

# ПСИХОЕМОЦИОНАЛНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ И СОЦИАЛНА АДАПТАЦИЯ НА ПАЦИЕНТИ С ТЕРМИЧНИ ТРАВМИ

Кичка Димитрова

*Катедра по здравни грижи, Факултет по обществено здравеопазване,  
Медицински университет – Варна*

## PSYCHOEMOTIONAL REHABILITATION AND SOCIAL ADAPTATION OF PATIENTS WITH THERMAL INJURIES

Kichka Dimitrova

*Student, Department of Health Care, Faculty of Public Health, Medical University of Varna*

### РЕЗЮМЕ

Термичната травма, или както е по-известно изгаряне, се характеризира най-общо със загуба или нарушаване функциите на покривната тъкан. Това е специфичен вид тежко нараняване, при което най-често пациентът изпада в травматичен и психичен шок. Психологическите проблеми, произтичащи от изгарянията, най-често варират от понижено настроение, загуба на активност, загуба на самочувствие и самоуважение, до тежки депресивни състояния, суицидни мисли и суицидни действия.

Настоящата разработка е свързана с очертаване и систематизация на практическата дейност на психолога, начините за интервенция и участието му в целия оздравителен процес.

**Цел:** Да се предложи модел на психологическо консултиране, свързано с изгарянията и тежките термични травми, в специфичните условия на болничната среда за подпомагане на психоемоционалната рехабилитация и социална адаптация на пациентите.

Оздравителният процес включва хирургични операции, превръзки, физиотерапевтични процедури и такива по раздвижване и възстановяване. Често психологичните проблеми, съпротиви и задръжки по време на престоя и лечението в клиниката са големи. Тук ще се обърне внимание на основните моменти на работата на психолога, като се вземат под внимание спецификата на болничната среда, характерът на травмата и медицинските процедури.

Предложеният модел за организация на психологическата работа позволява добър контрол

### ABSTRACT

Thermal injury, or as it is more commonly known, a burn, is generally characterized by a loss or disruption of the functions of the covering tissue. This is a specific type of severe injury, in which most often the patient falls into a state of traumatic and mental shock. Psychological problems resulting from burns most often range from low mood, loss of activity, and loss of self-confidence and self-respect to severe depressive states, suicidal thoughts, and suicidal actions.

The current research is related to the outline and systematization of the practical activity of the psychologist, the ways of intervention, and his participation in the whole healing process.

**Objective:** To propose a model of psychological counseling related to burns and severe thermal injuries in the specific conditions of the hospital environment to support the psychoemotional rehabilitation and social adaptation of patients.

The healing process includes surgery, bandages, physical therapy, and movement and recovery procedures. Often, the psychological problems, resistances, and inhibitions encountered during the stay and treatment in the clinic are great. Here, attention will be paid to the main moments of the psychologist's work, taking into account the specifics of the hospital environment, the nature of the trauma, and the medical procedures.

The proposed model for the organization of psychological work allows for good control over problematic situations that arise as a result of trauma and during the treatment process. It outlines the framework of psychological activity, but its practical application would

над проблемните ситуации, произтичащи от травмата и възникващи в процеса на лечение. Той очертава рамките на психологическата дейност, но практическото му приложение би било невъзможно без съдействието и участието на целия персонал на клиниката.

**Ключови думи:** термична травма, пациент, психологически проблем, персонал, рехабилитация, социална адаптация

## ВЪВЕДЕНИЕ

Термичната травма, или както е по-известно изгаряне, се характеризира най-общо със загуба или нарушаване функциите на покривната тъкан. Това е специфичен вид тежко нараняване, при което най-често пациентът изпада в травматичен и психичен шок. Трябва да се има предвид, че болката от изгаряне е най-силната болка, която може да възприеме и понесе човешкият организъм. Освен това тя носи след себе си и доста проблеми, свързани с оздравителния процес, трудна подвижност, понякога тежки белези, нежелание за връщане към нормален начин на живот и дейност. Психологическите проблеми, произтичащи от изгарянията, най-често варират от понижено настроение, загуба на активност, загуба на самочувствие и самоуважение, до тежки депресивни състояния, суицидни мисли и суицидни действия (1,4).

Имайки предвид изложените факти, при лечението на пациенти, претърпели термична травма, би следвало да се включи и психолог, подпомагащ психоемоционалната рехабилитация и социална адаптация на пациентите (2).

Настоящата разработка е свързана с очертаване и систематизация на практическата дейност на психолога, начините за интервенция и участието му в целия оздравителен процес.

Предложеният модел може да намери приложение и в други ситуации, налагащи продължителен престой в болнични заведения.

## ЦЕЛ

Да се предложи модел на психологическото консултиране, свързано с изгарянията и тежките термични травми в специфичните условия на болничната среда за подпомагане на психоемоционалната рехабилитация и социална адаптация на пациентите.

### *Специфични цели*

*be impossible without the cooperation and participation of the entire staff of the clinic.*

**Keywords:** thermal injury, patient, psychological problem, staff, rehabilitation, social adaptation

Подкрепа в процеса на възстановяване след претърпяна термична травма за подпомагане на психоемоционалната рехабилитация и социалната адаптация на пациентите.

1. Формиране на индивидуални умения според тежестта и ефекта на травмата.
2. Реализиране на комплексна подкрепа и за семействата на пациенти с термична травма.
3. Предложеният модел е изведен на основа на личен опит и има за цел висока степен на ефективност.

## МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Проведено е анкетно проучване на пациенти с термична травма, преминали през Клиниката по термична травма, пластично-възстановителна и естетична хирургия на МБАЛ-Варна към ВМА, за период от една календарна година, в различни възрастови групи: 0 до 7 г. (проучването е на база родител или настойник на детето); 8 до 17 г. (проучването е на база дете, в присъствието на родител или настойник); 18–65 г., над 65 г. (При невъзможност лицето да отговори, са анкетирани близки по първа сребрена линия.) Проведено е дълбочинно интервю с 5-има експерти в областта на термичната травма. Получените данни са обработени чрез статистически метод и анализ на документи.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Психоемоционалната рехабилитация и социалната адаптация на пациентите с термична травма трябва да започне от приемането на пациента в здравното заведение и продължава до пълното му възстановяване, като преминава през няколко етапа, разпределени във времето на лечение и възстановяване.

Етапи на психологическа работа.

### **1. Установяване на контакт**

В зависимост от случая желателно е още в деня на постъпване, ако състоянието на пациента позволява.

Започва с кратко представяне и запознаване. Дава се разяснение за естеството на работа. Получава се информация за самата случка и ситуацията, предшестваща инцидента. Важно за този първи контакт е изграждането на доверие.

## 2. Емоционална рехабилитация

Основните цели за прилагане на емоционална рехабилитация са:

- намаляване на тревожността;
- насочване на мислите в положителна посока;
- ориентация към основната цел - оздравяването.

Имайки предвид специфичното положение и понижената критичност, най-добрата форма на въздействие през този период е внушението.

Емоционалната рехабилитация обхваща цял ред дейности, свързани с оздравителния процес и медицинските манипулации, произтичащи от него.

Много важно е психологът да участва като елемент на целия процес, а не като самостоятелно лице извън медицинските процедури (2,5).

Оздравителният процес включва хирургични операции, превръзки, физиотерапевтични процедури и такива по раздвижване и възстановяване. Често психологичните проблеми, съпротиви и задръжки по време на престоя и лечението в клиниката са големи. Предизвикват се най-вече с продължителното и принудително залежаване, монотонността, скуката, почти постоянната болка, липса на информация от външната среда. Не трябва да се забравят и съмненията насочени към метода на лечение, квалификацията на персонала и собствените възможности. В много случаи те могат да възпрепятстват целия процес (2,3).

Тук ще се обърне внимание на основните моменти на работата на психолога, като се вземат под внимание спецификата на болничната среда, характерът на травмата и медицинските процедури (10).

Има няколко основни момента в лечебния процес, при които психологическата дейност е от особено важно значение. Проблемните моменти, при които трябва основно да се наблегне при психологическото консултиране, са периодите преди и след операция. Предложеният модел не претендира за изчерпателност, изведен е на основа на личния опит и засега има най-висока степен на ефективност (7).

Психологически дейности преди операция:

- Засилване съпротивителните сили на организма и психиката;
- Даване на подробни сведения за оперативната намеса, доколкото е необходимо. Това се прави с цел преодоляване на неизвестността (един от основните елементи на тревожността);
- Задължително условие е вдъхване на увереност в собствените сили и професионализма на персонала;
- Обясняване и доуточняване значението на операциите и манипулациите. Независимо от това че лекуващият лекар дава разяснения, много пациенти имат нужда да споделят и с някой друг, да получат още няколко мнения. Често се случва да задават въпроси и на обслужващия персонал;
- Добре е да се представи ситуацията така, че пациентът да има чувството, че контролира ситуацията;
- Намаляване на тревожността;
- Преодоляване на съпротивите (нежелание за оперативна намеса);
- Анализ на евентуалните страхове.

Страхът идва от неизвестността и при различните хора приема различни форми. Най-силен страх изпитват пациенти, постъпили в клиниката със съпътстващи заболявания (диабетици, хипертоници). Общ за всички пациенти е страхът от усложнения след операцията. Имайки предвид, че страховете намаляват с намаляване на неизвестността, трябва да се работи в тази насока.

След излизането от анестезия тревожността отново се покачва. Тя е свързана с неизвестността за ефекта от оперативната намеса. Първата оценка на състоянието си пациента получава от персонала на отделението. След излизане от шока пациентите започват активно да наблюдават поведението и реакциите на персонала спрямо тях. През този период те са изключително уязвими и най-малката отрицателна реакция спрямо техния външен вид би довела до тежки последици (5,9).

Психологически дейности след операцията:

- Изясняване на постигнатото;
- Снемане на тревожността;
- Отговори на всички поставени въпроси;
- Ориентация към процеса на възстановяване.

### **Възстановителен процес.**

При него съществуват проблеми от субективно за пациентите естество. Свързани са предимно

с продължителността на лечението, дискомфорт, монотонност на ежедневието, продължителност на залежаването. Проявяват се като състояния на потиснатост, липса на желание за активност, понижено самочувствие и настроение.

По време на възстановителния период проблем, на който сериозно трябва да се обърне внимание, са срещите с близки и познати. При свиждане пациентът очаква да види реакцията на близките си за своето състояние. Нелицеприятната гледка на пациент с изгаряне води често до спонтанна гримаса на отвращение. Това задължително трябва да се избегне. За тази цел е необходимо предварително да се обясни на близкия състоянието на болния и желаната реакция (5,7,9).

### 3. Социална адаптация

Периодът на престоя на пациентите е кратък за провеждане на цялостна адаптация. Ролята на психолога е по-скоро да очертае пътищата на развитие, стратегиите за справяне и ако има нужда, да пренасочи пациента към извънболнични специалисти (1,2,4,8).

За подпомагане на адаптивните процеси най-голямо значение имат близките на пациента. Проблемите идват, когато липсват контактът и подкрепата от близки и приятели. Адаптацията е труден за контролиране процес, тя зависи преди всичко от индивидуалните психични особености на човек. При възрастните този процес е по-бърз. При младите съществуват проблеми още при приемане на новото състояние. Затова при тях адаптирането протича по-трудно (8).

При социалната адаптация трябва да се обърне внимание на три елемента - самочувствие, активност и настроение.

Психологична работа при провеждане на социална адаптация:

#### 1. Осъзнаване на проблема

Много пациенти си мислят, че травмите са необратими, а всъщност това са редки случаи. Повечето белези могат да изчезнат чрез оперативни и козметични корекции. Често се налага дълго обяснение, понякога и използването на снимков материал. По време на този етап много важно значение има доверието към лекуващия и консултанта.

#### 2. Стимулиране на активността

Продължителното залежаване и силните болки при раздвижване често водят до пълна липса на желание за каквито и да било действия. Ролята на психолога тук е в изграждането на мотивация за бързо излизане от ситуацията. По-го-

лям е ефектът, когато се работи съвместно с рехабилитаторите.

#### 3. Помощ от близки

Знаем, че семейството е най-малката социална единица. Добре е първо адаптацията да се насочи натам. Себеутвърждаването, доброто приемане, възвръщането, доколкото е възможно, към предишния начин на живот повишават самочувствието.

#### 4. Настроение

Зависи от самочувствието и от постигнатото. Обикновено е и индикатор, по който се съди за оздравяването.

Освен с лежачоболни основен момент от работата са консултациите с придружителите (пациентът има нужда от придружител, когато е неспособен да извършва основни дейности като хранене, обслужване и др.). Особено наложително е присъствието на придружител при приемането на малки деца. Обикновено като такъв с детето в клиниката остава майката. Повечето хора не са подготвени за това, което виждат вътре. Често се случва майката да изпитва чувство на вина за травмата, пристъпи на плач, да действа неадекватно, това допълнително травмира детето (5,6,8,9).

За децата, попаднали в нова среда, майката е единственият близък, от нея те търсят успокоение и подкрепа. За да е максимално ефективна емоционалната рехабилитация и адаптацията, тя трябва да се провежда чрез придружителя. За тази цел е необходима следната организация на психологическо консултиране:

- снемане на напрежението;
- стабилизиране на емоциите;
- мобилизиране на личността;
- консултации за естеството на извършваните дейности;
- очертаване на основните моменти на подкрепа.

При психологическата работа трябва да се вземат предвид и редица други фактори като пол, възраст, социално положение, нивото на интелектуално развитие (5,9,10).

## ИЗВОДИ

Важно е психотерапевтичните дейности да са ориентирани към разрешаването на належащите проблеми (травмата, престоя в болницата, възстановяването). Отдалечаването от тях, връщането към минали събития, обикновено има отрицателен ефект.

От голямо значение е и отношението на психолога към пациента. В никакъв случай не трябва

ва да се показва пред болния песимизъм, угриженост и съжаление.

Предложеният модел за организация на психологическата работа позволява добър контрол над проблемните ситуации, произтичащи от травмата и възникващи в процеса на лечение. Той очертава рамките на психологическата дейност, но практическото му приложение би било невъзможно без съдействието и участието на целия персонал на клиниката (1,2,10).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дамянов, Д., Хаджийски, О. Изгаряния и измръзвания, Ръководство по хирургия с атлас, 2008 г.
2. Трошев, К. Изгаряния, 1989 г.
3. Евстатиев, Д. История на пластичната хирургия, 2016 г.
4. Девисилов, Вл., Дроздова, Т. Теория горения и взрива, 2020 г.
5. Стаматов, Р. Детска психология, 2014 г.
6. Видас, П. Ранно детско развитие, алтернативни модели на грижа за децата.
7. Дългосрочните грижи – възможност за иновативни сестрински практики, (монография), 2018 г.
8. Георгиева, А. Етичен кодекс на работещите с деца, приет от Националния съвет за закрила на детето. (ДВ, бр. 34, от 01.03.2018 г.)
9. Закон за закрила на детето (ДВ, бр. 99, от 20.11.2020 г.)
10. Ивков, Б. Медико-социални и социологически класификации на видовете инвалидност, 2006 г.

**Адрес за кореспонденция:**

Кичка Димитрова  
Факултет по обществено здравеопазване  
бул. „Цар Освободител“ 84  
Варна, 9000  
e-mail: kichka\_d@abv.bg