

УДК:616.89-036.865

*Г.А. Пріб***ПРОФЕСІЙНИЙ КРИТЕРІЙ ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ У ПСИХІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

Ключові слова: психіатрична медико-соціальна експертиза, професійні критерії обмеження життєдіяльності, соціальна недостатність

В Україні здатність до трудової діяльності розглядається як сукупність фізичних та духовних можливостей людини, яка визначається станом здоров'я, та дозволяє їй займатися різного роду трудовою діяльністю [1]. Професійна працездатність це здатність людини якісно виконувати роботу, що передбачена конкретною професією, та дозволяє реалізувати трудову зайнятність у певній сфері виробництва у відповідності до вимог, змісту і обсягу виробничого навантаження, режиму роботи та умов виробничого середовища. Параметрами оцінки трудової діяльності є збереження або втрата професійної здатності, можливість трудової діяльності за іншою професією, яка за кваліфікацією дорівнює попередній; оцінка допустимого обсягу роботи у своїй професії і посаді, можливість трудової зайнятості в звичайних або спеціально створених умовах. Обмеження здатності до трудової діяльності визначається ступенем обмеження життєдіяльності [1]:

1-й ступінь – здатність до виконання трудової діяльності за іншою спеціальністю при відсутності зниження кваліфікації чи зменшенні обсягу виробничої діяльності та неможливості виконання роботи за своєю попередньою професією;

2-й ступінь – здатність до виконання трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів та (чи) спеціального обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб;

3-й ступінь – нездатність до трудової діяльності.

Як бачимо підходи до оцінки трудового статусу базуються на міжнародних критеріях щодо визначення обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності [2]. Проте, як свідчать наукові дослідження з даної проблеми, в Україні у теперішній час склалася ситуація, при якій теоретичні розробки медико-соціальної експерти-

зи та її нормативна база значно випереджають можливість їх впровадження в експертну практику. Підкреслюється, що головною причиною такого стану є відсутність методичного забезпечення та відповідного інструментарію для практичної реалізації нових технологій МСЕ [3]. Дослідження професійного критерію обмеження життєдіяльності при вирішенні медико-соціальних питань у пацієнтів при психічних та поведінкових розладах є частиною науково-практичної задачі, що відповідає Постанові Верховної Ради України від 20.02.03 №560-IV “Про стан забезпечення в Україні встановлених чинним законодавством соціальних, економічних, правових і конституційних гарантій у сфері соціального захисту та реабілітації інвалідів”[4]. Таким чином, наукове дослідження питання визначення професійних категорій обмеження життєдіяльності потребує поглибленого вивчення. Встановлено, що професійним критеріям обмеження життєдіяльності приділяється недостатньо уваги при формуванні експертного висновку. Так, лише 47,1 % лікарів визначають професійні критерії обмеження життєдіяльності, в свою чергу 52,9 % визначають частково. Крім того, за складом показників рівень кваліфікації праці визначається лише 68,0 %, здатність виконувати трудові обов'язки – 62,7 %, а кваліфікаційний діапазон – 47,1 % експертів. Така ситуація, склалася в наслідок відсутності науково розробленого інструктивного забезпечення щодо аналізу складових професійного критерію, що в свою чергу призводить до ігнорування їх у експертному рішенні [5]. Таким чином, дієва професійна реабілітація пацієнтів можлива лише при розробці вітчизняного методичного забезпечення визначення професійних аспектів обмеження життєдіяльності у пацієнтів, які страждають на психічні розлади.

Стан розробки проблеми можна визначити як початковий. Більша частина наукових робіт в цій

галузі виконана протягом останніх 5-10 років, спрямована на дослідження обмеження життєдіяльності в аспекті реабілітації та належить закордонним авторам. В теперішній час системного підходу щодо оцінки складових професійного критерію обмеження життєдіяльності на підставі міжнародних критеріїв не існує. В якості головного чинника такого становища визначається відсутність методичного забезпечення лікувальних, реабілітаційних та експертних закладів.

Аналіз літератури [1-12] свідчить про наступне:

1. Відсутність у вітчизняній соціальній психіатрії достатньої кількості досліджень з питань визначення складових професійного критерію обмеження життєдіяльності у пацієнтів на психічні розлади;

2. Ускладність аналізу показників професійного критерію обмеження життєдіяльності та формування на цій підставі висновку щодо їх впливу на розвиток соціальної недостатності;

3. Недостатнє висвітлення у медичній документації складових професійного критерію обмеження життєдіяльності

Невирішеними раніше частинами проблеми

Матеріал та методи дослідження

Обстежено 300 пацієнтів (дослідна група) та 200 пацієнтів (група порівняння), які знаходились на стаціонарному лікуванні у Центрі медико-соціальної експертизи та реабілітації (відділеннях активної реабілітації №2 та №10) Київської міської клінічної психіатричної лікарні №1 (КМКПЛ №1). У дослідній групі реабілітаційні заходи розроблялись з визначенням соціального, медичного та професійного критеріїв обмеження життєдіяльності та проводились згідно міжнародних підходів. У контрольній групі реабілітаційні заходи проводились згідно загальним підходам, прийнятим у КМКПЛ №1. Обстежені пацієнти верифіковані за наступним діагностичним категоріям Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду [7]: F07, F20, F21, F23, F25, F41, G40. Згідно звітної документації КМКПЛ №1 та даних Центру медичної статистики МОЗ України [8] контингент госпіталізованих хворих у КМКПЛ №1 у період 2004–2006 рр. дає можливість вивчати цю проблему, а результати дослідження – вважати такими, що репрезентативно відображають генеральну сукупність. Дослідження пацієнтів на психічні розлади проводилось за принципом випадкового вибору, коли усі одиниці генеральної сукуп-

ності мали рівну можливість потрапити до вибірки. Згідно мети та завдань із загальної вибірки були виключені пацієнти з діагнозом розумова відсталість (F70-F79).

Метою дослідження є визначення складових професійного критерію, обмеження життєдіяльності у практиці психіатричних лікувальних закладів.

Завдання дослідження.

1. Надати аналіз складовим професійного критерію, які обмежують життєдіяльність у пацієнтів на психічні розлади;

2. Визначити вплив професійних показників на виникнення рівня дисфункції у виконанні соціальних (професійних) ролей у суспільстві.

Методи дослідження: метод структуровано-го інтерв'ю, аналіз медичної документації, статистичні. Отримані дані фіксувалися у клініко-статистичній карті та реєструвалися у спеціально створеній базі даних з використанням системи управління базами даних MS Access v.8 for Windows 9x. Аналіз, обробка, підрахунок коефіцієнтів кореляції здійснювалися за допомогою програми SPSS 10.05 for Windows 9x.

За міжнародною номенклатурою функціонування, обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності [2] при встановленні обмежень життєдіяльності, які виникають внаслідок розладу або дефекту та призводять до соціальної недостатності пацієнта, до складових відносяться медичний, соціальний та професійний критерії. В даному дослідженні розглянуто деякі професійні чинники, які обмежують життєдіяльність та впливають на виникнення соціальної недостатності. За даними попередніх досліджень (анкетування лікарів експертів МСЕК) встановлено, що трудова дезадаптація є одним з

провідних чинників, якій призводить до соціальної недостатності ($p < 0,05$). Причому обмеження життєдіяльності внаслідок втрати здатності у повному обсязі виконувати трудові обов'язки розвиваються поступово ($p < 0,05$).

Для надання аналізу професійного статусу відібрані показники, які враховуються як у ліку-

вальних, так і експертних закладах для оцінки професійного критерію обмеження життєдіяльності (зміна професії та кваліфікації роботи за останній рік – табл. 1, кваліфікація праці у виробничій сфері – табл. 2, здатність виконувати трудові функції та обсяг праці – рис. 1, трудова зайнятість протягом останнього року – рис. 2).

Таблиця 1

Розподіл досліджуваних пацієнтів за зміною професії та кваліфікацією

Зміна професії	Дослідна група		Група порівняння	
	Абс.ч	%±m	Абс.ч	%±m
Без зміни або зміна професії на рівнозначну	30	10,0±3,0	5	2,5±1,5
Розумова праця зі зниженням кваліфікації	6	2,0±1,4	5	2,5±1,5
Фізична праця зі зниженням кваліфікації	24	8,0±2,7	20	10,0±3,0
Зниження до фізичної некваліфікованої праці	24	8,0±2,7	17	8,5±2,7
Не може працювати	216	72,0±4,4	153	76,5±4,2
Всього	300	100,0	200	100,0
X; p	χ 10,6 p<0,05			

З даних табл. 1 бачимо, що у дослідній групі після проведення реабілітаційних заходів 10,0% пацієнтів відновили здатність працювати не змінюючи професію або змінивши на рівнозначну. У групі порівняння даний показник склав – 2,5%. На наш погляд показник відновлення здатності пацієнтом працювати без зміни професії або зі зміною на рівнозначну професію у групі порівняння свідчить про низьку ефективність та якість реабілітаційних заходів. Причиною виникнення такої ситуації визначено: по-перше – відсутність у складі МСЕК при розробці індивідуальної програми реабілітації фахівця якій би

зміг реально надати оцінку збереженості або втрати професійних навичок пацієнта; по-друге – відсутність у лікувальних закладах можливості залучати фахівців з тієї чи іншої спеціальності у програми професійної реабілітації. Крім того, реабілітаційні програми частіше мають виключно медико-соціальний напрямок.

Окремо в дослідженні вивчався показник кваліфікації праці пацієнтів у виробничій сфері (табл. 2). Даному показнику приділялася увага тому, що більшість пацієнтів легше адаптуються саме у виробничій сфері, а не у сфері послуг та ін.

Таблиця 2

Розподіл досліджуваних пацієнтів за кваліфікацією праці у виробничій сфері

Рівень кваліфікації праці	Дослідна група		Група порівняння	
	Абс.ч	%±m	Абс.ч	%±m
Висококваліфікована (середньо-спеціальна освіта, ПТУ 2–4 р.)	24	8,0±2,7	6	3,0±1,7
Кваліфікована (ПТУ, курси 6–24 міс.)	72	24,0±4,2	34	17,0±3,7
Малокваліфікована (курси 2–5 міс.)	66	22,0±4,1	28	14,0±3,4
Некваліфікована	138	46,0±4,9	132	66,0±4,7
Всього	300	100,0	200	100,0
X; p	χ 20,7 p<0,01			

З даних табл. 2, бачимо, що після проведення індивідуальної програми реабілітації змогли адаптуватися на рівні висококваліфікованої праці 8,0% пацієнтів дослідної групи (у групі порівняння – 3,0%), на кваліфікованому рівні –

24,0% (у групі порівняння – 17,0%). Така ситуація потребує особливої уваги, оскільки з усіх обстежених 62% пацієнтів дослідної та 64% групи порівняння мали вищу, незакінчену вищу або середню спеціальну освіту. Зниження рівня ква-

ліфікації праці у пацієнтів на психічні розлади – процес в більшості закономірний, так як, з одного боку, спостерігається вплив дефіцитарної симптоматики, а з іншого втрата професійних

навичок, що у сукупності призводить до неспроможності виконувати певний обсяг праці. Здатність виконувати трудові функції та обсяг праці у досліджених відображено на рис. 1.

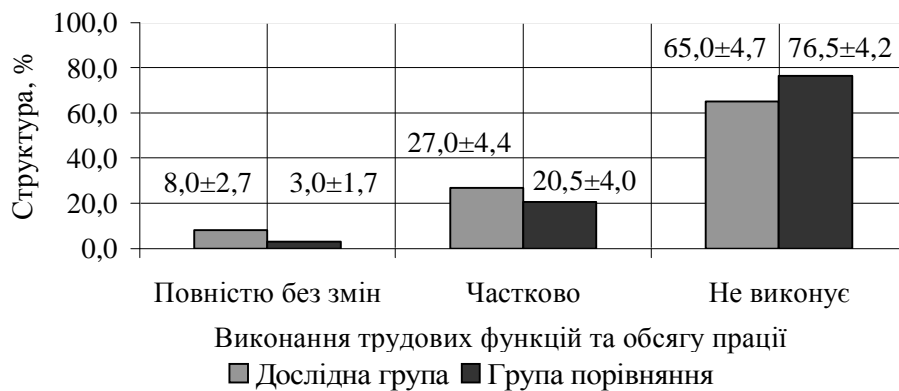


Рис. 1 Розподіл досліджуваних пацієнтів за здатністю виконувати трудові функції та обсяг праці

З даних рис.1 бачимо, що лише 8,0% пацієнтів дослідної групи та 3,0 % пацієнтів групи порівняння відновили здатність повністю виконувати трудові функції та обсяг праці. Як видно з табл.1 та рис. 1 з усіх пацієнтів дослідної групи 72,0% не можуть працювати, з них не виконують необхідний обсяг праці – 65,0%. У групі порівняння даний розподіл становить відповідно 76,5% та 76,5% пацієнтів. Дане обмеження життєдіяльності за трудовою діяльністю відповідає 3-му ступеню – нездатності до трудової діяльності [1]. Крім того, у 18,0% пацієнтів дослідної та 21,0% пацієнтів групи порівняння (табл. 1) визначено обмеження здатності до трудової діяльності 2-го ступеня – здатність до ви-

конання трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів та (чи) спеціального обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб [1]. В цілому за допомогою “Психіатричної шкали обмеження життєдіяльності” - Розділ 1. Загальна поведінкова дисфункція визначено що трудова діяльність у дослідній групі відповідала очевидному або серйозному рівню дисфункції ($p < 0,05$), у групі порівняння – серйозному або максимальному ($p < 0,05$).

Як складову професійного критерію, яка призводить до обмеження життєдіяльності, досліджено показник трудової зайнятості протягом останнього року (рис.2.).

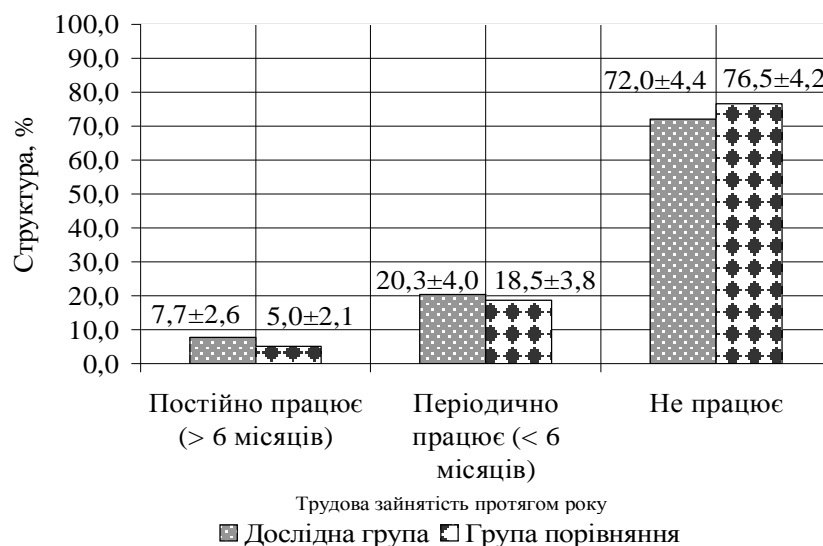


Рис. 2. Розподіл досліджуваних пацієнтів за трудовою зайнятістю протягом останнього року

З даних рис. 2 бачимо, що протягом останнього року у дослідній групі не працювали – 72,0%, періодично працювали – 20,3%, постійно працювали – 7,7% пацієнтів. У контрольній групі відповідно 76,5%, 18,5%, 5,0% пацієнтів. Обстеження пацієнтів за допомогою “Психіатричної шкали обмеження життєдіяльності” - Розділ 2 Виконання соціальної ролі встановлено, що професійна роль (робота протягом останнього місяця та зацікавленість в отриманні роботи або поверненні до навчання) у дослідній групі відповідала серйозному рівню дисфункції ($p < 0,05$), у групі порівняння – максимальному ($p < 0,05$). Крім того, розподіл тривалості тимчасової непрацездатності у пацієнтів, які працювали, виглядала наступним чином: у дослідній групі тимчасово не працювали до 1 місяця – 14 (16,6±3,7%), до 2 міс. – 18 (21,4±4,1%), більше 3 міс. – 52 (61,9±4,9%). У групі порівняння відповідно 4 (8,5±2,7%), 8 (17,0±3,7%), 35 (74,4±4,3%). Аналізуючи показник тимчасової непрацездатності у пацієнтів, які працювали, було визначено, що у групі порівняння термін тимчасової непрацездатності вище, а дійсний показник трудової зайнятості поступово знижується. На наш погляд така ситуація склалася по-перше - внаслідок формального фіксування здатності до трудовій діяльності (без визначенням обмежень життєдіяльності, які призводять до втрати професійних навичок), по-друге із за то що у програмах реабілітації не передбачається професійна реабілітація. Не врахування професійної реабілітації у індивідуальній програмі реабілітації та адаптації призводить до розвитку у пацієнтів трудової дезадаптації та формуванням рентної установчої поведінки.

Висновки з даного дослідження. Узагальнюючи результати дослідження, можна зробити висновок, що на етапі медико-соціальної реабілітації складові професійного критерію обмеження життєдіяльності не враховуються повною

мірою. Встановлено, що такі складові професійного критерію як зміна професії та умови роботи за останніх рік, кваліфікація праці у виробничій сфері, здатність виконувати обсяг праці, трудова зайнятість протягом останнього року та тривалість тимчасової непрацездатності повинні відображатися при формуванні індивідуальної реабілітаційної програми у тій її частині, яка відповідає за професійне відновлення пацієнта та розглядатися як ті, що вагомо впливають на її ефективність. Визначено, що без оцінки та врахування у професійній програмі реабілітації складових, які обмежують здатність виконувати професійні ролі, призводить до розвитку дисфункції максимального рівня. Для дієвого відновлення професійного статусу пацієнтів реабілітаційні заходи повинні формуватися на підставі комплексної диференційованої системи визначення обмеження життєдіяльності у пацієнтів, які страждають на психічні розлади.

Перспективи подальших розвідок у даному напрямку. Результати отримані у ході дослідження свідчать, що у психіатричній практиці не повною мірою враховуються складові професійного критерію обмеження життєдіяльності як чинники, які призводять до соціальної недостатності. Визначення показників професійного критерію обмеження життєдіяльності надасть можливість вирішити актуальну проблеми сучасної соціальної психіатрії - відновлення здатності до трудової діяльності пацієнтів, які страждають на психічні розлади. Даний напрямок дослідження відповідає Постанові Кабінету Міністрів України від 10.01.02 р., якою затверджено програму “Здоров’я нації – стратегія розвитку охорони здоров’я”. До подальших перспективних досліджень слід віднести адаптацію комплексної диференційованої системи визначення обмеження життєдіяльності у пацієнтів, які страждають на психічні та поведінкові розлади, до умов роботи у психіатричних лікувальних та експертних закладах.

Г.А. Приб

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии

В статье анализируются профессиональные аспекты ограничения жизнедеятельности, которые приводят к социальной недостаточности пациентов. Рассматриваются показатели: приобретения профессии и та уровень образования, изменения профессии и условий работы за последний год, квалификация труда, способность выполнять определённый объем работы, трудовая занятость на протяжении последнего года и длительность временной нетрудоспособности, их влияние жизнедеятельность пациентов. Указывается, что реабилитационные мероприятия должны формироваться на базе комплексной дифференцированной системы определения ограничения жизнедеятельности у пациентов, которые страдают психическими расстройствами. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2006. — № 1 (16). — С. 23-28).

OCCUPATIONAL CRITERION OF DISABILITY IN PSYCHIATRIC PRACTICE

Ukrainian Research Institute on Social & Forensic Psychiatry and Substance Abuse

The author analyses occupational aspects of disability resulting in patients' social failure. The article discloses factors influencing vital activity including educational attainment, change of trade, professional skills, ability to perform definite volume of work, employment status during last year and temporary disability. To improve rehabilitation measures the need in creating complex differential system of disability evaluation of patients with mental and behavioral disorders is highlighted. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 23-28).

Література

1. Інструкція про встановлення груп інвалідності, затверджена Наказом МОЗ України від 07.04.2004 р. №183.
2. Международная номенклатура нарушений ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности. ВООЗ. – М.: – 1998. – 110 с.
3. Абрамов В.А., Табачников С.И., Подкоритов В.С. Основы качественной психиатрической практики. – Донецк: Каштан, 2004. – 248 с.
4. Постанова Верховної Ради України від 20.02.03 №560-IV “Про стан забезпечення в Україні встановлених чинним законодавством соціальних, економічних, правових і конституційних гарантій у сфері соціального захисту та реабілітації інвалідів”.
5. Приб Г.А., Свінар'єв В.І., Дубінін І.С. Медичні, соціальні та професійні критерії обмеження життєдіяльності в практиці психіатричної медико-соціальної експертизи. // Психічне здоров'я. – 2005. – №4 (9). – С. 16-20.
6. Карманное руководство к МКБ–10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Э. Купер; Под ред. Дж.Э.Купера / Пер.с англ. Д. Полтавец – К.: Сфера, 2000. – 464с.
7. Показники захворюваності на психіатричні розлади і діяльність психіатричних закладів в Україні у 2004 р. – К.: Центр медичної статистики МОЗ України. – 2005. – 225 с.
8. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. та ін.. Стандарт організації, структури та функціонування спеціалізованих психіатричних медико-соціальних експертних комісій та критерії визначення обмежень життєдіяльності хворих з розладами психіки та поведінки: посібник для лікарів МСЕК і ЛКК. – Дніпропетровськ: Пороги. – 2004. – 100 с.
9. Організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів. Методичні рекомендації. – Дніпропетровськ: Дніпро-ВАЛ. – 1997. – 24 с.
10. Совместная работа ВТЭК психиатрического профиля и специализированных лечебно-профилактических учреждений по повышению качества врачебно-трудовой экспертизы психически больных: Методические рекомендации / Сост. Сергиени Е.В., Ерчкова Н.А., Маменко В.А., Штенгелов В.В. и др. – Дніпропетровськ: Дніпро-ВАЛ. – 1991. – 23 с.
11. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Петрашенко П.Р., Коробкін Ю.І., Лихолат О.А. Питання оптимізації організації та підвищення ефективності наукових досліджень з проблем медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів // Інноваційні діагностичні технології в медико-соціальної експертизі і реабілітації інвалідів: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності / За редакцією проф. А.В. Іпатова. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – 280 с.
12. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Черняк С.І., Петрашенко П.Р., Антонюк Д.Г. Правові аспекти діяльності Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності. // Матеріали науково-практичної конференції “Сучасні проблеми реабілітації і медико-соціальної експертизи”. Збірник наукових праць. – Дніпропетровськ: “Пороги” – 2001. – С. 170-174.

Поступила в редакцію 4.08.2006