Тема 7. Психологічна служба в системі охорони здоров'я

План лекції

7.1. Рівні медичної допомоги, роль психолога й міждисциплінарна команда

7.2. Психічні розлади та стани в медичній практиці: відновлення після травм, ампутацій і поранень

7.3. Втрата, горювання, підтримка родичів, медична етика та стани, що потребують негайного направлення

Література: [11, 12, 16, 17, 18, 19]

7.1. Рівні медичної допомоги, роль психолога й міждисциплінарна команда

Система охорони здоров'я забезпечує допомогу на кількох рівнях: первинному (сімейні лікарі, амбулаторії, пункти швидкої допомоги), вторинному (спеціалізована амбулаторна й стаціонарна допомога в лікарнях, центрах психічного здоров'я), третинному (високоспеціалізована допомога, реабілітаційні й науково-дослідні центри). Психологічна допомога вбудована в усі ці рівні: на первинному рівні – розпізнавання й раннє втручання, скринінг, психоосвіта; на вторинному – діагностика, психотерапія, консультування у складі мультидисциплінарних команд; на третинному – складні випадки, реабілітація, дослідження. Глобальні настанови з психічного здоров'я наголошують на інтеграції допомоги в загальну медичну практику й на розподілі завдань між фахівцями (перенесення завдань неспеціалістам) для розширення доступності [11].

Психічне здоров'я в медичній моделі розглядають у біопсихосоціальній парадигмі, відповідно до якої здоров'я й хвороба визначаються взаємодією біологічних, психологічних і соціальних чинників. Це зумовлює потребу охоплювати психологічну оцінку та допомогу до лікування соматичних

захворювань: психологічні чинники впливають на перебіг хвороб, дотримання лікування, якість життя, а соматичні стани, у свою чергу, спричиняють психологічні реакції [16; 17].

Роль психолога в медичному закладі охоплює такі напрями: психологічну оцінку пацієнтів (когнітивний, емоційний, особистісний статус, ризики); психологічне консультування й психотерапію розладів у межах компетенції; допомогу в адаптації до хвороби, поранення, інвалідності; підготовку до втручань і реабілітації; роботу з родичами; кризове втручання (гостра реакція, суїцидальність, горе); психоосвіту; підтримку персоналу (профілактика вигорання); участь у наукових дослідженнях. Психолог не призначає ліків і не ставить медичних діагнозів, але надає лікареві інформацію для комплексної оцінки [11; 12].

Міждисциплінарна команда в охороні здоров’я охоплює лікарів різних спеціальностей, медичних сестер, психологів, реабілітологів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, соціальних працівників, капеланів. Основні форми роботи: обговорення випадків на консиліумах, спільне планування реабілітації, регулярні зустрічі команди, спільні записи в історії хвороби (за правилами конфіденційності). Практика показує, що інтеграція психолога в команду зменшує тривалість госпіталізації, поліпшує дотримання лікування й задоволеність пацієнтів.

Первинна медична допомога є першим контактом більшості людей із системою: зі скаргами на безсоння, втому, біль, тривогу люди найчастіше звертаються до сімейного лікаря. Керівництво ВООЗ для неспеціалізованих закладів (mhGAP) пропонує алгоритми розпізнавання та лікування основних розладів (депресія, психози, епілепсія, розлади, пов’язані зі стресом, зловживання речовинами, суїцидальна поведінка) для лікарів загальної практики з консультаційною підтримкою фахівців. Психолог у такій моделі виконує функції консультанта, супервізора, виконавця психосоціальних втручань.

Мобільні й телемедичні форми розширюють доступ до допомоги: виїзні бригади, консультації за відеозв'язком, телефонні лінії, цифрові програми самодопомоги. Вони особливо важливі для віддалених громад, осіб з обмеженою мобільністю й у зоні бойових дій і ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій. Вимоги: безпека даних, ідентифікація, алгоритм дій за кризи, контроль якості, навчання фахівців [18; 19].

Екстремальна й військова медицина та психологічна допомога постраждалим ґрунтується на принципах етапності: допомога на місці (самодопомога, взаємодопомога, перша допомога), на рівні підрозділу (лікар, психолог), у лікувальних закладах (психіатричні відділення, реабілітація). Психолог у госпіталі працює з пораненими, з наслідками контузій, ПТСР, депресією, втратою колег чи близьких, адаптацією до інвалідності; взаємодіє з керівництвом (за потреби) і родиною [11; 17].

Медична допомога під час масових уражень. У разі масових уражень (теракт, обвал будівлі, аварія з багатьма постраждалими) психологи працюють поряд із бригадами швидкої допомоги та рятувальниками: допомагають розподіляти потоки постраждалих, заспокоюють людей у стані гострої реакції, інформують родичів, супроводжують опізнання та повідомлення про загибель. Окремо підтримують персонал приймальних відділень, на який лягає основне навантаження в перші години; для нього організовують короткі перерви, розбір подій і доступ до консультацій.

7.2. Психічні розлади та стани в медичній практиці: відновлення після травм, ампутацій і поранень

Психічні реакції на соматичні захворювання, травми й операції охоплюють: гостру реакцію (шок, заперечення), тривогу, депресію, розлад адаптації, посттравматичні симптоми, делірій (у тяжких станах), порушення сну, біль із психологічним компонентом, страхи (повторного поранення, втрати контролю, смерті). Чинники ризику: тяжкість ушкодження, нестача соціальної

підтримки, попередні психічні розлади, зловживання алкоголем, відсутність інформації, умови лікування (відділення інтенсивної терапії, біль) [16; 17].

Відновлення після травм, поранень, ампутацій (унаслідок війни, аварій, вибухів, пожеж, дорожньо-транспортних подій) проходить кілька етапів: гострий (виживання, лікування, збереження життя; часто шок, оніміння, заперечення), підгострий (усвідомлення наслідків: горе, гнів, депресія, страх, питання «чому я»), адаптаційний (прийняття нових обмежень, навчання, пошук нових цілей) і реінтеграційний (повернення до діяльності, стосунків, роботи). Психологічні завдання на кожному етапі: підтримка безпеки й інформування; допомога в переживанні втрат; робота з образом тіла й ідентичністю; навчання навичкам подолання болю та стресу; формування реалістичних цілей; підтримка родини.

Особливості ампутацій: втрата кінцівки поєднується з втратою функцій, незалежності, образу тіла, професійної ролі; часто з’являються фантомні болі, депресія, тривога, соціальне відсторонення. Допомога охоплює психоосвіту про фантомний біль, техніки регуляції, участь у групах взаємодопомоги (підтримка рівних, особливо тих, хто пережив подібний досвід унаслідок війни, аварії чи нещасного випадку), підготовку до протезування, роботу з сексуальністю й стосунками, професійну орієнтацію. Показано, що участь досвідчених «наставників» з ампутаціями підвищує мотивацію й адаптацію [12; 17].

Черепно-мозкові травми й контузії. Після вибухових травм, аварій і падінь виникають когнітивні, емоційні й поведінкові зміни: порушення уваги й пам’яті, дратівливість, головний біль, безсоння, депресія, ПТСР. Психолог проводить скринінг когнітивних і емоційних порушень, навчає компенсаційних стратегій, консультує родичів, підтримує мотивацію до реабілітації. Нейропсихологічну оцінку виконують за наявності ознак і за взаємодії з неврологом.

Біль і психологічні чинники: хронічний біль залежить від емоційного стану, переконань і поведінки. Когнітивно-поведінкові підходи (зміна

катастрофізації, поступове підвищення активності, релаксація, навички відволікання) показали ефективність. Психолог разом із лікарем формулює мету: не лише зменшення болю, а й повернення до діяльності. Зловживання знеболювальними й адиктивні ризики потребують оцінки та міждисциплінарної роботи.

Інтенсивна терапія й опіки: пацієнти можуть переживати тривогу, безсоння, делірій, страх смерті, спогади про події, фрагментарну пам'ять; після виписки у частини розвивається ПТСР («синдром після інтенсивної терапії»). Психолог підтримує пацієнта і родичів, допомагає в орієнтації, веденні щоденника в лікарні, роз'ясненні подій і здійснює ранній скринінг після виписки.

Робота з персоналом: медики, парамедики й рятувальники, які надають допомогу пораненим і вмираючим, піддаються вторинній травматизації, моральній травмі, вигоранню. Корисні групи підтримки, розбори складних випадків, навчання, визнання права звертатися по допомогу, організаційні заходи (відпочинок, ротація).

Психологічні втручання в медицині: доказова база і принципи. Психологічні втручання в медицині охоплюють когнітивно-поведінкову терапію, підтримувальну терапію, навчання саморегуляції, біологічний зворотний зв'язок, психоосвіту, групову роботу. Для кожного стану існують дані про ефективність: так, когнітивно-поведінкові підходи ефективні за тривожних і депресивних розладів, за хронічного болю та безсоння; групові програми підтримують пацієнтів з хронічними хворобами.

Принципи: орієнтація на потреби пацієнта, інтеграція в лікувальний процес, участь у плануванні лікування, повага до рішень. Особливу увагу надають комунікації між лікарем і пацієнтом, яка суттєво впливає на дотримання лікування й задоволеність. Психолог навчає медиків навичкам комунікації, підтримки та профілактики вигорання.

7.3. Втрата, горювання, підтримка родичів, медична етика та стани, що потребують негайного направлення

Втрата й горювання. Горе – природна реакція на втрату значущої особи або іншого важливого об'єкта; охоплює емоційні (сум, гнів, провина, відчуття порожнечі), когнітивні (недовіра, зайнятість образом померлого), фізичні (втома, порушення сну й апетиту) та поведінкові (плач, уникання нагадувань, пошуки) прояви. Класичне дослідження Е. Ліндеманна (1944) описало симптоматологію гострого горя на основі вивчення родичів жертв пожежі; воно показало, що гостре горе має виразні ознаки й потребує підтримки, а не лікування як хвороба.

Сучасні моделі горя (двоїстий процес Штребе й Шута, завдання горя за Дж. Вордені, модель неперервних зв'язків) наголошують на коливанні між орієнтацією на втрату й на відновлення, на можливості зберігати зв'язок із померлим і на індивідуальних шляхах. Розлад тривалого горя (за МКХ-11) діагностують за стійкої інтенсивної туги за померлим тривалістю понад визначений період (не менше шести місяців) зі значним порушенням функціонування. Втрати, пов'язані з війною та катастрофами, мають особливості: раптовість, насильницький характер, неможливість провести обряд, невизначеність (зникнення безвісти), різні втрати одночасно.

Неоднозначна втрата (П. Босс) – втрата без остаточності: людина фізично відсутня, але психологічно присутня (зниклий безвісти, полонений) або фізично присутня, але психологічно відсутня (тяжко поранений із змінами особистості). Така втрата ускладнює горювання й підтримку, спричиняє хронічну тривогу й заморожений сум. Допомога: визнання неоднозначності, підтримка мислення «і те, і інше», ритуали, відновлення ролей, соціальна підтримка, відмова від примусового «закриття».

Підтримка родичів у медичному закладі: чесна й послідовна інформація; визнання почуттів; практична допомога; присутність за тяжкого стану; підготовка до повідомлення тяжких новин (протокол «підготовка –

повідомлення – підтримка»); повага до культурних і релігійних практик; залучення капелана за бажанням; направлення до довгострокової підтримки. Повідомлення про смерть здійснюють особисто, у приватному місці, простою мовою, без евфемізмів, що спричиняють непорозуміння, з паузами й готовністю допомогти [16].

Медична етика й психологічна практика: повага до автономії пацієнта, його права на інформацію й відмову, конфіденційності; недопущення шкоди; справедливий доступ; етика в кінці життя (паліативна допомога); робота з рішеннями про лікування у складних ситуаціях; етика повідомлення діагнозу. Психолог підтримує пацієнта під час ухвалення рішень, не нав'язуючи власних уявлень; співпрацює з лікарем і етичним комітетом закладу [12].

Стани, що потребують негайного направлення чи виклику екстреної допомоги: суїцидальний намір із планом, психотичні симптоми, делірій, тяжка абстиненція, неконтрольована агресія, гостра соматична небезпека (біль у грудях, ознаки інсульту), тяжка дезорієнтація, ознаки серйозної травми голови, самопошкодження з небезпекою для життя. Психолог забезпечує безпеку, не залишає особу наодинці, викликає медичну допомогу, інформує відповідальних і фіксує дії.

Паліативна допомога та супровід у кінці життя: мета – зменшення страждання, збереження гідності, підтримка пацієнта й родини. Психолог допомагає з тривогою, страхом смерті, пошуком сенсу, закінченням справ, прощанням; працює з родиною до й після смерті; підтримує команду. Підхід не потребує «правильного» переживання і поважає індивідуальні цінності.

Перелік дій у разі повідомлення тяжких новин пацієнтові чи родичам:

– Підготуватися: зібрати факти, обрати тихе приватне місце, запросити за потреби підтримувальну особу, уточнити, що відомо пацієнтові.

– Дізнатися, скільки людина хоче знати.

– Попередити про складність інформації й повідомити простими словами, невеликими частинами, без евфемізмів і медичного жаргону.

– Зробити паузу, дати час на реакцію, визнати почуття.

– Відповісти на запитання, повторити важливе, надати письмову інформацію.

– Обговорити наступні кроки, підтримку й контакти; запропонувати зустріч пізніше.

– Дібрати слова для дітей і літніх людей відповідно до віку; враховувати релігійні й культурні норми.

– Подбати про себе й колег після складних розмов.

Психіатрична допомога та співпраця. Психолог у психіатричній службі виконує діагностику, консультування, психоосвіту, реабілітацію, групову роботу. Принципи сучасної допомоги – орієнтація на відновлення, участь пацієнта в ухваленні рішень, мінімізація примусу, інтеграція у громаду. Співпраця з психіатром ґрунтується на розподілі компетенцій і обміні інформацією.

Психологічна допомога у стаціонарі: адаптація, інформування, підготовка до втручань. Госпіталізація супроводжується стресом: втрата контролю, невизначеність, біль, залежність від персоналу. Психолог допомагає пацієнту адаптуватися, пояснює процедури, знижує тривогу перед втручаннями, навчає релаксації та дихальним технікам. Підготовка до операцій зменшує післяопераційний біль і прискорює відновлення. Включення родини підвищує відчуття безпеки.

Після виписки психологічна підтримка триває в амбулаторних умовах або дистанційно, зокрема для поранених військових, рятувальників і цивільних постраждалих, які переходять на реабілітацію та повертаються до служби чи цивільного життя. Забезпечення безперервності допомоги знижує ризик ускладнень та повторних госпіталізацій.

Просвітництво й профілактика в системі охорони здоров'я. Просвітницька діяльність охоплює інформування пацієнтів і населення про психічне здоров'я, стрес, сон, залежності, ознаки розладів та шляхи допомоги.

Програми профілактики проводяться в лікарнях, школах, на підприємствах, у військових частинах і підрозділах рятувальників. Їх ефективність підвищують інтерактивні формати, участь значущих осіб, простота та практична спрямованість повідомлень. Результати оцінюють за змінами обізнаності та поведінки.

Ключові поняття теми: *рівні медичної допомоги; біопсихосоціальна парадигма; міждисциплінарна команда; психічні реакції на хворобу й травму; фантомний біль; горе й розлад тривалого горя; неоднозначна втрата; повідомлення тяжких новин; паліативна допомога; негайне направлення.*

Питання для самоперевірки

1. Як психологічна допомога вбудована в рівні системи охорони здоров’я та яка роль психолога в медичній команді?
2. Які психологічні завдання виникають на різних етапах відновлення після поранень, ампутацій і травм унаслідок аварій та катастроф?
3. Які особливості психологічної допомоги після черепно-мозкових травм, за хронічного болю й у відділеннях інтенсивної терапії?
4. Як описують горе сучасні моделі і чим розлад тривалого горя відрізняється від нормального горювання?
5. Що таке неоднозначна втрата і як допомагати родичам зниклих безвісти?
6. Як повідомляють тяжкі новини й підтримують родичів у медичному закладі?
7. Які стани потребують негайного направлення та які дії виконує психолог?