

практические исследования"/<http://psyjournals.ru/articles/22648.shtml>
3. <http://www.lady.if.ua/index.php?newsid=686>.

Психологическая реабилитация больных хроническими обструктивными заболеваниями легких

Цыганкова Т.И.

Наступивший XXI век отличается бесспорным преобладанием неинфекционных хронических заболеваний над другими причинами смерти, обуславливающим тяжесть их бремени для общества. В эпидемиологическом исследовании С.Л. Murray и А.Д. Lopes прогнозируют, что в мире к 2020 году четвертой среди причин смерти станет хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ). Основные факторы, ведущие к такому положению дел, – это растущая нагрузка на дыхательную систему, связанная с неконтролируемым загрязнением окружающей среды, пандемией табакокурения и повышением концентрации промышленных и бытовых аэрополлютантов.

На протяжении последних десятилетий возрос интерес к психологическому и психоэмоциональному статусу больных ХОЗЛ. Частота психоэмоциональных расстройств у больных ХОЗЛ составляет 48,5 %. Ранее основная ставка в лечении ХОЗЛ делалась на уменьшение бронхиальной обструкции. Однако, сегодня очевидно, что даже при оптимальной медикаментозной терапии у таких пациентов помимо нарушения проходимости дыхательных путей продолжают сохраняться выраженные функциональные нарушения, и их коррекция не менее, а порой и более важна. Во многом модификация тактики ведения больных с ХОЗЛ связана с учетом роли системных проявлений болезни. Все вышесказанное сделало как никогда насущной проблему немедикаментозного вмешательства у пульмонологических больных.

Цель: изучение особенностей психологических изменений у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких для разработки в последующем рекомендаций по целенаправленной психологической коррекции. К таким особенностям относятся: возрастные морфофункциональные изменения бронхолегочной системы; наличие сопутствующей

(внелегочной) патологии, требующей соответствующей медикаментозной терапии; частая декомпенсация внелегочной патологии на фоне обострений ХОЗЛ, требующей медикаментозной коррекции; атипичное течение обострений ХОЗЛ; трудности обследования больных; частое наличие дыхательной недостаточности; недостаточный комплаенс больных, затрудняющий терапию; социально-психологическая дезадаптация больных.

Тактика ведения больных ХОЗЛ вне обострения ориентирована на улучшение качества жизни, что может быть достигнуто прежде всего при сохранении функциональной активности, обеспечении самообслуживания пациента, улучшении его психосоциальной адаптации (общение с друзьями и родственниками, соблюдение элементарных бытовых и гигиенических навыков, сотрудничество с медперсоналом и т.д.). Ограничения в эмоциональной и социальных сферах, связанные с заболеванием, могут оказаться важнее самих симптомов болезни.

При анкетировании больных было выявлено, что лишь 40% опрошенных знали о механизме действия лекарственных средств, и только 10% осознавали необходимость профилактической терапии. Практически у всех отсутствовали четкие представления о сущности заболевания, его прогнозе. До 40% пациентов считают, что любое обострение может пройти само по себе. Учитывая низкий уровень базисных знаний, ряд авторов рекомендует проведение предварительного анкетирования для выявления конкретных проблем пациентов, определение возможности индивидуального подхода и контроля знаний в дальнейшем.

Обследованием 42 больных ХОЗЛ в возрасте от 35 до 60 лет (контролем служили 30 относительно здоровых людей, сопоставимых по возрасту и полу) выявлено: у больных ХОЗЛ любой степени тяжести, независимо от пола, наблюдалось преобладание симпатикотонических влияний — 41,5%, что свидетельствует о наличии синдрома полисистемной вегетативной дистонии у 78,3% пациентов (высокий уровень шкалы «симпатикус»), были повышены уровни шкал «фактор тревожности» и «слишком упорное сопротивление внешнему

воздействию», были снижены уровни шкал «фактор работоспособности», «ищет сочувствия». уровень ситуативной переменной тревоги был высоким лишь у 16,6% больных и у 10% контрольной группы. Однако при исследовании личностной тревожности у 83,4% больных ХОЗЛ выявлен высокий уровень общей тревоги, в то время как в контрольной группе этот показатель был высоким только у 31%. В контрольной группе при общем высоком уровне в структуре личностной тревожности в 100% преобладали такие показатели, как «астенический компонент тревожности», «тревожная оценка перспективы». Высокий уровень невротизации (УН) диагностируется у 41,5% больных ХОЗЛ, высокий уровень реактивной тревожности (РТ) — у 20,3% пациентов, высокий уровень личной тревожности (ЛТ) — у 75,8% больных ХОЗЛ, депрессивное состояние (ДС) наблюдалось в целом у 25,1% пациентов и проявлялось депрессией легкой степени у 21,3%, маскированной депрессией — у 3,9%. Эти данные свидетельствуют о негативном влиянии болезни на психику пациентов и имеют вторичный, т.е. приобретенный характер.

При общем высоком уровне в структуре личностной тревожности у 80% больных ХОЗЛ преобладали такие показатели, как «тревожная оценка перспективы», «эмоциональный дискомфорт», «астенический компонент тревожности». У 20% больных доминировали такие показатели, как «фобический компонент» и «социальные реакции защиты».

Список литературы:

1. 6-й Национальный Конгресс по болезням органов дыхания. - Новосибирск, 1996. - № 1121.
2. Безрученко С.В., Мирзоян С.А., Масликова Г.Г., Кравченко З.Ф. Образовательные программы для больных ХНЗЛ в санаторно-курортных условиях // 5-й Национальный Конгресс по заболеваниям органов дыхания. - М., 1995. - № 835.
3. Брезгина С.В. Опыт организации специализированной помощи пациентам с бронхообструктивными заболеваниями в г. Нижний Тагил // Педиатрия. - 1997. - № 4. - С. 83-85.
4. Бримкулов Н.Н. О деятельности Кыргызского астма-центра // 6-й

Национальный Конгресс по болезням органов дыхания. - Новосибирск, 1996. - № 1124.

5. Куммер Ф. Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы и ХОЗЛ. Современные рекомендации // Терапевтический архив, 1995, т. 67, №12. - с.66.

Особливості мотивації наукової діяльності молодих вчених-викладачів вищої школи

Єфіменко С.М., Сидоренко Р.В.

Одна з найголовніших характеристик творчої особистості - надзвичайно висока мотивація, що часом змушує вченого жертвувати багатьма радостями життя заради науки. Менш вивченими, але все-таки досить відомими є потреби когнітивного ряду - потреба в пізнанні (цікавість) і потреба в розумінні (потреба у філософській, теологічній, ціннісній теорії)[1]. Є два основні види мотивації вченого: зовнішня, що базується на прагненні до матеріального благополуччя, наукових звань, популярності, і внутрішня - інтерес до досліджуваного предмета. У діяльності більшості вчених обидва види мотивації переплетені й доповнюють один одного, хоча історія знає чимало випадків відданого служіння науці.

Психологічні тести показують, що зі здатністю до наукової творчості корелюють такі особистісні якості, як гнучкість, вразливість і пізнавальна відкритість, ініціативність, енергійність, прагнення до лідерства, наполегливість, естетичне чуття, любов до складностей, контроль над власним «Я» і ін. Відзначаються також і такі якості, як висока сприйнятливості до людей і проблем, гнучкість в обігу з концепціями, почуття гумору, наполегливість і завзятість, нетерплячість при виконанні рутинних і монотонних робіт, схильність до ризику, жива уява, фантазія. Наприклад, така не зовсім очевидна для успіху в науці якість, як почуття гумору, виявляється однією із самих стабільних характеристик творчої особистості.

На жаль, даних про те, на якому етапі наукової кар'єри сильніше працюють ті або інші мотиви, дуже мало. Тому щоб хоча б як не будь зрозуміти що рухає молодих вчених - аспірантів у