

MAIN STRATEGIES OF SPECIALISTS' TEAM WORK ON PSYCHOSOCIAL SUPPORT FOR WOMEN WITH ALOPECIA

V. V. Zhyvylo

Odessa National Medical University, Ukraine

e-mail: psychotip@gmail.com

Abstract

In compliance with the principles of bioethics and deontology, during 2013-2017, a comprehensive examination of women with a diagnosis of «total alopecia» was conducted on the basis of the Center for Reconstructive and Restorative Medicine of the Clinic of the Odessa National Medical University. 233 women aged 22 - 45 years old were examined. 76 persons had passed outpatient comprehensive course of author therapy, and 62 persons received treatment in accordance with the «Clinical protocol» but did not receive comprehensive psychosocial assistance. The patients under examination had violations in psycho-emotional, personal level, level of social functioning. A range of measures of psychosocial support, aimed at providing qualified transdisciplinary help to the patients and their families have been worked out. Their effectiveness is proved on the basis of evidence-based medicine. Within the framework of the research the peculiarities of the psychoemotional sphere of women with total alopecia are determined. Scientifically substantiated, developed and implemented in practice psychosocial support of women with total alopecia, which consisted of psycho-corrective measures using modern mobile e-health technologies. Approbation of measures of psychosocial support showed their effectiveness in 70,89% of cases ($p \leq 0,05$). Due to the allocation and systematization of predictors, provocative and supporting factors of diseases, the system of modular medical and social prevention of total alopecia in women was developed, which includes three modules:

universal, indicative and selective prevention.

Keywords: total alopecia, alopecia in women, psychosocial support, transdisciplinary team, psychoprophylaxis.

ОСНОВНІ СТРАТЕГІЇ РОБОТИ КОМАНДИ ФАХІВЦІВ У СФЕРІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ З ДЕРМАТОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ (НА ПРИКЛАДІ АЛОПЕЦІЇ)

В. В. Живилко

Одеський національний медичний університет

Вступ. Алопеція – є актуальною проблемою, та займає в сфері дерматології вагоме місце. Її етіологія, ранній початок, виражений клінічний поліморфізм, нерідко тяжкий перебіг, соціальна та психологічна дезадаптація, торпідність до проведеної терапії, необхідність постійного лікарського моніторингу роблять цю проблему значущою для практичної охорони здоров'я. Також, дане захворювання нерідко приймає тривалий рецидивуючий перебіг [1, 3].

Облісіння залишається захворюванням з неясною етіологією і до кінця не вивченим патогенезом, що обумовлює великі труднощі в розробці ефективних методів терапії. Розуміння механізмів реагування на терапію і хворобу можуть підвищити ефективність лікування, сприяти вибору найбільш ефективної системи медико-психологічної допомоги [5].

Мета роботи: вивчити психоемоційні, особистісні, соціально-психологічні характеристики жінок з алопецією та розробити заходи їх психосоціального супроводу.

Результати та їх обговорення.

Проведене клініко-психологічне дослідження дозволило визначити дезадаптивні характеристики, які були притаманними жінкам з алопецією та проявлялись на психоемоційному та особистісному рівнях, а також в сфері соціального функціонування. На психоемоційному рівні найбільший негативний вплив на адаптивні механізми особистості були високі показники за рівнями невротизації (85,51 %) та ворожості (84,06 %). На особистісному рівні 10,00 % досліджених пацієнток мали іраціональні настанови щодо власної хвороби, її наслідків, прогнозу, лікування, а також

дезадаптивні когніції щодо своєї особистості, потенціалу та можливості активно впливати на власний стан та змінювати поточну ситуацію. На рівні соціального функціонування 100,00 % жінок з алопецією відмічали зниження загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя, що було обумовлено не об'єктивною ситуацією, пов'язаною з фактором захворювання, а суб'єктивним відношенням до себе, хвороби та оточуючого середовища [6,7].

На основі узагальнення отриманих даних, нами запропонований комплекс лікувальних психокорекційних і психопрофілактичних заходів щодо психосоматичних розладів, який може бути застосований як для загальної популяції, так і для контингенту пацієнтів з алопецією (рис. 1).

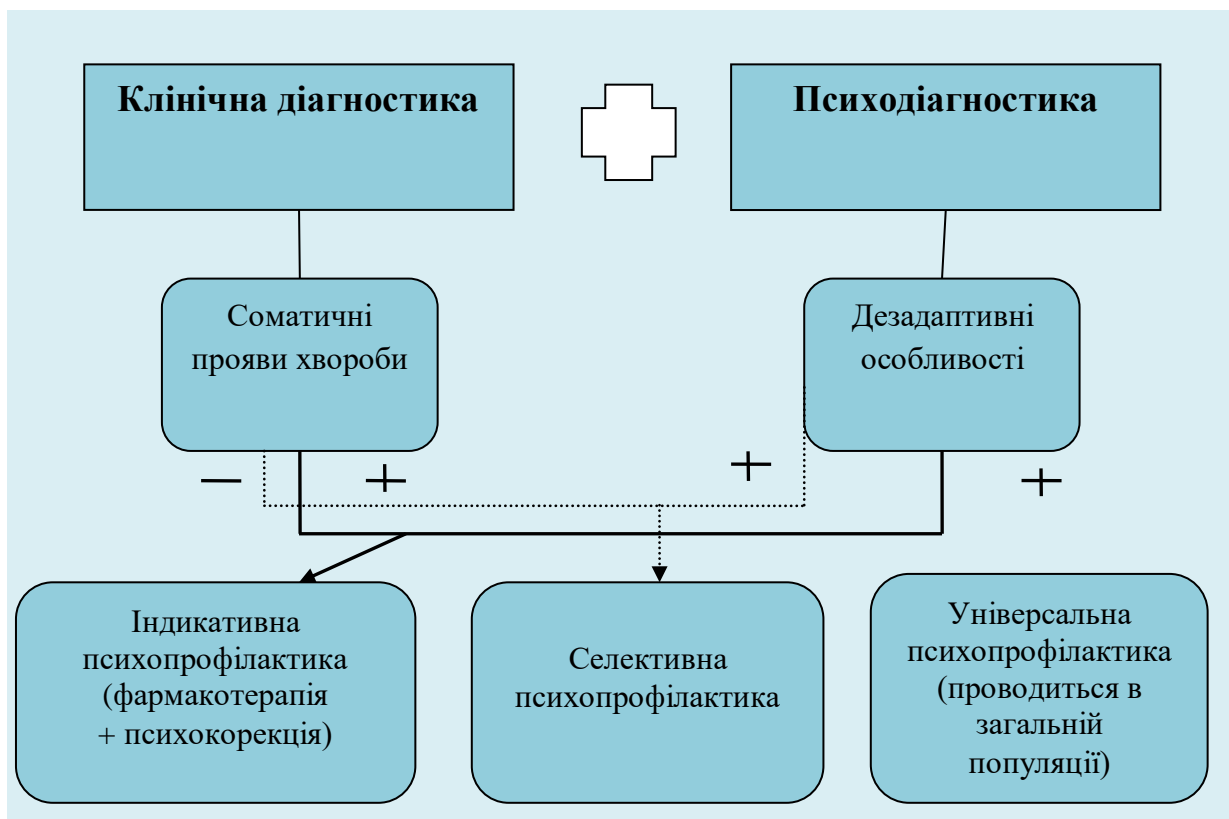


Рис. 1. Алгоритм вибору типу психопрофілактичних заходів

Спочатку, на основі здійснення клінічної діагностики та психодіагностичних

процедур, проводили диференційовану оцінку необхідності включення в групу індикативної або селективної психопрофілактики. В групу індикативної психопрофілактики, членам якої спочатку проводились лікувальні заходи, були спрямовані усі жінки з клінічними проявами захворювання на алопецію [4].

Терапевтична робота починалась з проведення лікувальних та психокорекційних заходів, а з часом набувала психопрофілактичного характеру і змісту. Зусилля були спрямовані на:

- 1) зменшення або ліквідацію клінічних проявів захворювання на алопецію;
- 2) редукцію патологічної тривоги й депресії;
- 3) зниження зовнішньої агресивності;
- 4) нівелювання патологічних характерологічних та особистісних тенденцій, актуалізація особистісних ресурсів самозмінення;
- 4) підвищення стресостійкості, формування продуктивного копіngu;
- 5) формування навичок адекватної комунікації, у тому числі, в гендерній сфері;
- 6) розвиток навичок контролю за власною поведінкою та психічної саморегуляції;
- 7) активацію адаптивних особистісних ресурсів.

Досягнення перших двох цілей проводили в рамках терапевтичних (психокорекція + фармакотерапія) заходів, починаючи з третьої цілі – в рамках психопрофілактичних впливів [3, 4].

Таким чином, розроблена програма психопрофілактики, являла собою єдину етапну послідовну систему взаємодоповнюючих лікувальних психокорекційних і психопрофілактичних впливів [2, 3, 4].

Після психодіагностичного етапу, жінкам, в залежності від провідного клінічного синдрому, призначались фармакологічні засоби, на тлі яких розпочиналась психокорекційна робота. По досягненні перших об'єктивних результатів зниження інтенсивності психопатологічної симптоматики, вони включались до індикативної психопрофілактичної роботи, по досягненні мети якої – переходили до заходів селективної психопрофілактики. Завершальним етапом роботи ставали заходи універсальної профілактики.

Профілактика виникнення дисгармонійних психологічних особливостей в хворих на алопецію або осіб групи ризику є складним завданням, що вимагає системного підходу і комплексного рішення [5, 8].

Системний характер профілактики полягає в тому, що вона повинна впливати на

всі чинники: соматичні, соціальні та психологічні, негативний характер яких може стати причиною або сприяти формуванню дезадаптації особистості.

Медична складова профілактики полягає у контролі фізичного стану дерматологічного хворого, симптоматичному лікуванні патологічних проявів хвороби, наданні консультацій та навчанні близького оточення навичкам, корисними при догляді за хворим [2, 6].

Соціальний компонент має на меті підтримати соціальне життя, і в той же час допомогти хворим та їх оточенню навчитися самостійно вирішувати соціальні проблеми [8].

Психологічний компонент в рамках профілактичної роботи вирішує завдання полегшення психологічних станів, пов'язаних з дезадаптацією пацієнтів, подолання стресу, тривожності, депресії хворих, їх оточення. Завданням психологічної підтримки в рамках профілактики дезадаптації пацієнтів з псоріазом є нормалізація внутрішнього стану хворого, підтримка психологічної рівноваги між хворим і його оточенням на різних етапах протікання захворювання.

Комплексність профілактики припускає проведення різносторонніх коригуючих заходів – організаційних, психокорекційних, застосування арсеналу сучасних методів дії на особистість і середовище, в якому вона функціонує. Це означає, що учасниками процесу профілактики, направленої на попередження дезадаптації хворого на алопецію, є не тільки співробітники медичної установи, на базі якої проводиться лікування пацієнта, але й психологи, соціальні працівники, родина хворого, друзі, інші суспільні інститути [7].

Таким чином, допомога пацієнту з алопецією або особам групи ризику повинна надаватись командою спеціалістів.

Однією з важливих навичок роботи фахівця в галузі медицини є вміння працювати в групі, команді, досягаючи єдиних групових (командних) з метою надання ефективної допомоги пацієнтам.

Команда фахівців – це невелика група людей з комплементарними навичками, об'єднаних спільною метою, виконанням завдань і загальним підходом, для реалізації яких вона підтримує всередині себе взаємну відповідальність.

В сучасній практиці існують три основних моделі командної роботи: мультидисциплінарна (Рис. 2), міждисциплінарна (Рис. 3) та трансдисциплінарна (Рис. 4).

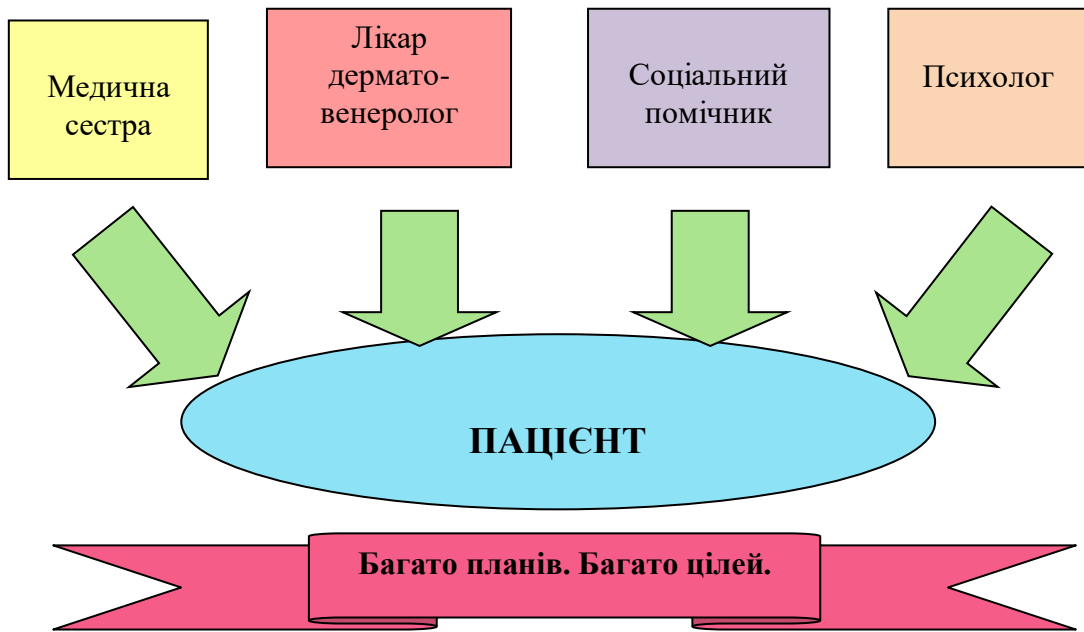


Рис. 2. Мультидисциплінарна модель надання психопрофілактичної допомоги хворому на алопецію

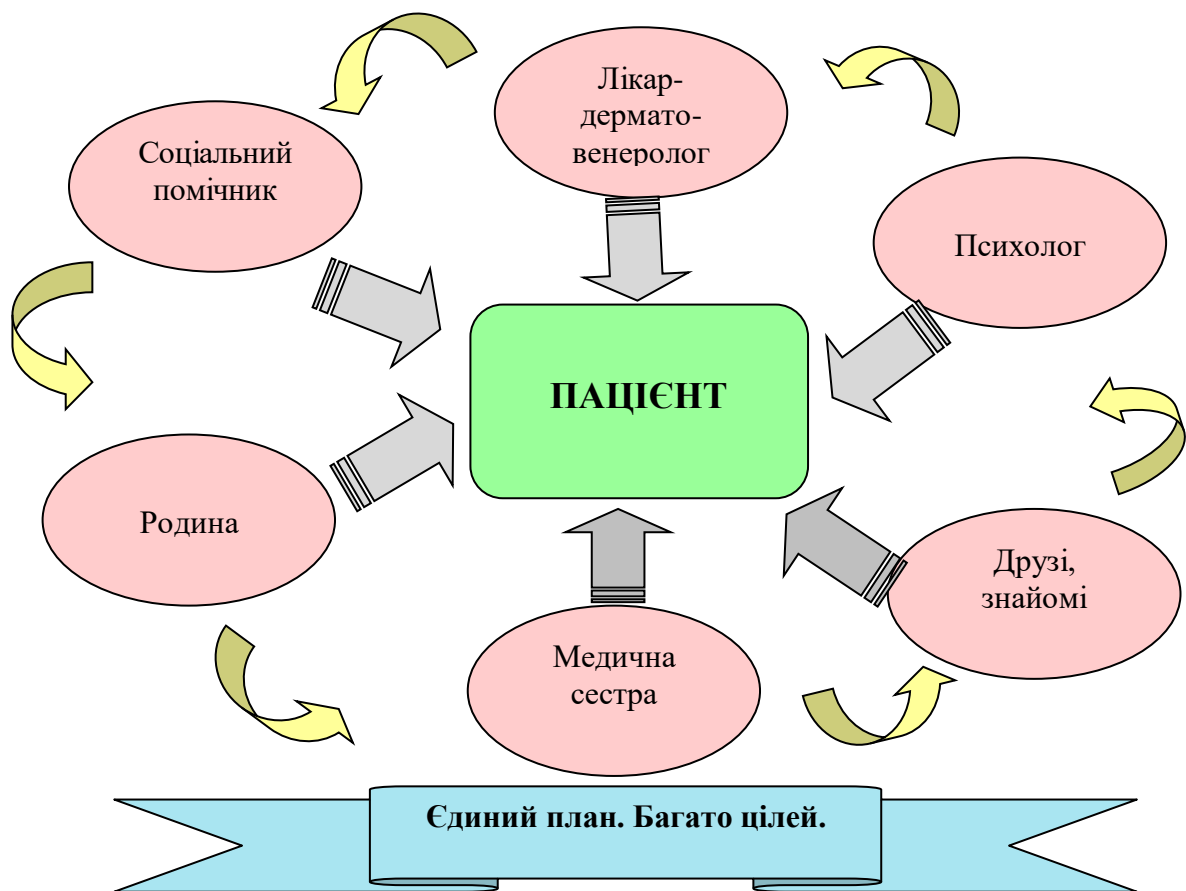


Рис. 3. Міждисциплінарна модель надання психопрофілактичної допомоги хворому на алопецію

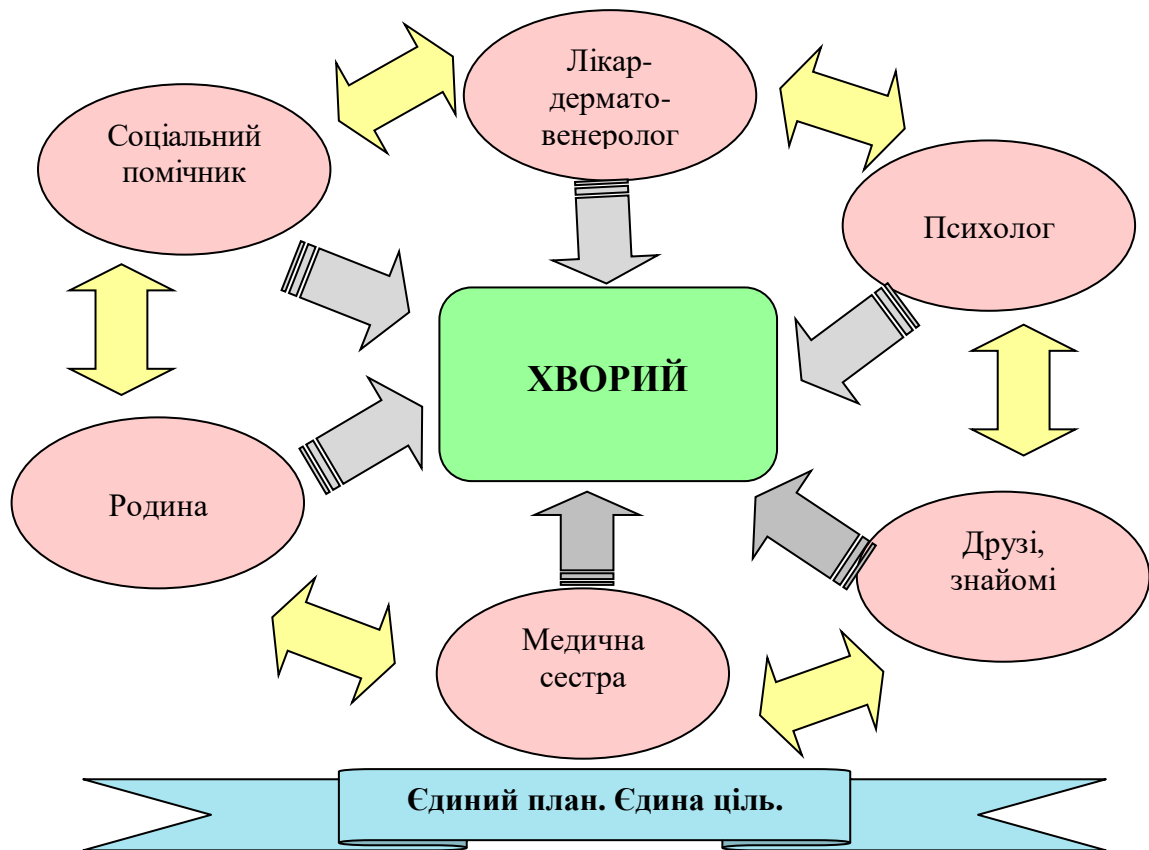


Рис. 4. Трансдисциплінарна модель надання психопрофілактичної допомоги хворому на алопецію

Мультидисциплінарна модель має на увазі, що члени команди представляють різні дисципліни і працюють безпосередньо з пацієнтом (клієнтом) або родиною незалежно один від одного, виконуючи свою роль і обов'язки практично без взаємодії і перетину професійних кордонів. Слабкою стороною такого підходу вважається відсутність спільних спостережень, недостатня взаємодія і, як наслідок, неповне використання можливостей професіоналів.

Міждисциплінарна командна робота є більш ефективною моделлю, що дозволяє задовольняти специфічні потреби клієнтів і сімей. Робота міждисциплінарної команди спрямована на спільну розробку індивідуальних програм розвитку, орієнтованих на потреби і можливості кожного конкретного клієнта і його сім'ї. Проте недоліком може бути велика кількість цілей, які фахівці різного профілю виставляють в рамках єдиного плану дій.

Трансдисциплінарна модель - для роботи з клієнтами виділяються два фахівця (в нашому випадку – лікар-дерматолог та психолог), які, в процесі роботи з клієнтом, постійно взаємодіють один з одним і з іншими членами команди на шляху до

досягнення мети програми. При цьому є одна програма та одна мета, які формулюються, враховуючи індивідуальні особливості випадку, з яким працює команда, а також обов'язково враховується середовище та соціальний (в тому числі – сімейний) контекст. В рамках даної моделі, яку ми вважаємо найбільш ефективною, клієнтові не потрібно взаємодіяти з безліччю людей. В процесі роботи спеціалісти – члени команди навчають один одного необхідним навичкам, обговорюють випадки, проводять супервізії.

Основні характеристики, які відрізняють ефективну команду, наведено в табл. 1.

Таблиця 1.

Характеристики ефективної команди

Теми	Опис
Лідерство і управління	Явний лідер, підтримка, супервізія
Комунікація	Наявність відповідних комунікаційних навичок в команді
Особисті заохочення, навчання та розвиток	Навчання, можливості для розвитку, моральна мотивація
Відповідні ресурси та процедури	Структура, зборів команди, порядок і процедури роботи
Необхідний набір навичок	Навички, компетенції, комбінація фахівців-практиків, заміни відсутніх співробітників
Клімат	Культура довіри, розуміння важливості вкладу інших, консенсус; робоча атмосфера
Особисті навички / характеристики	Знання, досвід, ініціатива, навички слухання, рефлепрактика; бажання працювати для досягнення спільної мети
Ясність бачення	Чіткий набір цінностей, що відображає єдиний і послідовний загальний образ
Якість і результати роботи	Фокус на пацієнта, отримання зворотного зв'язку і доказів ефективності
Повага до цілей та їх розуміння	Розподіл влади, спільна робота, автономність.

Таким чином, ефективною можна вважати команду, в якій:• неформальна і розслаблена атмосфера; завдання добре зрозуміла і приймається; члени прислухаються один до одного; обговорюють завдання, в яких беруть участь всі члени; висловлюють як свої ідеї, так і почуття; конфлікти і розбіжності присутні, але виражаються і центруються навколо ідей і методів, а не особистостей; група усвідомлює, що робить, рішення ґрунтується на згоді, а не на голосуванні більшості.

Для членів команди важливим є оволодіння та підтримка навичок командної взаємодії, які формуються під час тренінгового навчання (табл. 2).

Навички, які є ключовими для роботи команди

Оцінка	клінічна оцінка, оцінка ризику
лікування і ведення захворювання	клінічна симптоматика, кризове втручання, фармакологія, психотерапевтичні стратегії
спільна робота	командний гравець, можливість взаємозаміни різними фахівцями, навички ведення переговорів і вирішення конфліктів, готовність до супервізії
міжособистісні навички	позитивне ставлення, повагу до клієнтів і членам команди, розуміння і повагу етнокультурних відмінностей інші знання / навички: чітке ведення документації, розуміння законодавства в області психічного здоров'я, знання функцій інших органів

Експертна оцінка значимості ключових областей компетентності для команд, які працюють у медичній освіті, дала можливість авторам проранжувати і представити їх в наступному порядку (у напрямку зниження ступеня важливості):

1. етичність, дотримання групових норм і правил, прийняття командних цілей;
2. уміння слухати - здатність сприймати, засвоювати і використовувати інформацію, видобуту з усній комунікації;
3. комунікабельність - уміння використовувати усну та письмову мову, стилістичні та інші виразні засоби, для впливу на партнерів і досягнення взаєморозуміння;
4. контактність - уміння встановлювати ділові і творчі стосунки з партнерами;
5. етичність, дотримання групових норм і правил, прийняття командних цілей;
6. уміння слухати - здатність сприймати, засвоювати і використовувати інформацію, видобуту з усній комунікації;
7. комунікабельність - уміння використовувати усну та письмову мову, стилістичні та інші виразні засоби, для впливу на партнерів і досягнення взаєморозуміння;
8. контактність - уміння встановлювати ділові і творчі стосунки з партнерами;
9. командна орієнтація - розуміння необхідності спільної діяльності і вміння працювати у взаємодії з іншими;
10. відданість організації і ділова орієнтація;
11. наполегливість, впевненість в собі;

12. здатність змінювати групові ролі для досягнення командних цілей.

Командна робота є орієнтованою на стимулювання творчої активності групової діяльності під час вирішення нестандартних завдань.

Висновки: Застосування командного підходу дає можливість підвищити соціальну і культурну творчість працівників, їхню особисту участь у самоорганізації і самоврядуванні спільної діяльності, взаємний контроль, взаємодопомогу і взаємозамінність, прояснення загальних цінностей і цілей, що визначають поведінку кожного члена команди, колективну відповідальність за результати і високу ефективність роботи, всебічне розвиток і використання індивідуального і групового потенціалів. Використання стратегій командної роботи фахівців різного профілю в умовах медичної установи є підходом, який підвищує ефективність надання допомоги пацієнту, а також сприяє профілактиці формування синдрому емоційного вигорання у співробітників закладу.

References:

1. Adsskevich VP., et al. Alopecia (nidicolous, androgenetic, diffused).- Moscow: medical Book, 2000.- 192 p. (Rus.)
2. Andrashko YuV. Modern view upon seborrhea dermatitis. Rational treatment tactics of light and non-complicated forms of dermatitis // Dermatol. - 2015.- Vol.2, N 4.- P. 46-49 (Rus.)
3. Baybarack NA. Additional data to the choice of individual tactics of anti-recurrent treatment of depressive disorders// Ukr Herald Psychoneurol.- 2015.- N 11.- P. 40-43 (Ukr.)
4. Gorlinsky VV. Culture of stable human development: its constitution and axiological content// Philos Culture.- 2015.- N 5.- P. 658-669 (Rus.)
5. Dandashi AP. Complex pathogenic therapy of alopecia patients with taking into account their status and cerebral vessels state: Synopsis of cand thesis on medicine.- Moscow, 1993.- 19 p. (Rus.)
6. Degtiarenko NI. Hair treatment: the best remedies and methods.- Minsk: Modern school, 2008.- 320 p. (Rus.)
7. Zhukova IK. Seborrhea and scruf // Med J.- 2009.- N3.- P. 116-124 (Rus.)
8. Kulagis VI. Modern peculiarities of clinics, neuro-endocrine, vascular, immune mechanisms of nidicolous pathogenesis and differentiated methods of treatment: Synopsis of cand thesis on med.- Moscow, 1992.- 21 p. (Rus.)