуальні плани навчання [1, 2]. Застосування планів навчання документується медичною сестрою в протокол проведення первинної та поточної оцінки стану пацієнта.

При проведенні навчання пацієнтів або членів їх родини медичній сестрі необхідно пам'ятати, що:

- засвоєння знань – це зміна поведінки внаслідок одержаного досвіду. Шляхи засвоєння знань різними людьми різні;
- люди засвоюють знання з різною швидкістю;

- активізуючи органи чуттів пацієнтів (зір, слух, дотик), а також залучаючи їх до роботи, ви прискорюєте цей процес;

- минулий досвід дорослих слухачів може бути корисним при засвоєнні знань або може ускладнювати їх сприйняття.

Щоб полегшити процес навчання медична сестра може:

- залучати слухачів до планування занять;
- спільно визначати завдання в процесі навчання;
- використовувати метод активної участі в заняттях;
- використовувати аудіовізуальні засоби навчання;
- заохочувати до дискусій, обміну досвідом тощо;
- з повагою та розумінням ставитись до поглядів слухачів та їх культурних традицій. В даному разі актуальним є використання методології етномедсестринства (модель транскультурального медсестринства М. Лейнінгер), що дасть можливість медичній сестрі застосовувати плани медсестринського догляду та методи навчання, прийнятих в тій культурі, до якої він належить [3, 4].

Етичний аспект роботи медсестри з пацієнтами, що потребують відновної терапії, має ключове значення. Адже такі пацієнти дуже важко і тривало працюють на результат, тому медичний працівник повинен підбадьорювати, мотивувати і давати надію на повне видужання. Зрозуміло, що потрібно бути співчутливим і емпатійним, щоб це не просто було механічним виконанням вказівок лікаря, а покликанням допомагати ближньому.

Висновок. Традиційний підхід до функції медсестри, який існує в нашій державі, полягає в тому, що медсестра, виконуючи призначення лікаря, творчо не мислить про пацієнта, при цьому потреба та бажання пацієнта майже не враховується. Тому ґрунтуючись на знаннях підходів до обслуговування та функціях медсестринства, а саме: моделі Д. Джонсон, Ф. Абдулли, Д. Орландо, І. Кінч, Е. Віденбах, активно впроваджувати для практичної своєї роботи у сфері відновного лікування. Довіра як основа для оздоровлення хворих використана у наведених моделях і ґрунтується на Біблійних засадах.

Нам необхідні зміни для того, щоб підняти якість того універсального вкладу, який вносять медсестри в охорону здоров'я людей. Догляд, який ґрунтується на традиційній повсякденності, не відповідає концепції медсестринства. Серед про-

фесійних якостей особливо значущими є толерантність, емпатійність, високий рівень самоконтролю, емоційна стабільність. Потрібно пам'ята-

ти про вільний вибір особистої думки щодо пріоритетів і цінностей, про взаємозв'язок Волі Божої і людської.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Медсестринський догляд за пацієнтом / [Губенко І. Я., Шевченко О. Т., Бразалій Л. П., Апшай В. Г.] – К.: Здоров'я, 2000. – 248с.

2. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства / [Губенко І. Я., Шевченко О. Т., Бразалій Л. П., Апшай В. Г.] – К.: Здоров'я, 2001. – 208с.

3. Губенко І. Я. До питання поєднання медсестринської освіти та практики на основі запровадження медсестринського процесу / І. Я. Губенко, Л. П. Бразалій, О. Т. Шевченко // Медична освіта. – 2007. – № 4.

4. Пасечко Н. В. Основи сестринської справи (курс лекцій) / Н. В. Пасечко. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 496 с.