Ilmiy tadqiqotlar va ularning yechimlari jurnali
Aoka guvohnoma № 323759 ISSN: 3060-4818

ИНТЕГРАЦИЯ ПСИХОЛОГИИ И ХИРУРГИИ: КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ, ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА И ПРАКТИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ

Миракбаров Миролим Миркаримович
студент Ташкентского государственного медицинского университета

Научный руководитель: Шойимова Шохиста Санакуловна
Заведующая кафедрой «Социальных наук, педагогики и психологии» Ташкентского государственного медицинского университета, д.пс.н. (DSc), профессор

Аннотация. Интеграция психологических подходов в хирургическую практику повышает безопасность, улучшает клинические исходы и качество жизни пациентов, снижает постоперативную боль и ускоряет восстановление. Обзор обобщает теоретические основания (биопсихосоциальная парадигма, психонейроиммунология, эффект плацебо/ноцебо), ключевые направления вмешательств (предоперационная психологическая подготовка, управление болевыми ожиданиями, работа с тревогой, психосоциальная поддержка при хронических состояниях), влияние на командную динамику (коммуникация, не-технические навыки, предотвращение выгорания у хирургов) и предлагает практическую модель интеграции психолога в периоперационный цикл. Приводятся рекомендации по оценке эффективности и направлениям дальнейших исследований.

Ключевые слова: психология, хирургия, предоперационная подготовка, психонейроиммунология, командная работа, восстановление, поведенческие вмешательства

Введение. Хирургия исторически фокусировалась на техническом мастерстве и физической патологии, однако современные данные подчёркивают решающую роль психологических факторов в процессе лечения: тревога, депрессия, ожидания и социальная поддержка влияют на послеоперационные осложнения, уровень боли и сроки восстановления. Биопсихосоциальная модель (Engel, 1977) служит теоретической основой для интеграции психологического компонента в хирургическую помощь. Цель статьи — систематически рассмотреть доказательства, предложить модель интеграции и конкретные практические шаги для внедрения психологических вмешательств в хирургическую практику.

Теоретические основания заключаются в следующих моделях. Биопсихосоциальная модель: болезнь и восстановление рассматриваются как результат взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов (Engel, 1977). Психонейроиммунология: психологические состояния (стресс, тревога, депрессия) влияют на иммунный ответ, заживление ран и воспаление (Ader & Cohen, 1975; Dantzer et al., 2008). Эффекты ожиданий: феномены плацебо и ноцебо демонстрируют, что ожидания пациента и коммуникативный стиль врача модифицируют болевую чувствительность и восприятие лечения (Benedetti и соавт.). Командная психология: не-технические навыки (коммуникация, ситуационная осведомлённость, командное взаимодействие) напрямую связаны с безопасностью пациентов (Yule et al., 2006).

Доказательная база вмешательств

1. Предоперационная психологическая подготовка. Многочисленные исследования и мета-анализы показывают, что краткие психологические интервенции (информационная подготовка, техники релаксации, когнитивно-поведенческие элементы, гипноз) уменьшают предоперационную тревогу, сократят потребность в обезболивающих и ускорят ранний восстановительный период (см. обзоры, включая Cochrane-анализы по подготовке к операции).

2.Управление болевыми ожиданиями и поведенческие подходы к боли. Обучение саморегуляции, техники релаксации, КБТ и психологическая подготовка к периоду боли уменьшают интенсивность боли и хронизацию после операции.

3. Психосоциальная поддержка при хронических хирургических состояниях. При больных с хронической патологией (например, хроническая боль, хирургические вмешательства при онкологии) интеграция психолога улучшает качество жизни и соблюдение рекомендаций.

4. Командная работа и обучение не-техническим навыкам. Тренинги коммуникации, симуляция межпрофессионального взаимодействия и внедрение check-lists (WHO Surgical Safety Checklist) улучшают координацию, снижают ошибки и количество осложнений (Haynes et al., 2009).

5. Психическое здоровье хирургов и предотвращение выгорания. Программы психологической поддержки персонала, супервизии и организационные изменения снижают выгорание, улучшают принятие решений и качество ухода (Maslach и соавт.). Практическая модель интеграции (биопсихосоциально-периоперационный подход). Предлагаемую модель можно внедрять в три уровня и этапа:

1. Системный уровень (организационный). Включение психолога в мультидисциплинарные периоперационные клиники. Разработка протоколов скрининга психосоциальных рисков (тревога, депрессия, низкая социальная поддержка, риск неисполнения рекомендаций). Внедрение обучающих программ по коммуникативным навыкам и стресс-менеджменту для хирургов и операционных команд.

2. Клинический уровень (периоперационный цикл). Предоперационная оценка: короткие стандартизованные анкеты (например, GAD-7, PHQ-9, опросник социального риска) + интервью психолога при наличии риска. Интервенции до операции: информационно-психологическая подготовка, тренировки дыхания/релаксации, короткие КБТ-сессии, при необходимости — гипнотические техники. Интраоперационная коммуникация: формализованные брифинги/дебрифинги, использование стандартов ненасильственной коммуникации для снижения риска конфликтов. Постоперационная поддержка: мониторинг психологического статуса, реабилитационные программы с элементами психотерапии, работа по предотвращению хронизации боли.

3. Обучающий и исследовательский уровень. Регулярные тренинги по не-техническим навыкам (симуляция, видео-разборы), супервизии врачей. Исследовательские кейсы по оценке эффекта вмешательств и экономической эффективности.

Ключевые вмешательства и инструменты виделяются как, Универсальный скрининг риска (до операции). Краткие психологические интервенции (3–6 сессий): КБТ-элементы, техники релаксации, мотивационное интервьюирование. Групповые предоперационные занятия (информирование, ожидания, самоэффективность). Гипноз/самогипноз там, где есть опыт/доказательная поддержка. Обучение персонала коммуникации и стресс-инерции (crew resource management, NOTSS). Включение психологического сопровождения в программы ERAS (Enhanced Recovery After Surgery).

Показатели эффективности и методы оценки. Клинические: частота послеоперационных осложнений, длительность госпитализации, реадмиссии. Пациентские отчёты: интенсивность боли (NRS), PROMs (качество жизни, функциональность), удовлетворённость. Поведенческие: приверженность послеоперационным рекомендациям, адгезия к реабилитации. Командные: инциденты безопасности, субъективные оценки командной работы, уровни выгорания среди персонала (MBI). Экономические: стоимость лечения на пациента, сокращение реадмиссий/осложнений. Этические и организационные аспекты. Конфиденциальность психологической информации.

Вопросы согласия и границ ответственности: психолог не заменяет медицинскую диагностику,

работает в составе команды и направляет по необходимости. Финансирование и кадровый ресурс: обоснование через пилотные проекты и оценку экономической эффективности. Направления дальнейших исследований Рандомизированные контролируемые исследования (включая кластерные RCT) отдельных психологических вмешательств в разных хирургических популяциях. Исследования механизмов: как именно тревога/стресс влияют на иммунный ответ и заживление в конкретных хирургических контекстах. Исследования внедрения (implementation science) с использованием рамок CFIR/RE-AIM для оценки масштабируемости. Долгосрочные исходы: влияние предоперационной психокоррекции на хроническую боль, функциональность и качество жизни через 6–12 месяцев.

Заключение. Интеграция психологии в хирургическую практику — не роскошь, а необходимость для повышения безопасности и эффективности лечения. Практическая модель предполагает системный, клинический и образовательный уровни вмешательства: регулярный скрининг, краткие психологические подготовки, включение психолога в периоперационные команды и обучение хирургов не-техническим навыкам. Исследования показывают, что такие меры улучшают субъективные и объективные исходы, а дальнейшие исследования и пилотные внедрения помогут оптимизировать протоколы и доказать их экономическую целесообразность.

Рекомендации для внедрения в клинической практике (шаги)

1. Запустить пилот: предусмотреть 6-месячную пилот-программу периоперационного психологического сопровождения в одном отделении.
2. Ввести стандартный скрининг (GAD-7, PHQ-9) и алгоритм дальнейших действий.
3. Обеспечить обучение персонала (1–2 дня): коммуникация, NOTSS, стресс-менеджмент.
4. Оценить исходы: клинические, пациентские и экономические показатели; при положительном эффекте — масштабировать.

Литература:

1. Dantzer R, et al. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. Nature Reviews Neuroscience. 2008.
2. D.Madjidova, Kh. Abdusamatov, M.Khajiyeva, N. Gafurova, Sh.Israilova, F. Mamurova, A.Akbaraliyeva, T.N. Hashem, D.Fayzieva Interpersonal Relationships in Migrant Worker Families: An Integrated Psychological, Legal, and Pedagogical Model Qubahan Academic Journal, 2026/4/20
3. Н.М.Гафурова, М.М. Миракбаров. Влияние зубной боли и стоматологических проблем на учебную успеваемость и поведение школьников: психологический и педагогический аспекты. Ilm-fan xabarnomasi. Volume 13, issue 1, Aprel 2026, 1599-1602 b.
4. Миракбаров М.М. Гафурова Н.М. Возможности искусственного интеллекта в преподавании педагогического мастерства. Ilm-fan xabarnomasi. 2026/1(13), 1599-1602 с.
5. Гафурова Н. М. Педагогико-психологические особенности дистанционного обучения в медицинском вузе. Педагогика. Научно-теоретический журнал. 2026/1. 136-141с.
6. Гафурова Н. М. Роль психологии в подготовке и практике медицинских специалистов: теория, методы и практическая значимость. Педагогика. Научно-теоретический журнал 2025, №6,146-150
7. Shoyimova Sh.S. Immersive technologies and the metaverse in higher medical education. Journal of multidisciplinary sciences and innovations. Volume 5. Issue 2. 71-74 p.
8. Shoyimova Sh.S., Mirakbarov M.M. Psychological aspects of surgery: the impact of patients' and surgeons' mental states on surgical outcomes. The Journal of Applied Science and Social Science. Volume 16, Issue 04, April, 2026, 830-832 p.

9. Shoyimova Sh.S. Raqamli kompetensiyalar va o‘qituvchilarning kasbiy rivojlanishining psixologik xususiyatlari. "Buxoro xalqaro universiteti ilmiy axborotnomasi" ilmiy-amaliy jurnal. № 01 (2), 2026, 55-57 betlar
10. Shoyimova Sh.S. Oliy tibbiy ta'limda immersiv texnologiyalar va metaolam:imkoniyatlar, muammolar va istiqbollar. "Buxoro xalqaro universiteti ilmiy axborotnomasi" ilmiy-amaliy jurnal. № 01 (2), 2026, 51-54 betlar.
11. Shoyimova Sh.S., Mirakbarov M.M. Life values of pedagogues in higher medical education institutions as a socio-psychological factor in evaluating pedagogical activity. Journal of multidisciplinary sciences and innovations. Volume 5, Issue 02, 2026, 75-78 p.
12. Shoyimova Sh.S., Mirakbarov M.M. Educational and psychological properties of simulations in medical education. The Journal of Applied Science and Social Science. Volume 16,Issue 06, June, 2026, 78-79 p.
13. Shoyimova Sh.S., Mirakbarov M.M. Psychological aspects of surgery: the impact of patients’ and surgeons’ mental states on surgical outcomes. International Journal of Emerging Innovations in Science and Technology (IJEIST). Volume13 Issue06, June-2026, 83-84 p.
14. Шойимова Ш.С., Миракбаров М.М. Психологические аспекты хирургии: влияние психического состояния пациентов и врачей на исходы оперативного лечения. ILM-FAN XABARNOMASI. Volume 13, issue 1, Aprel 2026, 1745-1748
15. Шойимова Ш.С., Миракбаров М.М. Психологические и педагогические возможности симуляций в медицине. Journal of international scientific research. Volume 14, issue 01, Iyun 2026, 614-616 b.