

Таким чином, у жінок депресивний стан був більш виражений, ніж у чоловіків, та у матерів групи 1 був вищим за інтенсивністю у порівнянні з опитуваними жінками групи 2.

Обстежені з вираженими депресивними проявами описували психічні та соматичні кореляти депресивного стану у вигляді гіпотимії, відчуття безнадії та краху планів, бажання усамітнитися, відсутність інтересу до будь-чого, виражали скарги на погіршення фізичного самопочуття, порушення сну та зниження апетиту, неможливість сконцентруватися, розгубленість.

Отже, психоемоційний стан батьків дітей з діагностованим новоутворенням характеризувався різними за інтенсивністю проявами тривоги та депресивного стану, які потенційно можуть трансформуватися у клінічно виражені психічні порушення, що обумовлює необхідність організації та важливість надання медико-психологічної допомоги. В даному аспекті завданням медико-психологічної допомоги є нормалізація психоемоційного стану батьків онкохворої дитини, навчання методам саморегуляції психічного стану, підвищення стресостійкості та формування навиків протидії стресу.

Література:

1. Курс лекцій по паліативної допомоги онкологічним больним

// Под ред. Новикова Г. А., Чиссова В. И., Модникова О. П. – М., 2004. – Т.2. – 486 с.

2. Писаренко Н. А. Психологическая адаптация семьи ребенка с онкологическим заболеванием на этапе ремиссии / Н. А. Писаренко // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1998. - №3. – С. 39 – 41.
3. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: «Бахрах-М», 2001. – 672 с.
4. Рак в Україні, 2010 – 2011 / 3. П. Федоренко, А. В. Гайсенко, О. Л. Гулак [та ін.] // Бюлетень Національного канцер-реєстру України. – 2012. - № 13. - 118 с.
5. Eiser C. Examining the psychological consequences of surviving childhood cancer: systematic review as a research method in pediatric psychology / C. Eiser, J. J. Hill, Y. H. Vance // J Pediatr Psychol. – 2000. - № 25(6). – P. 449 – 460.
6. Emotional functioning of parents of children with cancer: the first five years of continuous remission after the end of treatment / H. Maurice-Stam, F. J. Oort, B. F. Last [and othr.] // Psychooncology. – 2008. – Vol. 17. – Issue 5. – P. 448 – 459.
7. Goldbeck L. The impact of newly diagnosed chronic paediatric conditions on parental quality of life / L. Goldbeck // Qual Life Res. – 2006. – Vol. 15. – Issue 7. – P. 1121 – 1131.
8. Parental perceptions of health-related quality of life in children with leukemia in the second week after the diagnosis: a quantitative model / M. Tremolada, S. Bonichini, G. Altou [and othr.] // Support Care Cancer. – 2011. – Vol. 19. – Issue 5. – P. 591 – 598.
9. Psycho-Oncology / Holland J.C., Breitbart W.S., Jacobsen P.B. [and oth.]. – Oxford University press, 2010. – 745 p.

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ДИТИНИ

О. В. ПІОНТКОВСЬКА

Психоемоційний стан батьків дітей з доброякісними та злоякісними новоутвореннями характеризується різними за інтенсивністю проявами тривоги та депресії. Психоемоційне напруження у батьків дітей зі злоякісними пухлинами є вищим. Поширеність тривожних та депресивних станів серед батьків онкохворих дітей обумовлює необхідність у організації та проведенні заходів медико-психологічної допомоги.

Ключові слова: психоемоційний стан, родина хворого, дитяча онкологія, медико-психологічна допомога

PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF PARENTS OF CHILDREN WITH CANCER PATHOLOGY IN PRIMARY HOSPITALIZATION

O. PIONTKOVSKAYA

Psycho-emotional state of parents of children with benign and malignant neoplasms characterized by varying intensity of anxiety and depression. Emotional stress in parents of children with malignant tumors is higher. The prevalence of anxiety and depression among parents of children with cancer necessitates in organizing and conducting activities of psychological care.

Keywords: psycho-emotional state, the family of the patient, pediatric oncology, psychological care

УДК 616.89-021-07-085+614.253

О. О. Хаустова¹, С. Г. Сахно²

МОТИВАЦІЙНЕ ІНТЕРВ'Ю В ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ХВОРИХ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії і наркології¹
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця²

Ключові слова: терапевтичний альянс, комплаєнс, психосоматичні захворювання, діагностично-лікувальний континуум, модифікація способу життя

Актуальність. Психосоматичні захворювання (ПСЗ) є групою хворобливих станів, що клінічно проявляються екзацербациєю соматичної патології; формуванням певних симптомокомплексів унаслідок взаємодії соматичних і психічних чинників з представленістю соматизованих психічних порушень; психічними розладами, які віддзеркалюють реакцію людини на появу соматичного

захворювання. В сучасній класифікації захворювань (МКХ-10) ПСЗ виявлені в F45 («соматоформні розлади»), F50 («розлади прийому їжі»), F52 («сексуальна дисфункція»), F54 («психологічні і поведінкові фактори, пов'язані з розладами або захворюваннями, кваліфікованими в інших розділах»). Хворі із ПСЗ спостерігаються практично лікарями усіх спеціальностей. [1]. Клінічний

поліморфізм ПСЗ відображений в етіологічних чинниках різних захворювань (артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба, бронхіальна астма, цукровий діабет, ревматоїдний артрит, ожиріння, онкологічні захворювання тощо).

Саме тому поширеність ПСЗ за даними різних дослідників коливається в дуже широких межах, а показники хворобливості зазвичай занижені: пацієнти нерідко випадають з поля зору лікарів (звертаються до знахарів, цілителів тощо). За даними А. Б. Смулевича, висока поширеність ПСЗ складає тільки в загальномедичній практиці – 30,7% серед пацієнтів територіальної поліклініки і 44,8% у стаціонарних відділеннях загальносоматичних лікарень. Отже, висока частота ПСЗ спостерігається серед пацієнтів, що звертаються до лікарів різних спеціальностей.

Психосоматичний характер цих захворювань детермінований багатьма взаємопов'язаними чинниками – біологічними (гемодинамічними, нейрогуморальними, метаболічними), соціальними (якість життя, соціальна забезпеченість) і психологічними (депресивні стани, типологічні особливості реагування на стрес). Останніми роками посилюється інтерес до вивчення особливостей стресорного реагування в сучасному соціумі і проблем емоційного інтелекту, підвищилась якість діагностики прихованих депресивних і тривожних розладів у загальній медичній практиці. Відпрацьовані нові алгоритми і методи терапії таких розладів, але їх розповсюдженість продовжує зростати, що тягне за собою зростання рівня прямих та непрямих економічних витрат: на діагностику і лікування захворювань, на опосередковані наслідки депресій і стресового впливу на здоров'я (втрата працездатності, інвалідизація, утримання членами сім'ї і піклування про хворих, затрати соціальних служб тощо) [2].

Різноманітні ПСЗ об'єднує спільна ознака – поєднання порушень психічної і соматичної сфери. Це обумовлює певні особливості надання медичної допомоги, а саме: тісну співпрацю психіатрів і лікарів загального профілю насамперед у загальносоматичних медичних закладах. Саме тому останнім часом приділяється увага розробці адекватних моделей комунікації лікарів з психосоматичними пацієнтами.

Ефективний лікувальний процес неможливий без досягнення високого рівня взаємного порозуміння і партнерства між лікарем і пацієнтом («терапевтичний альянс») [3]. Якість терапевтичного альянсу безпосередньо впливає на ефективність лікування пацієнтів із ПСЗ. Сучасним показником терапевтичного альянсу є комплаєнс пацієнта. Низький комплаєнс при проведенні терапії відноситься до найважливіших причин розвитку ускладнень соматичних захворювань [4].

Виконання пацієнтом медичних рекомендацій, особливо стосовно медикаментозної терапії, було визнане серйозною проблемою ще у часи Гіппократа, 2400 років назад, [5] а в наш час, у зв'язку із зміною структури патології, ця проблема стала ще більш актуальною [3]. Комплаєнс відображає ступінь, до якого поведінка пацієнта відповідає призначеним медичним рекомендаціям.

Під поведінкою пацієнта розуміється прийом медикаментів, дієта та виконання певних призначених змін способу життя [6].

Відносно медикаментозної терапії комплаєнс визначається, зокрема як ступінь відповідності актуальних дозувань призначеному медикаментозному режиму [3]. Окрім дотримання медикаментозного режиму, комплаєнс може включати своєчасний візит до лікаря і модифікацію способу життя (МСЖ). Було помічено, що підвищення комплаєнсу може вплинути більш позитивно на здоров'я населення, аніж будь-яке вдосконалення методів лікування. [3]

У сучасній медичній літературі існують ще два терміни для позначення правильності виконання хворим рекомендацій лікаря: адхеренс (англ. «adherence» – дотриманість, прихильність) – самостійне рішення пацієнта на узгодження з лікарем призначень і дотримання рекомендованої терапії (Barofsky, 1978). Конкорданс (англ. «concordance» – узгодженість, відповідність) – згода щодо того, коли і як пацієнт має приймати медикаменти, враховуючи особистісні переконання і побажання пацієнта (Medicines Partnership, 2001). Пошук інформації і розробка адекватних моделей комунікації в системі лікар-пацієнт є перспективною темою для кожного фахівця системи охорони здоров'я, практика якого передбачає консультації із пацієнтами.

Враховуючи значимість встановлення терапевтичного альянсу із пацієнтами із ПСЗ для підвищення рівня комплаєнсу і МСЖ, запропоновані різні моделі комунікації з пацієнтами. Однією з таких моделей є мотиваційне інтерв'ю (МІ) – це сучасний клінічний метод, який доцільно використовувати з метою швидкого встановлення терапевтичного альянсу, підвищення рівня комплаєнсу пацієнта, сприянню лікаря і пацієнта до МСЖ. За допомогою використання МІ, лікар здатний забезпечити максимальну адаптацію пацієнта до лікувального процесу за всіма параметрами, що характеризують правильність виконання рекомендацій лікаря (комплаєнс, адхеренс, конкорданс).

Чим швидше та якісніше буде верифіковано відношення пацієнта до лікування – тим швидше можна вплинути і скоректувати його, сформувавши певний емоційний та поведінковий патерн. Тому використання МІ є доцільним при наданні консультацій саме на початку діагностично-лікувального континууму. В своєму арсеналі різних технік і методик, МІ пропонує відкриті запитання, емпатію, рівноправний обмін інформацією, солідарність, автономію, усвідомлення, можливості вибору тощо).

Беручи до уваги існуючі дослідження особливостей комплаєнсу, на прикладі хворих на артеріальну гіпертензію, низький рівень комплаєнсу асоціюється з інтернальним типом суб'єктивного контролю (у 86,8%), низькою особистісною тривожністю (у 68,4%) та неконформними типами особистості (у 81,6%) [7].

Можна зробити висновок, що для підвищення рівня комплаєнсу має сенс організації екстарнального контролю, підвищення рівня тривожності пацієнта: що

часто можна спостерігати під час консультації: коли лікар залякує пацієнта наслідками захворювання. Але низький рівень комплаєнсу також може приймати іншу форму: не тільки, наприклад, як зменшення дозування, аї навпаки, збільшення дозування медикаментів або зменшення інтервалів прийому ліків тощо [3]. Саме перевищення зобов'язань щодо виконання рекомендацій може бути наслідком високої особистісної тривожності і конформним типом особистості. У випадках, якщо хворий усвідомлює небезпеку захворювання, на перших етапах терапії може проявляти високий рівень комплаєнсу, незважаючи на побічні ефекти, тривалість лікування, складність лікувального режиму та економічні витрати. Але за таких умов прихильність до призначеної терапії обумовлена тиском складних психобіологічних обставин, проявів хвороби і страхом інвалідизації або смерті, і може визначатися як патологічний комплаєнс, що не передбачає свідомого рішення щодо МСЖ, і впливатиме на пацієнта таким чином, що буде виснажувати психологічний ресурс. За таких умов залишається висока вірогідність того, що при будь-якому покращенні самопочуття і зменшенні симптомів, нормалізації соматичного стану комплаєнс може знизитись, і подальший процес діагностики, лікування і реабілітації може бути недостатнім. Тому питання адекватного системного підходу у спілкуванні для досягнення оптимального рівня комплаєнсу залишається відкритим.

Пошук такої моделі комунікації, яка буде визначена як не директивна (не підвищує тривожність) і достатньо мотивуюча (усвідомлення небезпеки від захворювання) приводить до МІ.

МІ дає можливість лікарю поєднати три базові стилі комунікації (директивний, підтримуючий, супровід), для досягнення високого терапевтичного альянсу і оптимального рівня комплаєнсу для даної особистості. За методом МІ ми використовуємо три вербальні інструменти: вислуховування, запитування і інформування. В залежності від комбінації трьох вербальних інструментів (вислуховування, запитування і інформування) визначається стиль, який використовує лікар: директивний (більше запитування та інформування), підтримуючий (більше вислуховування та інформування) і супровід (збалансовано інформування, запитування і вислуховування). Здатність правильно, в залежності від ситуації, комбінувати ці стилі й утримання в рамках супровідного стилю комунікації доводить свою ефективність у МІ для підвищення рівня прихильності до терапії хворих із психосоматичними аспектами захворювань. [8]

Мета роботи – встановлення ефективного рівня комунікації із пацієнтами, підвищення рівня прихильності до терапії, МСЖ шляхом впровадження МІ в клінічну практику.

Матеріали і методи. Нами було проведено дослідження психологічного статусу пацієнтів за допомогою «Мультимодальної карти обстеження пацієнтів із ПСЗ»; 4-пунктова шкала прихильності до лікування DARN; таблиця нехтувань здоров'ям. [9]; метод мотиваційних сценаріїв [10]. На основі сформованої моделі

терапевтичних зустрічей з пацієнтом для проведення МІ проводились консультування пацієнтів, що зверталися до лікарні і мали ознаки психосоматичного генезу захворювань [11]. Дослідження проводилось на базі ДКЛ №1 ст. Київ.

Результати. При апробації моделі комунікації «мотиваційна бесіда» виявлена позитивна динаміка у підвищенні рівня прихильності до терапії (у середньому 26,6%). Порівнявши рівень комплаєнсу пацієнтів відзначено, що МІ значно впливає на прихильність пацієнтів до терапії і засвоєння конструктивної поведінки для подолання проблем здоров'я. Це стало підставою для подальшого впровадження розробленої програми на базі для підвищення ефективності терапії шляхом впливу на рівень комплаєнсу пацієнтів. Різні рівні готовності до лікування пацієнтів можуть виявлятися на рівні визнання наявності захворювання (підміна понять і перевищення діагнозу), визнання причин для проведення діагностики і лікування (особисті причини, а не ті, які диктуються ззовні, можуть бути відсутні) і особистої здібності до лікування (зневіра у власні сили). [9]

Другим етапом було застосування МІ із пацієнтами, що мають психосоматичні прояви захворювання безпосередньо в діагностично-лікувальному континуумі з метою встановлення терапевтичного альянсу і МСЖ. На основі власного досвіду і роботи з п'ятьма пацієнтами вироблено базову модель для підвищення мотивації пацієнта на різних рівнях психологічної готовності до лікування. Результати отриманих даних в окремих клінічних випадках вказують на те, що розробка індивідуальних програм з МІ підвищує ефективність і якість лікування пацієнтів із ПСЗ.

Клінічний випадок. Хвора Н., 48 років. Клінічний діагноз: дисциркуляторні зміни в головному мозку (енцефалопатія 2 ступеня з вестибуло-атактичним синдромом, лівостороння пірамідна недостатність, астеноіпохондричний синдром), запалення лівої вії (ячмінь).

Анамнез захворювання: самопочуття погіршилось на фоні стресу (чоловік зловживає алкоголем). Хвора скаржиться на тремтіння в ногах, біль у спині, швидку втомлюваність, запаморочення, підвищений тиск, нудоту, поганий апетит, безсоння. П'ять років тому лікувалася в неврологічному відділенні з діагнозом дисциркуляторні зміни в головному мозку (енцефалопатія 1 ступеня), скаржилась на шум у вухах, погіршення слуху. Для полегшення самопочуття хвора приймає гідзапам, ремекс, барбовал.

Анамнез життя: проживає в місті Бровари. В дитинстві не відставала у розвитку від однолітків. Спадковість не обтяжена. Займається сільським господарством. Проживає із чоловіком і донькою (21 рік). Чоловік зловживає алкоголем і інколи веде себе агресивно. Вважає, що в неї «нервовий зрив» і вона має потребу у відновленні нервової системи.

Соматичний статус: Загальний стан середньої тяжкості. Гармонійна тіло будова, розвиток підшкірно-жирової клітковини в межах норми. Шкірні покриви чисті, звичайної вологості. Набряків немає.

Характеристика проведеного мотиваційного інтерв'ю:

1. Виявлення мішені для лікування, з якої пацієнтка бажала почати терапію. В результаті прояснення, пацієнтка Н. усвідомила, що має в першу чергу вилікувати запалення вії (ячмінь). Після визнання необхідності зняти джерело запалення Н. відмовилась йти до окуліста навіть попри те, що на фоні самостійного лікування запалення залишалося на вії.
2. З метою мотивувати Н. на відвідування офтальмолога і відмови від самостійного лікування застосовано чотирьох-етапну схему опитування (бажання, здатність, наявність об'єктивної причини, прояснення особистої потреби у лікуванні).
3. Після опитування пацієнтка визначила особисті причини мотивації для негайного лікування запалення. Попередньо обговорено, які саме наміри (вилікувати запалення на вії) має пацієнтка після опитування і які перші кроки вона зробить для здійснення цих намірів.

На початку співбесіди пацієнтка виявляла активне протистояння необхідності термінового лікування запалення вії, спираючись на відсутність часу для відвідування кабінету офтальмолога і негативне ставлення до традиційної медицини і медикаментозних препаратів. Важливим зауваженням, Н. було те, що вона втомилася від спілкування з лікарями.

Наступного разу Н. прийшла без запалення на вії (була вилікувана офтальмологом) і налаштована на здійснення подальших кроків діагностики і терапії.

Отже, з пацієнткою був встановлений терапевтичний альянс шляхом недирективного впливу на мотивацію до терапії. Надалі процедура спілкування з пацієнткою займала менше часу. Використовуючи методики МІ з прояснення потреб пацієнта щодо діагностики і лікування, підвищення конкордатності лікування і мотивації на МСЖ сприяло подальшому ходу терапії.

Подальша робота з цією пацієнткою включала проведення додаткових психокорекційних тренінгів. Через 1 рік пацієнтка регулярно спостерігається у терапевта, продовжує трудову діяльність, психоемоційний стан стабілізований, займається улюбленими справами.

Таким чином МІ може однаково успішно використовуватись у системі охорони здоров'я як самостійний метод і як підготовка або доповнення до інших методів терапії. Застосування процедури МІ на початку діагностично-лікувального процесу створює підґрунтя для високого рівня прихильності пацієнта із ПСЗ до терапії. Використовуючи метод МІ, лікар інвестує час в контакт із хворим і сприяє усуненню психологічних факторів, які в майбутньому можуть негативно впливати на лікування пацієнта. Перспективним напрямом є залучення до роботи хворими на ПСЗ медичних психологів, а також розробка та впровадження спеціальних тренінгових програм з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей пацієнта [12], а саме: типу особистості, локусу контролю та рівня тривожності.

Досягнення оптимального рівня комплаєнсу і МСЖ формується на базі опитування пацієнта в рамках

комунікаційного стилю МІ «слідкування» (не директивний і не підтримуючий певних специфічних рішень пацієнта). Розроблена схема проведення консультування має такий вигляд:

1. Визначення мішені для корекції (готовність до діагностики, МСЖ, призначення лікування, регулярність медичних обстежень, готовність лікувати супутні захворювання);
2. Формування терапевтичного альянсу, дотримуючись методу МІ (супровідний стиль комунікації з пацієнтом);
3. Ініціювання розмови з пацієнтом про план діагностики лікування і реабілітації (на основі чотирьохетапної схеми опитування DARN);
4. Формування адекватного поведінкового патерну пацієнта (наміри і перші кроки);
5. Підвищення рівня комплаєнсу і МСЖ.

Висновки. Впровадження мотиваційної бесіди в процес надання комплексної медико-психологічної допомоги для пацієнтів із психосоматичним захворюванням з метою підвищення рівня прихильності до терапії є доцільним і дієвим. Перспективним напрямом є залучення до роботи з хворими на ПСЗ медичних психологів, а також розробка та впровадження спеціальних тренінгових програм з урахуванням особистісної мотивації пацієнта, яку можна дослідити за допомогою МІ. Впровадження МІ на початку діагностично-лікувального континууму з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів сприяє досягненню оптимальної прихильності до лікування, ефективному контролю захворювання та покращенню прогнозу одужання.

Література:

1. «Классификация болезней в психиатрии и наркологии». Пособие для врачей. Под редакцией М. М. Милевского. М.: Издательство «Триада-Х», 2009 – 184 стр.
2. Dawson A, Tylee A. Depression – Social and economic timebomb. London: BMJ Publishing Group, 2001.
3. Табачников А. Е., Абдрахимова Ц. Б., Основы клинической психологии (учебное пособие). – Донецк: ДонГУЭТ, 2006. – 266 с.
4. С. Глузман Основні причини високого рівня смертності в Україні // *Новости медицины и фармации в Украине*. – №22 (350) декабрь 2010. – С. 8-11.
5. Compliance in Health Care/ R. B. Haynes, D. W. Taylor, D. L. Sackett // *The Johns Hopkins University Press: Baltimore, 1979.* – p. 1-7
6. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
7. К. М. Амосова, Л. С. Трачук, Н. В. Береза, Ю. В. Руденко Зв'язок комплаєнсу при лікуванні артеріальної гіпертензії з психологічними чинниками особистості // *Серце і судини*. – 2012. – №1 (37). – с. 85-92
8. Rollnik, S. Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior / S. Rollnik, W.R. Miller, C. C. Butler. – London: Galford Press, 2008. – 210 p. – ISBN 13978-1-59385-613-7
9. Mellor, K. Discounting / K. Mellor, E. Sigmund // *Transactional Journal*. – 1975. № 5 (3). p. 295-302.
10. Метод определения мотивационных сценариев для выбора оптимального взаимодействия психотерапевта и пациента и планирования психотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах (методические рекомендации). - Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2011. – с. 31
11. Хаустова О. О., Сахно С. Г., Мотиваційне інтерв'ю у практиці лікаря-психолога // *Український науково-медичний молодіжний*

МОТИВАЦІЙНЕ ІНТЕРВ'Ю В ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ХВОРИХ

О. О. ХАУСТОВА, С. Г. САХНО

Розробка моделей комунікації для підвищення комплаєнсу обумовлена тим, що низький комплаєнс – одна з головних причин розвитку ускладнень захворювань і інвалідизації населення.

Мета роботи – впровадження мотиваційного інтерв'ю (МІ) в клінічну практику лікаря-психолога для встановлення ефективного рівня комунікації із пацієнтами, підвищення рівня прихильності до терапії, модифікації способу життя (МСЖ).

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на базі ДКЛІ №1. Використовувались базові методи дослідження: 4-пунктова шкала прихильності до лікування DARN; таблиця нехтувань здоров'ям Discounting; метод мотиваційних сценаріїв.

Результати та обговорення. При застосуванні мотиваційної бесіди в діагностично-лікувальному континуумі виявлена позитивна динаміка у підвищенні рівня прихильності до терапії (у середньому 26,6%). Вироблено базову модель для підвищення мотивації пацієнта на різних рівнях психологічної готовності до лікування, яка значно впливає на прихильність пацієнтів до терапії і засвоєння конструктивної поведінки для подолання проблеми.

Висновки. Впровадження МІ сприяє досягненню оптимальної прихильності до лікування, ефективному контролю захворювання та покращенню прогнозу одужання. МІ може однаково успішно використовуватись у системі охорони здоров'я як самостійний метод і як підготовка або доповнення до інших методів терапії.

Ключові слова: терапевтичний альянс, комплаєнс, психосоматичні захворювання, діагностично-лікувальний континуум, модифікація способу життя

MOTIVATIONAL INTERVIEW IN DIAGNOSTIC AND TREATMENT PROCESS WITH PSYCHOSOMATIC PATIENTS

Е. ХАУСТОВА, S. САХНО

Development of models of communication to improve compliance is due to the fact that the low compliance is one of major cause of complications of diseases and disability of population. Purpose – to integrate motivational interview (MI) in clinical practice medical psychologists to establish an effective level of communication with patients, improve adherence to therapy, to change patients behavior.

Materials and methods. The study was conducted at the Railway Hospital №1. The basic methods used: 4-items scale adherence to treatment DARN; Table of health neglect Discounting; method of motivational scenarios communication. Results and discussion. Using motivational interview in diagnostic and therapeutic process revealed a positive dynamic – increasing adherence to therapy (average 26.6%). Developed basic model for increasing patient motivation at different levels of psychological readiness for therapy, which significantly affects patients' adherence to therapy and learning constructive behavior to overcome the health problem.

Conclusions. Integrating MI contributes to optimal treatment compliance, effective control of the disease and improve the prognosis of recovery. MI can be used in the health care system as an independent method and as to prepare and supplement to other therapies.

Keywords: therapeutic alliance, compliance, psychosomatic diseases, diagnostic and therapeutic process, changing behavior

УДК 616.89

Н. М. Степанова

АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: геронтологія, старіння, похилий вік, соціально-психологічна робота

Актуальність дослідження. В Україні, як і в багатьох інших розвинутих країнах, зберігається тенденція до вікових змін у бік зростання частки літніх людей. За даними інституту демографії в Україні нараховується 11 млн. людей похилого віку, тобто кожний п'ятий житель України досяг 60-річного віку (20,4%), а у 2025 році передбачається збільшення до 21%. Для порівняння, у 1994 році число людей 65 років і старше становило 14% [2]. Збільшення кількості людей похилого віку нині та подовження тривалості їх життя вимагає підвищеної уваги до даної категорії громадян та вирішення різноманітних проблем, які пов'язані з їх життєдіяльністю, а саме: зростання хронічних та психічних захворювань, а звідси, періоду їх безпомічного існування; проблем соціального та психологічного характеру тощо.

Аналіз літературних джерел свідчить про те, що проблемі підвищення ефективності соціально-психологічної роботи з людьми похилого віку приділяється велика увага з боку науковців, серед яких можна зазначити:

М. П. Лукашевича, І. Г. Зайнишева, Л. Т. Тюптю, Є. І. Холостову, В. М. Шахрая та ін. [5; 7; 10–12]. Однак, незважаючи на значну діяльність спеціалістів у даному напрямі, питання належної організації соціально-психологічної роботи для людей похилого віку і досі залишається до кінця не вирішеним. Люди похилого віку потребують підтримки, захисту, допомоги та піклування для того, щоб повноцінно функціонувати в суспільстві, не бути ізольованими від суспільства і не стати тягарем для оточуючих. Саме тому необхідно працювати і вдосконалювати діяльність у сфері соціально-психологічної роботи з людьми похилого віку, розробляти нові принципи, форми та методи роботи з цією категорією українського суспільства.

Метою нашого огляду літературних джерел було вивчити, теоретично обґрунтувати найбільш актуальні аспекти соціально-психологічної роботи з людьми похилого віку.

Виклад основного матеріалу. Підвищений інтерес до глибокого усвідомлення процесу старіння і