

12. Gordon W. Metaphor and invention // The creativity Questions. Durham, NC: Duke University Press. – 1976.
13. Халперн Д. Психология критического мышления /Д.Халперн. – Санкт-Петербург: Питер, 2000. – 501с.

The article substantiates the relevance to activate creative potential of future specialists in the field of medicine, who should ensure innovative development of society. The issues concerning the nature of creative task have been considered and the identification features of creative thinking activity of a student majoring in medicine have been pointed out. There have been singled out the compounds of a thinking process directed to the solution of medical problem: understanding process, forecasting process and approbation process. The psychological aspects of creative thinking activation and optimization have been analyzed. The article considers psychological principals (basis) of creative training implementation to activate the medical thinking process of future doctors. The possibility of positive influence of KARUS training system has been substantiated. Besides, the article illustrates the possibility to use educational problems in clinical subjects (for example: ophthalmology problems) as a basis for training tasks of KARUS system.

Taking as an example students' creative medical thinking, the efficiency has been proved of the creative training implementation which increases subjective sensuality, provides synergy development and activation of intuitive components of creative thinking process.

Key words: creative medical thinking, understanding, forecasting and approbation processes, creative training, KARUS.

Отримано: 25.02.2012 р.

УДК 159.9:616-002.5

В.П.Молев

Психологічні фактори формування комплаєнса хворих на туберкульоз із алкогольною залежністю

У статті розглянуто психологічні фактори, що детермінують формування комплаєнса хворих на туберкульоз із алкогольною залежністю, серед них: мотивація до лікування, рівень суб'єктивного контролю, тип ставлення до хвороби, індивідуально-типологічні особливості. Виділено три види комплаєнса – повний, частковий і низький.

Ключові слова: алкогольна залежність, туберкульоз, комплаєнс, мотивація до лікування, рівень суб'єктивного контролю, ставлення до хвороби.

В статье рассмотрены психологические факторы, детерминирующие формирование комплаенса больных туберкулезом легких с алкогольной зависимостью, среди них: мотивация к лечению, уровень субъективного контроля, тип отношения к болезни, индивидуально-типологические особенности. Выделены три вида комплаенса – полный, частичный и низкий.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, туберкулез, комплаєнс, мотивация к лечению, уровень субъективного контроля, отношение к болезни

Хворі на туберкульоз, що страждають на алкоголізм, становлять найбільш соціально й епідеміологічно небезпечну групу пацієнтів, які важко піддаються повноцінному лікуванню від туберкульозу. Частота туберкульозу серед хворих на хронічний алкоголізм так само, як і алкоголізму серед хворих на туберкульоз, значна [6]. Частіше туберкульоз приєднується до алкоголізму, рідше у хворих на туберкульоз розвивається алкоголізм. Згідно із статистичними даними [6; 10], алкоголізм у 86,7 – 88,3% хворих є первинним захворюванням і тільки у 11,7 – 13,3% пацієнтів розвивається на фоні туберкульозу. Це дозволяє характеризувати більшість осіб з поєднаною патологією як хворих на алкоголізм із супутнім йому туберкульозом. Для хворих на туберкульоз та алкоголізм характерна депресія з дистрофічним відтінком, що сприяє збільшенню потягу до алкоголю [1; 10].

Сучасна концепція реабілітації осіб з залежністю від психоактивних речовин (ПАР) передбачає побудову системи лікарських заходів, які носять характер тривалих терапевтичних програм [4]. У цих умовах особливого значення набуває проблема комплаєнсу. У медичному тлумаченні під комплаєнсом розуміють готовність, бажання, внутрішній обов'язок пацієнта виконувати призначення лікаря. Недодержання хворими терапевтичного режиму значно знижує ефективність лікування, а приховування від лікаря порушень режиму призводить до помилок при виборі подальших методів лікування.

Вважають, що рівень комплаєнсу залежить від багатьох специфічних та неспецифічних факторів, які пов'язані з пацієнтом, з лікарем та з організацією лікування. Серед тих, що пов'язані з пацієнтом, виділяються фактори, які утруднюють комплаєнс: тривога та страх, дезорганізація мислення, негативізм, соціопатичні тенденції, анозогнозія, амбівалентність, знижена (нестійка)

критика [14]. Суттєво, що є дані про вплив преморбідних особливостей пацієнтів на їх комплаєнс [15]. Так, хворі з істеричними рисами відрізняються легковажним та недбалим ставленням до лікування. Вони використовують лікарські засоби для маніпулювання оточуючими, для них актуальним є ризик залежності від лікаря. Хворі з obsесивними рисами пунктуально виконують призначення лікаря, прийом ліків перетворюють в ритуал, що ускладнює їх відміну. Самолікування або зловживання психотропними засобами властиве особистостям з невротичною структурою, психічно незрілим або схильним до ситуаційно тривожних реакцій. Відомо, що терапевтичний режим не обмежується схемою прийому лікарських препаратів, а містить цілий комплекс рекомендацій для зміни життєвого стилю та поведінки пацієнта, які підтримують хворобу [3; 9]. М.М. Кабанов [7], розглядаючи реабілітацію як системне бачення хворого, вказує на чималі труднощі на шляху до реалізації будь-якої реабілітаційної програми. Досягнення високого рівня комплаєнсу, з його точки зору, неможливе без подолання страху пацієнта перед спілкуванням з лікарем, перед діагнозом, без усвідомлення ним прийнятної для свого статусу “внутрішньої картини хвороби”. Крім того, комплаєнс залежить від психологічних особливостей пацієнта (рівня емпатії, вміння спілкуватися та ін.) та стилю роботи медичного закладу його репутації, професіоналізму персоналу. В деяких дослідженнях вивчалась залежність комплаєнсу від клінічної ситуації та терапевтичної програми. Стверджується, що поряд з “особливими” рисами комплаєнсу, які властиві природі конкретної хвороби, особисті фактори, що впливають на його рівень, мало специфічні [16].

Метою дослідження було визначення психологічних факторів, які впливають на формування комплаєнсу у хворих на туберкульоз легень з алкогольною залежністю.

Матеріали та методи дослідження

Для реалізації даної мети використовувались такі методики:

1. Методика Кеттела для оцінки особистісних особливостей [2];
2. Методика оцінки мотивів вживання алкоголю, запропонована В. Ю. Зав'яловим [5];
3. Опитувальник для вивчення установок до лікування, розроблений у Психоневрологічному інституті ім. В. М. Бехтерева [8];
4. Методика “Тип ставлення до хвороби” для дослідження типу реагування на захворювання [11];
5. Методика визначення рівня суб'єктивного контролю (РСК) [12].

Для визначення рівня комплаєнсу застосовувався розроблений Л.Ф. Шестопаоловою і Н.М. Лісною опитувальник [13], який являє собою набір питань з варіантами відповідей задежно від різноманітних аспектів дотримання хворими терапевтичного режиму. Опитувальник дозволяє діагностувати рівні комплаєнсу: повний, частковий та низький.

Під комплаєнсом ми розуміли свідоме додержання хворим терапевтичного режиму та співробітництво зі спеціалістами. У рамках даного підходу були виділені такі основні визначення:

– по-перше, комплаєнс розглядався як клініко-психологічний феномен, який формувався в процесі терапевтичних відносин та був результатом узгодженості поглядів пацієнта і лікаря на прояви захворювання, методи лікування та оцінку дій;

– по-друге, терапевтичний режим передбачав відмову хворого від вживання алкоголю, дотримання ним схеми прийому лікарських препаратів, відвідування індивідуальних психокорекційних занять;

– по-третє, комплаєнс називався повним, якщо хворі дотримувалися режиму тверезості, своєчасно приймали призначені лікарські засоби та співпрацювали зі спеціалістами (лікарем, психологом) протягом основного лікувального курсу та підтримуючої терапії. Частковим комплаєнсом вважалося виконання лікарських призначень із епізодичними порушеннями (змінюю дозування та часу приймання), участь в психокорекційній програмі з пропуском декількох занять та збереженням або поодиноким порушенням режиму тверезості. Низьким рівнем комплаєнсу вважалися регулярні порушення режиму тверезості, відмова або мінімальна участь в психокорекційній роботі, частковий прийом лікарських препаратів.

Всього було обстежено 48 хворих з алкогольною залежністю, які страждали на вперше виявлений туберкульоз легень без вираженої специфічної інтоксикації. Діагностика психічних та поведінкових порушень, характерних для синдрому алкогольної залежності, проводилась відповідно до Міжнародної класифікації захворювань 10-го перегляду (МКБ-10).

Результати дослідження та їх обговорення. Серед усіх обстежених повний вид комплаєнсу діагностувався у 12 (25,0%) хворих, частковий – у 25 (52,1%), низький – у 11 (22,9%) осіб. Серед мотиваційних факторів, що впливали на формування комплаєнсу, розглядалися мотивація вживання алкоголю та наявні терапевтичні настанови.

Виявилось, що для більшості хворих були характерні традиційні (соціально обумовлені), гедоністичні (обумовлені

бажанням отримати задоволення) та атарактичні (пов'язані з бажанням нейтралізувати негативні переживання) мотиви вживання алкоголю.

Було проведено дослідження зв'язку показника рівня комплаєнсу та показників мотивації вживання алкоголю за допомогою кореляційного аналізу. Так, достовірний позитивний кореляційний зв'язок був встановлений з показником, який відповідає атарактичним мотивам вживання алкоголю. Дані мотиви, як відомо, пов'язані з бажанням нейтралізувати напругу, тривогу, страх за допомогою алкоголю. На нашу думку, високий рівень комплаєнсу пацієнтів з атарактичною мотивацією вживання алкоголю пояснювався наявністю у них позитивних очікувань відносно можливих ефектів лікування, а саме, очікування допомоги у вирішенні внутрішнього особистісного конфлікту або в налагодженні взаємин із близькими людьми.

Було виявлено негативну кореляцію з показником, який відображає виразність власне патологічних мотивів, які проявлялися на клінічному рівні у формі хворобливої тяги. До них належали: "похмільні" мотиви, які були виражені у прагненні за допомогою алкоголю зняти прояви синдрому відміни, психофізичний дискомфорт; адиктивні мотиви, які відображали "пристрасть" до алкоголю, фіксацію у свідомості хворобливого потягу до нього та мотиви самопошкодження. Ці мотиви вживання алкоголю відповідають хронізації хворобливих симптомів, що відображалось у зміні усїєї мотиваційної сфери особистості хворого. Відповідно до отриманих даних, встановлено, що чим більш вираженими були власне патологічні мотиви вживання алкоголю у осіб з алкогольною залежністю, тим частіше вони були схильні порушувати встановлений лікувальний режим.

Негативний кореляційний зв'язок з показником комплаєнсу мали також показники, які відображають гедоністичні та субмісивні мотиви вживання алкоголю. Хворим з такими мотивами було властиво співвідносити поняття "випивка" з веселим проведенням часу, розвагою, приємним спілкуванням. Хворим важко було протистояти обставинам, які провокують вживання алкоголю, а лікувальні процедури та режим тверезості сприймався важким, небажаним обов'язком.

Дослідження терапевтичних настанов виявило, що найчастіше зустрічались настанови на досягнення симптоматичного покращення та пасивну позицію у лікуванні. Було встановлено також зв'язок показника рівня комплаєнсу з показниками, які відображають мотивацію до лікування.

Показник настанови на досягнення інсайту, тобто розуміння прихованих причин хвороби, хворобливих змін особистості та можливостей терапії, а також показник настанови на зміну поведінки позитивно корелювали з показником сформованого комплаєнсу. Така мотивація була характерна для хворих, які усвідомлюють наявність хвороби, а також необхідність лікування та, у зв'язку з цим, критично розглядають свою “алкогольну” поведінку.

Негативна кореляція була встановлена з показниками, які відображають настанову на отримання “вторинного виграшу” від хвороби та настанову на пасивну позицію в лікуванні. Вибір даних настанов був характерним для хворих, які очікують, що саме перебування у лікарні забезпечить їх потребу в безпеці, стане приводом для відкладання рішення важливих життєвих питань та уникнення відповідальності за близьких. Пасивна настанова передбачала вимушене звернення до лікаря під тиском рідних, обтяжливе перебування в стаціонарі та формальне, поверхнєве ставлення до лікування – інколи, приховану опозицію до вимог лікувального режиму. Хворі часто пропускали візити до лікаря, ухилялися від участі в психокорекційній роботі. Дослідження впливу особистісних особливостей на комплаєнс проводилось за допомогою методики Кеттела. З урахуванням максимальних та мінімальних оцінок, які були отримані по факторам опитувальника, для обстежених характерним був профіль, що умовно відбивався формулою $FHO - Q2CB$ тобто, домінуючими рисами хворих були імпульсивність, лабільність настрою, тривожність, вразливість, конформізм у поєднанні з конкретністю, ригідністю мислення.

Відносно показників цієї методики за допомогою кореляційного аналізу були отримані такі результати: фактори Н і Е, F, які відображають ступінь соціальної активності, фактор С – емоційну стійкість і фактор І – здатність до емпатії отримали позитивну кореляцію з рівнем комплаєнсу. Отримані дані підтвердили той факт, що впевнені, активні хворі мають достеменно більш високий рівень виконання лікарських рекомендацій, ніж невпевнені в своїх силах, тривожні пацієнти. Негативна кореляція була отримана з показником фактора М – “Практичність – розвинена уява”. Так, хворі з низькими оцінками за даною шкалою, яким була властива практичність, уважність до дрібниць, орієнтація на загальноприйняті норми, мали повніший комплаєнс, ніж хворі з високими оцінками, які характеризувалися як люди з розвинутою уявою, орієнтовані на свій внутрішній світ, але при цьому непрактичні і, як наслідок, нездатні точно виконувати терапевтичні рекомендації.

Також мали негативну кореляцію показники факторів Q1 – “консерватизм –радикалізм” та Q2 – “конформізм –нонконформізм”. Ці дані, напевно, вказують на те, що конформізм та прихильність до загальноприйнятих норм поведінки є тими особистісними якостями, які полегшують прийняття пацієнтом рекомендацій лікаря та вироблення узгодженого плану дій.

Однією з важливіших клінічних та соціально-психологічних характеристик особистості є ступінь активності людини в досягненні своїх цілей, міра самостійності поведінки, рівень розвитку відповідальності за те, що з нею відбувається. Ця загальна характеристика впливає на більшість аспектів поведінки людини та набуває особливого значення у діяльності, пов’язаній з лікуванням та одужанням. Рівень відповідальності хворих вивчався за допомогою методики РСК. У більшості обстежених (36, або 75%) хворих діагностувався екстернальний локус контролю, що відображало зниження здібності до відповідальності та регулювання своєї поведінки.

Так, достовірний позитивний кореляційний зв’язок був встановлений між показниками рівня комплаєнсу та показником загальної інтернальності. Високий показник за даною шкалою відповідає високому рівню суб’єктивного контролю за будь-якими значущими ситуаціями. Це означає, що пацієнти з високим рівнем суб’єктивного контролю почували себе відповідальними за те, як складалося їхнє життя в цілому, а в процесі лікування при виконанні лікувальних інструкцій здатні були проявляти необхідну обов’язковість та старанність.

Позитивна кореляція була встановлена також з показниками таких шкал:

- інтернальності в галузі досягнень, що відповідало високому рівню суб’єктивного контролю над емоційно позитивними подіями та ситуаціями. Така установка сприяла більш оптимістичному погляду на ефекти лікування та їх більшій впевненості у собі хворих;
- інтернальності у виробничих стосунках, що означало більш активну позицію цих хворих стосовно організації власної професійної діяльності, в своєму просування по службі;
- інтернальності в сімейних стосунках, що визначало відповідальність за події в сімейному житті;
- інтернальності щодо здоров’я та хвороби. Ці дані свідчили про взаємозв’язок фактора відповідальності хворих за своє здоров’я та свій спосіб життя, з одного боку, та дотриманням ними терапевтичного режиму – з іншого.

За результатами методики „Тип ставлення до хвороби” характерним для обстежених виявився дифузний тип ставлення до хвороби, який характеризувався домінуванням шкал сензитивного, неврастеничного, тривожного та ергопатичного типу реагування.

При проведенні кореляційного аналізу показника комплаєнсу з показниками шкал методики “Тип ставлення до хвороби” був виявлений такий кореляційний зв’язок: позитивний з показниками сензитивного, гармонійного, ергопатичного і егоцентричного типів ставлення до хвороби; негативний – з апатичним, меланхолійним та анозогнозичним типами. Виходячи із отриманих даних, такі характеристики хворих, як їх занепокоєння можливим несприятливим враженням, яке може справити на оточуючих звістка про захворювання; побоювання, що оточуючі стануть зневажливо ставитися до них; прагнення зберегти можливість активної трудової діяльності, а також здатність адекватно оцінювати свій стан, сприяли становленню більш повного комплаєнсу. Навпаки, слабке усвідомлення хвороби, байдужість до наслідків захворювання, знецінення ефектів лікування, незацікавленість в одужанні, песимістичний і разом з тим споживчий погляд, розповсюджений на все навколо, ускладнювали формування позитивних терапевтичних установок і, як наслідок, забезпечували низький рівень комплаєнсу.

Висновки

1. Формування рівня комплаєнсу хворих з алкогольною залежністю детермінується складним сполученням психологічних факторів, серед яких основними є мотиви вживання алкоголю, наявні настанови до лікування, тип ставлення до хвороби, рівень суб’єктивного контролю, а також деякі індивідуально-типологічні особливості.

2. До факторів, що сприяють підвищенню рівня комплаєнсу належать атактичні мотиви вживання алкоголю, терапевтичні настанови на інсайт та зміну поведінки, інтернальність у галузі досягнень та по відношенню до здоров’я, сензитивно-ергопатичний тип ставлення до хвороби і такі особливості характеру, як товариськість, практичність й конформізм. Фактори, що знижують рівень комплаєнсу, пов’язані з гедоністичними та власне патологічними мотивами вживання алкоголю, настановами на пасивну позицію та отримання “вторинного виграшу” від знаходження на лікуванні, апатичним або меланхолійним ставленням до захворювання й такими особистісними характеристиками, як критичне ставлення до оточуючих та нонконформізм.

3. Урахування даних результатів може служити основою для створення спеціальних психокорекційних програм, спрямованих на підвищення мотивації до лікування, оптимізацію терапевтичного співробітництва та збереження ремісії хворих з алкогольною залежністю.

Список використаних джерел

1. Бараненко А. В. Оценка качества жизни у лиц, зависимых от алкоголя (обзор) / А. В. Бараненко, О. Б. Калиниченко // Український вісник психоневрології. – 2003. – Т. 11. – Вип. 2. – С. 68–71.
2. Батаршев А. В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2004. – 320 с.
3. Валентик Ю. В. Мишени психотерапии в наркологии / Ю.В. Валентик // Лекции по наркологии. – М., 1999. – С.140 – 176.
4. Ерышев О.Ф. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение / О.Ф. Ерышев, Т.Г. Рыбакова; под общей редакцией М.М. Кабанова. – СПб., изд. Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. – Т. 136. – 1996. – 190 с.
5. Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости [монография] / В. Ю. Завьялов ; отв. ред. Ц. П. Короленко. – Новосибирск : Наука, Новосибирский ин-т биоорганической химии, 1988. – 198 с.
6. Ільницький, І. Г. Туберкульоз в західних областях України в умовах епідемії / І. Г. Ільницький, О. П. Костик, Л. І. Ільницька // Інфекційні хвороби. – 2008. – № 1. – С. 6-10.
7. Кабанов М. М. Охрана психического здоровья и проблемы стигматизации и комплаенса / М.М.Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8. – № 2. – С. 58 – 62.
8. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология /Б.Д.Карвасарский. – Л.: Медицина, 1982. – 272 с.
9. Маклеллан А.Т. Материалы ООН. Инвестиции в лечение наркоманий: документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики / А. Т. Маклеллан // Наркология. – 2005. – № 4. – С. 18 – 32.
10. Мельник, В. М. Причини неефективного лікування хворих на вперше діагностованих деструктивний туберкульоз легень / В.М. Мельник, Ю.М. Валецький, О.Ю. Манохина // Журнал практичного лікаря. – 2004. – №4. – С. 17-20.
11. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: [Методические рекомендации]. – Л., 1987. – 26 с.

12. Методика определения уровня субъективного контроля (УСК): [Методические рекомендации]. – Л., 1984. – 22 с.
13. Шестопалова Л.Ф. Уровни и типы комплайенса больных с алкогольной зависимостью / Л.Ф. Шестопалова, Н.М. Лесная // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2010. – № 1-2. – С. 69-74.
14. Corrigan P. W. From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia / P. W. Corrigan, R.P. Liberman, J.D. Engel // Hospital and Community Psychiatry. – 1990. – Vol. 41. – P. 1203 – 1211.
15. Diamond R.J. Enhancing medication use in schizophrenic patients / R.J. Diamond // Journal of Clinical Psychiatry. – 1983. – Vol. 44. – P. 7 – 14.
16. Kemp R. Compliance Therapy: An Intervention Targeting Insight and Treatment Adherence in Psychotic Patients / R. Kemp, A. David // B. M. J. – 1996. – Vol. 312. – P.345-349.

In the presented article the psychological factors of compliance in alcohol dependent persons are described. Motivation to the treatment, the patients's different subjective control, type of attitude to the disease, the patients's personality characteristics are determined.

Key words: alcohol addiction, tuberculosis, compliance, motivation for treatment, the level of subjective control, related to the disease.

Отримано: 2.02.2012 р.

УДК 159.955

Н.І.Навоєва

Особливості розумової діяльності МЕНЕДЖЕРА

У статті автором розглянуто особливості розумової діяльності менеджера на тлі системних властивостей організації як складного, динамічного об'єкту його пізнання і діяльності; обґрунтовано необхідність зміни парадигми мислення менеджера в сучасних умовах існування і розвитку – від лінійного мислення до системного мислення, що сприятиме підвищенню професійного рівня менеджера.

Ключові слова: менеджер, об'єкт, система, мислення, зв'язки, парадигма, рівні, підрівні, цілі, результат.