

Враховуючи особливості мінно-вибухової травми, травматичні пошкодження є поєднаним видом травм та супроводжуються переломами ребер та кісток других кінцівок, черепно-мозковими травмами. Для даного виду травм характерні додаткові ушкодження як наслідок акубаротравми, негативній дії якої піддалось 85% пацієнтів. Бойові травматичні ампутації нижніх кінцівок супроводжуються когнітивними (63,3%) та депресивними (40%) розладами. Провідними скаргами є проблеми з концентрацією уваги, швидка втомлюваність, порушення пам'яті, легка дизлексія. Отримані дані психологічного статусу пацієнтів з бойовими травмами нижніх кінцівок диктують необхідність детального вивчення розділу медицини, пов'язаного з когнітивними порушеннями, депресивними розладами та ПТСР з метою раннього розпізнавання вищеназваної патології задля надання медичної допомоги.

Список використаних джерел

1. Тарасенко В.О. та ін. Структуризація особливостей та наслідків бойової травми у військовослужбовців. *Військова медицина України*. (4) 2019. Т. 19. С. 111-117.
2. Гайда І.М., Баюдюк М.І., Сушко Ю.І. Особливості структури та перебігу сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України. *Патологія*. 2018. № 1 (42). Т. 15. С. 73-76.
3. Рівні ампутації ноги та ступені мобільності при ампутації. URL:<https://www.enableme.com.ua/ua/article/rivni-amputacii-nogi-ta-stupeni-mobil-nosti-pri-amputacii-10652>.

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти **МАРІЯ ЩЕПКО**,
КЗВО «Волинський медичний інститут»
Науковий керівник:
д-р. психол. н., доц. **ТЕТЯНА ПАСТРИК**

КОГНІТИВНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ВИРАЗКОВИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШКТ

Психічне, соматичне та соціальне здоров'я людини в єдності є важливим показником благополуччя особистості, що визначено Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я. Це підтверджується багатьма науковими дослідженнями в цій галузі. У сучасній медичній науці та практиці основоположним є принцип єдності соматичного та психічного, який забезпечує комплексний підхід до клінічного обстеження та лікування пацієнта.

Аналізуючи літературу, в якій досліджено проблеми співвідношення соматичного і психічного, можна дійти висновку, що психічна діяльність функціонує завдяки тісним зв'язкам зі всіма системами організму, а не тільки через роботу мозку та нервової системи (Є. П. Ільїн, Н. О. Логінова, С. Д. Максименко, Л. Ф. Шеховцова). Розглядаючи різні аспекти цієї проблеми, переважна більшість авторів звертають увагу на необхідність розвитку психологічних досліджень у цій царині знань (В. П. Зінченко, В. П. Мурза, В. М. Нікітін, В. В. Ніколаєва, Н. Ф. Шевченко та ін.).

Як показують дослідження вчених, хворий відрізняється від здорової людини тим, що у нього зі змінами функціонування внутрішніх органів і самопочуття якісно міняється і психіка. У процесі хвороби людина може змінювати своє ставлення до оточуючого середовища, до самої себе, створювати нові особливі зв'язки з близькими людьми суспільством. Зовнішній світ для хворої людини стає менш цікавим, його інтереси не перетинаються з її світоглядом, відходять на другий план. Інтереси хворої людини зосереджені на власних відчуттях, змінах у функціях свого тіла та психічної складової. Це накладає відбиток різні сторони особистості та виражається у афективній налаштованості, моториці, мові. При серйозній загрозі життю і благополуччю часто відбувається спотворення сприйняття часу (можливі варіанти як прискорення, так і уповільнення). Іноді вагомості набувають напливи спогадів, вираженість і мимовільність яких можуть бути пов'язані з больовим синдромом, викликаним хворобою. Оскільки хвороба порушує усталений ритм життя, роботи

та відпочинку, активності і сну, то психіка хворого з початку захворювання опиняється в стані напруги [1].

Затяжні соматичні захворювання, прикладом яких можуть виступати виразкові захворювання ШКТ, створюють особливу ситуацію, яка здійснює значний вплив на життєдіяльність людини. Це обумовлено багатьма факторами:

- зміна соціальної ситуації (змінюється звичний спосіб життя, соціальне положення);
- органічні зміни (зміни внаслідок впливу лікарських засобів);
- зміни внаслідок психічної депривації (внаслідок тривалого перебування в медичних закладах, недостатності емоційних контактів);
- вплив самого факту захворювання на особистість людини (усвідомлення хвороби).

Всі вище перелічені фактори в подальшому деякою мірою будуть визначати ті зміни, які відбулися з особистістю [3].

Вплив соматичного стану на психіку людини може бути як саногенним (оздоровлюючим), так і патогенним (таким, що порушує психічну діяльність під час перебування хворого у стані тілесного захворювання).

Соматична хвороба відображається у двох видах патогенного впливу на психіку людини: *соматогенному і психогенному*.

Соматогенний вплив проявляється у вигляді реакції людини на інтоксикацію, больовий синдром та інші соматичні впливи на центральну нервову систему.

Психогенний, своєю чергою, відображає психологічну реакцію пацієнта на хворобу і її майбутній можливий вплив на життєдіяльність. Психічна сфера, в залежності від тривалості і важкості захворювання, в різних взаємовідносинах піддається впливу соматогенного і психогенного компонентів [2].

У пацієнтів із хронічними виразковими захворюваннями ШКТ відзначають постійні прояви больового синдрому. На його тлі розвивається астенія, яка має властивість наростати. Це викликає негативні зміни в структурі інтелекту, що первинно проявляється у зниженні якості пізнавальних процесів (пам'ять, увага тощо). Порушення уваги проявляється у звуженні її обсягу, а порушення пам'яті погіршує процеси закріплення та зберігання інформації. Процес наростання астенії, окрім порушень процесів уваги і пам'яті, включає наростаючі негативні зміни в інтелектуальній сфері: абстрактно-логічне мислення поступово замінюється наочно-образним, що викликає зниження рівня аналітико-синтетичної діяльності. Розумова діяльність стає конкретною і ситуативною. І, як наслідок, мислення стає недостатньо продуктивним, що може сформувати інтелектуальну недостатність [1].

Велику увагу необхідно приділяти тому факту, як здійснюється у хворих процес пристосувальної (стресопереборюючої) поведінки, адже у її формуванні беруть участь різні когнітивні структури. При здійсненні *адаптаційної поведінки* у людини формулюється мета і цілі, вибудовується певна стратегія поведінки.

Незважаючи на значне індивідуальне розмаїття адаптації, існує два глобальні стилі реакції на критичну ситуацію, в даному випадку, на хронічну хворобу: проблемно-орієнтований та суб'єктно-орієнтований стилі.

Рациональний аналіз проблеми *характерний для проблемно-орієнтованого стилю*. Він передбачає створення і виконання плану вирішення важкої ситуації та характеризується бажанням самостійно проаналізувати критичну ситуацію, звернутися за допомогою до близьких людей або спеціалістів, пошуком додаткової інформації, що уможливить вирішення проблеми.

Наслідок емоційного реагування на ситуацію - це *суб'єктно-орієнтований стиль*. Пацієнти, схильні до даного стилю реакції на критичну ситуацію, як правило, не схильні до рішучих дій, вони стараються обминати увагою проблему, що виникла, дуже часто залучають у свої переживання оточуючих, вони хочуть забути уві сні, занурити свої проблеми в алкоголь або зробити собі компенсацію за негаразди смачною і ситою вечерею. Як бачимо, цей стиль – це недорозвинена, необдумана спроба уникнути оцінки та вирішення критичної ситуації [3].

Отже, виразкова патологія органів ШКТ, в залежності від характеру її перебігу, прогнозу, важкості, має певний вплив на особистість хворого і на його когнітивну сферу зокрема. Можна зробити висновок, що захворювання змінює когнітивні структури особистості (ставлення, установки, направленість). Для хворих при загостренні або тривалому перебігові виразкових захворювань ШКТ характерні соматопсихічні розлади, що проявляються у порушенні психіки, мислення, пам'яті та уваги. Найбільш значущою причиною соматопсихічних розладів у гастроентерологічних хворих виступає больовий синдром, який негативно впливає на нервову систему і на психічні функції людини.

Список використаних джерел

1. Бабак О.Я. Психосоматичні порушення при виразковій хворобі та спосіб їх корекції / О.Я. Бабак // Сучас. гастроентерологія. 2003. № 2. С. 65-67.
2. Кришталь В.В. Психосоматична патологія: генезис та підходи до корекції. 2001. №. 1. Р. 37-40.
3. Мозгова Г.П., Ханецька Т.І., Якимчук О.І. Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія: Навчальний посібник. К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. 383 с.

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти **ОЛЬГА ГУСАК**,
КЗВО «Волинський медичний інститут»
Науковий керівник:
к. мед. н., доц. **СЕРГІЙ КАЛИНЧУК**

ЕФЕКТИВНИЙ КОМУНІКАЦІЙНИЙ АЛГОРИТМ ДЛЯ ПАЦІЄНТА ПІСЛЯ АРТРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА КОЛІННОМУ СУГЛОБІ В ПРОЦЕСІ ПРОХОДЖЕННЯ ПЕРШОЇ ФАЗИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Актуальність теми. Однією з актуальних проблем сучасної фізичної терапії залишаються травми опорно-рухового апарату. Незважаючи на вагомі досягнення сучасної медицини та фізичної терапії у цьому питанні, артроз КС за показником первинної інвалідності залишається високим, про що свідчать цифри – 2,4 випадки на 10 тисяч дорослого населення.

Мета дослідження – створення ефективного комунікаційного алгоритму в ланцюгу «лікар-реабілітолог – пацієнт – медична сестра» в процесі проходження пацієнтом першої фази реабілітації після артроскопічних втручань.

Методи дослідження. Аналіз, узагальнення та систематизація даних наукової та методичної літератури; медико-біологічні (контент-аналіз медичних карток пацієнтів, результатів їх огляду, клінічних тестів та рентгенографії); функціональні методи дослідження (індекс маси тіла (ІМТ), індекс больового синдрому при активних і пасивних рухах в ураженому суглобі); методи математичної статистики.

Всього було обстежено 61 пацієнт: жінок – 37, чоловіків – 24. Вік пацієнтів складав від 28 до 67 років.

Пацієнти І групи знаходилися на прямому постійному контакті з медичним персоналом центру первинної медико-санітарної допомоги (медичною сестрою) в телефонному режимі.

Пацієнти ІІ групи в післяопераційному періоді також були проконсультовані лікарем-реабілітологом і при виписці зі стаціонару отримали індивідуальну програму реабілітації.

Результати дослідження:

Група пац.	Кільк.	Вносили зміни	Вчасно вносили зміни	Не вчасно вносили зміни	Усклад.	Потребув. Продовження І фази	Вчасно закінчили І фази та Перейшли до ІІ фази
I	31	16	16	-	-	-	31
II	30	14	8	6	2	6	24