

МІЖДИСЦИПЛІНАРНА МЕДИЦИНА ТА СУМІЖНІ ГАЛУЗІ НАУКИ

УДК 615.851 – 159.96

DOI <https://doi.org/10.32782/2415-8127.2023.67.20>

Візірякіна Олена Михайлівна,

аспірант

спеціальності професійна освіта (за спеціалізаціями),

Харківський національний педагогічний університет

імені Г.С. Сковороди

lenaviz777@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9954-7297>

м. Харків, Україна

Психологія у медичній реабілітації

У статті описано проблема організації реабілітаційної допомоги з залученням психологів. У сучасних наукових спільнотах існує багато розгалужень психології, серед них: клінічна психологія, нейропсихологія, медична. А також багато суперечок – чи потрібні знання психології іншим фахівцям, зайнятим у реабілітаційній сфері, зокрема фізичним терапевтам, ерготерапевтам. В Україні, все більш вивчаються питання сучасного системного підходу до рішень проблем реабілітації. Тоді мова йде про мультидисциплінарний підхід та пацієнтцентроване відновлення або адаптація (терапія). Метою статті передбачено окреслення основних психологічних аспектів пацієнтів у процесі реабілітації, для виявлення наявності і необхідності психологічного напрямку терапії у міждисциплінарному консенсусі. Нами розглянуто, наукові погляди зазначеного підходу і умов реабілітації, шляхом систематизації і моделювання, виокремленні можливі психологічні аспекти і як проблеми, що виникають у пацієнтів і як психологічний напрямок дій, щодо пацієнтів та комунікацій в моделі спільної командної роботи медиків і суміжних фахівців. Висунуто висновок щодо якості пацієнтцентрованого лікування у реабілітації та психологічного напрямку у міждисциплінарному консенсусі. Наведено, приклад можливих інструментів кількісної оцінки стану у психоонкології. Торкнулися прикладів можливих технік психокорекції, як загалом, у сфері «людина-людина».

Ключові слова: психосоціальна реабілітація, міждисциплінарна команда, мультидисциплінарна команда, фізичний терапевт, ерготерапевт, пацієнтцентроване лікування.

Viziriakina Olena Mykhailivna, Postgraduate Student majoring in professional education (be specializations), H.S. Skovoroda Kharkiv National Pedagogical University, lenaviz777@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9954-7297>, Kharkiv, Ukraine

Psychology in medical rehabilitation

The article describes the problem of organizing rehabilitation care with the involvement of psychologists. In modern scientific communities, there are many branches of psychology, among them: clinical psychology, neuropsychology, medical. And there is also a lot of controversy – whether other specialists employed in the field of rehabilitation, in particular physical therapists, occupational therapists, need knowledge of psychology. In Ukraine, issues of a modern systemic approach to solving rehabilitation problems are increasingly being studied. Then it is about a multidisciplinary approach and patient-centered recovery or adaptation (therapy). The purpose of the article is to outline the main psychological aspects of patients in the rehabilitation process, to identify the rehabilitation process, to identify the presence and necessity of a psychological direction of therapy in an interdisciplinary consensus. We considered the scientific views of the specified approach and conditions of rehabilitation, through systematization and modeling, identified possible psychological aspects and as problems that arise in patients and as a psychological direction of action, in relation to patients and communications in the model of joint teamwork of doctors and related specialists. A conclusion is made regarding the quality of patient-centered treatment in rehabilitation and the psychological direction in interdisciplinary consensus. An example of quantitative assessment of the condition in psychooncology is provided. We touched on examples of possible techniques of psychocorrection, as a whole, in the sphere of «person-person».

Key words: psychosocial rehabilitation, interdisciplinary team, multidisciplinary team, psychology, interdisciplinary team, multidisciplinary team, physical therapist, occupational therapist, patient-centered treatment.

Вступ. Події життя, соціальні, політичні, економічні зміни, що оточують сьогодні, висувають до медичних працівників, зокрема зайнятих у реабілітаційній сфері складні вимоги. За останні 20 років багато країн направили свої зусилля на вивчення хворих людей в цілях оцінки і забезпечення ресурсів для підтримання їх здоров'я найкращим можливим чином.

Методологія та методи дослідження: Методами систематизації і моделювання, виокремленні можливі

психологічні аспекти і як проблеми, що виникають у пацієнтів і як психологічний напрямок дій, щодо пацієнтів та комунікацій в моделі спільної командної роботи медиків і суміжних фахівців.

Метою статті передбачено окреслення основних психологічних аспектів пацієнтів у процесі реабілітації, для виявлення наявності і необхідності психологічного напрямку терапії у міждисциплінарному консенсусі.

Виклад основного матеріалу дослідження. Відомо, що серед підходів до лікування, більш прийнятний пацієнтоцентрований, орієнтований на хворого. Проте такий підхід, краще втілюється за міждисциплінарного співробітництва і спільної роботи команд. Такий спосіб надання медичних послуг дозволяє надавати інтегративне лікування, що може мати основні напрямки надання допомоги: медичне, фізичне функціонування, психолого-психотерапевтичне, педагогічне, соціальне.

Сьогодні суттєво поширенні діагностичні межі психічних розладів: розпливчатого «розладу соматичних симптомів», зниження порогу для дитячого синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю та пост-травматичний стресовий розлад, введені поняття поведінкових залежностей, додавання «легкого нейрокогнітивного розладу» і «розладу компульсивного переїдання». Відсутня чітка межа між здоровим занепокоєнням та легким психіатричним розладом. Тож у міждисциплінарних командах окрім лікарів-психіатрів присутні психотерапевти, клінічні психологи, нейропсихологи [1].

Більшість людей у яких спостерігається пост-травматичний стресовий розлад, неврози, депресії є жертвами природних і техногенних катастроф, війн, локальних озброєних конфліктів, терактів, кримінальних порушень, захвату заручників та ін. Такі проблеми потребують розробку і реалізацію індивідуальних програм та маршрутів психотерапевтичної і психологічної корекції.

Поряд, має наявність глобальний соціальний феномен – старіння населення. У геріатричних пацієнтів спостерігається поширеність хронічних неінфекційних захворювань, які нанижуються на функціональні порушення. В результаті відбуваються різні зміни життя, включаючи психологічні, емоційні і соціальні, їх сумація переноситься більш важко, від фізичних порушень.

В такому випадку, знання фізичними терапевтами психолого-терапевтичних функцій є корисними. Погіршення психічного здоров'я може заважати або обмежувати участь пацієнта в процесі фіз-терапевтичного лікування. При порушенні психіки це обмеження варіює в залежності від причини і стану, стадії його розвитку. Діяльність фізичного терапевта з особами, що мають деменцію, потребує постійного нагадування, надання чітких інструкцій; використання знайомих слів; збору інформації про те що подобається, чи не подобається пацієнту; переконання; відстежування препаратів, що можуть вплинути на рівновагу, перевірку безпеки взуття хворого [2].

Когнітивні розлади є одна з найбільш важких проблем медичної реабілітації і соціальної реінтеграції хворого. Вони містять в себе зміни активізації розумових процесів, швидкості обробки інформації, пам'яті, абстрактного мислення, самоусвідомлення, здібності не відволікатися та концентрувати увагу, що часто зустрічається після травматичного пошкодження мозку. До поведінкових і психологічних порушень відноситься депресія, погана соціальна адаптація, збудження агресивність, труднощі які виникають при необхідності приступити до виконання будь-якої задачі. З цим

доводиться працювати виконавцям реабілітації, в тому числі фіз-терапевтам, ерготерапевтам.

С.В. Мерліч [3] у своїй статті, зазначає онкопсихологію, як молодий напрям, що виник на стику психології, психотерапії, онкології і етики. Мета її: вивчення психологічних особливостей онкологічних хворих, особливостей реакції на захворювання і способів того, що упоралося з цією ситуацією.

Депресія є однією з найбільш частих порушень у онкохворих. Симптомами якими є: постійно пригнічений настрій; втрата інтересів і здатності випробувати задоволення; занепад сил, зниження активності; порушення сну або подовження сну; зниження або підвищення апетиту; погана концентрація уваги; знижена самооцінка, невпевненість в собі; ідея винності або власної нікчемності; психомоторна загальмованість або збудження; наміри заподіяти собі шкоду. Як вважають багато науковців, психоонкологія переслідує наступні цілі: здійснення комплексного підходу до лікування з урахуванням фізичних, емоційних соціальних і духовних чинників; емоційна підтримка терапевтичної дії (включаючи реабілітацію), сприяючі повному одужанню пацієнта; створення комфорту, атмосфери пошани і підтримки пацієнту.

Деякі симптоми характеризують психічні розлади після ампутацій кінцівок. Такий стан потребує злагодженої роботи психологів та фізичних терапевтів з вміннями своєї справи і органічним сплавом психотерапевта.

Надання медичної, педагогічної (духовно-моральної), соціальної і психолого-терапевтичної допомоги в командах, що працюють з родинами, виховуючих проблемних дітей.

З вище викладеного видно, що «вимога сьогоднішнього дня» – медичну реабілітацію виконує міждисциплінарна команда, при спільному обговоренні виконують оцінку стану пацієнта, ставлять цілі та задачі (враховуючі пацієнта та родину), час рішення, методи рішення та виконавців. Під оцінкою пацієнта розуміється список проблем пацієнта, який охоплює компоненти здоров'я та містить не тільки медичні порушення, але і можливості пацієнта, родину, діяльність пацієнта, його навколишнє середовище, особисті установки і персональний досвід пацієнта, психологічні риси, звички, релігійні і світоглядні позиції. В основі реабілітаційного діагнозу(оцінки стану) хворих закладена концепція функціонального здоров'я, що представлена в Міжнародній класифікації функціонування (ВОЗ, 2001), домени якої є «колективним напрямком професійних думок і досвіду»[4].

Вміння, досвід, ідентичність кожного фахівця, потребують також кількісної оцінки стану хворого, вона є засобом комунікації і сприяє використанню універсальної мови між членами команди. Фахівці повинні бути здатні провести чітку якісну оцінку ефективності їх лікування як з точки зору пацієнта так і закладу охорони здоров'я. Визначення психосоціальних потреб в реабілітації пацієнта в багатьох країнах здійснюється з використанням стандартизованих опитувальників і шкал, один з прикладів яких, наведено у таблиці 1.

Приклад інструментів кількісної оцінки психосоціального стану пацієнтів в онкологічній практиці

Опитувальники і шкали
Загальна якість життя
<i>NHP, Nottingham Health Profile; Опитувальник SF-36, Short Form 36</i>
Якість життя онкологічних хворих
<i>Опитувальник якості життя (EORTC QLQ30, Quality of Life Quality of Life Questionnaire Core-30); функціональна оцінка терапії хронічної хвороби (FACIT, Functional Assessment of Chronic illness Therapy);</i>
Оцінка сприйняття захворювання
<i>Опитувальник сприйняття хвороби (IPQ-R, illness Perception Questionnaire Revised); Багатомірні шкали локуса контролю здоров'я (MHLC, Multidimensional Health Locus of Control scales); Шкала відчуття зв'язності (SOC, Sense of Coherence Questionnaire).</i>
Сприйняття захворювання
<i>Оцінка поведінки в умовах онкологічного захворювання (CBI, Cancer Behavior Inventory); Опитувальник подолання стресу (Assessing coping strategies); Фрайбурзький опитувальник подолання хвороби (FKV, Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung⁴); Контрольний перелік копінгу (WCCL, Ways of Coping Check List);</i>
Соціальна допомога
<i>Індекс шкали соціальної підтримки (ISSS, Index of Sojourner Social Support Scale)</i>
Больовий синдром
<i>Багатофакторний опитувальник для оцінки болю(MPI, Multidimensional Pain Inventory); Індекс обмеження життєдіяльності (PDI, Pain disability Index)</i>
Тривога
<i>Опитувальник депресії Бека (BDI-II, Beck Depression Inventory II); Термометр дистресу (DT, Distress Thermometer); Коротка інформація про симптоми хвороби (BSI, Brief Symptom Inventory); Опитувальник загального здоров'я (GHQ, General Health Questionnaire); Лікарняна шкала тривоги та депресії (HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale)</i>

Цей приклад, демонструє психологічний напрямок онкологічного стану хворих і може бути іншим у разі, інших нозо-проблем пацієнтів.

Встановлення цілей та задач командою фахівців є нерозподільним з пацієнтцентрованим підходом до лікування. Такий підхід має на увазі, що цілі, надії, переваги, здібності, потреби індивідумів (хворих, клієнтів та користувачів) і їх тривоги мають найбільший пріоритет під час прийняття всіх рішень і дій. Пацієнт висуває, що у першу чергу він хотів би змінити, хоча будь-яке побажання пацієнта буде почуто і відображено на кожному етапі лікування. Це є корисним аспектом мотивації пацієнта. Іноді, ступінь свободи хворих, може варіювати з професіоналізмом, тоді фахівцям необхідно коректно захищати інтереси для якості лікування.

Широкий спектр методів надання психотерапевтичної допомоги дозволяє психологам команди, окремими етапами чи на протязі всього лікування проводити різні терапевтичні сеанси. Найбільш сучасні і професійні: методика глибинно-психологічно орієнтована психотерапія (кататимно – імагінативна), яка виявляється клінічно високо-ефективною у разі короткострокового лікування неврозів і психосоматичних захворювань, а також психотерапії порушень, пов'язаних з невротичним розвитком особистості. Як метафору, для характеристики цієї терапії можна застосовувати – «психоаналіз за допомогою образів». Когнітивна-поведінкова терапія становить процес навчання пацієнтів навичкам

оцінки їхніх думок, поведінки, настрою, життєвих обставин і фізіологічних реакцій, для того щоб робити адекватний і адаптивний вибір. Арт-терапевтичні прийоми, а також корисним при роботі з пацієнтами є застосування техніки безпосередньої корекції: підбадьорювання, заохочення інсайту, допомога в переорієнтації та ін. [5]

Висновки з дослідження. Практика багатьох медичних працівників часто характеризується монодисциплінарним мисленням, як правило, орієнтованим тільки на захворювання. Однак сьгодні, особливо коли мова йде про реабілітацію вважається найбільш, ефективною спільна командна робота медиків і суміжних фахівців. Знання та навички, досвід і ідентичність фахівців різних дисциплін інтегруються, це допомагає приходити до більш якісного міждисциплінарного консенсусу у сфері реабілітації, включаючи психологічний напрямок.

Пацієнтцентрований підхід терапії, створює умови мотивації для пацієнтів, збереження відчуття власної гідності і пошани до себе. Дозволяє, допомагати родинам, які теж відчувають стрес і дає можливість поглянути на ситуацію всередині і зрозуміти особливості зовнішнього середовища та поведінки.

Володіння фізичним терапевтом навичками консультанта, здатність чути, мати рівень співпереживання і терпіння, володіти різними техніками психокорекції це є корисним для праці з людиною в тривозі, дезорієнтації та ін.

Інформація про конфлікт інтересів. Конфлікту інтересів немає.

Інформація про фінансування. Автор гарантує, що він не отримав жодних винагород у будь-якій формі, здатних вплинути на результати роботи.

Особистий внесок кожного автора у виконання роботи: Візірякіна О.М. – ідея, мета, збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих результатів, підготовка тексту статті.

ЛІТЕРАТУРА

1. Sidorov P.I. Sluzhba mentalnogo zdorovia. Mentalnaya ekologiya. Ekologiya cheloveka. 2014; (8):44-56.
2. Oddy R. Promoting success in mobility for residents with dementia. Nurs Resident Care. 2004; 693:124-127.
3. Merlich S.V. Uchast mizhdystsyplinarnoi komandy v nadanni kompleksnoi psykhoonkologichnoi dopomohy. Odeskyi natsionalnyi medychnyi universytet. Oryhynalnye staty. 2013; 17(3):112-115.
4. Semyhlazova T.Iu., Kliuhe V.A., Kasparov B.S., Kondrateva A.A. y dr. Mezhdunarodnaya model reabilitatsii onkologicheskikh bolnykh. Meditsinskiy sovet. 2018; (10):108-116
5. Psykhokorektsiia : navchaln.-metod. posibnyk / Ya. Andrushko. Lviv : LvDUVS, 2017. 212s.