

УДК 616.83:384.692

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В
ПЕРВИЧНОМ СОСУДИСТОМ ОТДЕЛЕНИИ
ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ
МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
(ПЕРВЫЙ ОПЫТ)**

Антипова Людмила Николаевна, к.м.н.
*МУЗ Городская больница №2 «КМЛДО»,
Кубанский государственный университет,
г.Краснодар*

Артемьева Ольга Владимировна
*МУЗ Городская больница №2 «КМЛДО»,
г.Краснодар*

В статье представлен анализ медико-социальных проблем у больных с острым нарушением мозгового кровообращения, находящихся на лечении в первичном сосудистом отделении. Приведены функциональные обязанности специалиста по социальной работе при оказании помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения в составе мультидисциплинарной бригады специалистов.

Ключевые слова: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ, ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ, ПЕРВИЧНОЕ СОСУДИСТОЕ ОТДЕЛЕНИЕ, СПЕЦИАЛИСТ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

UDC 616.83:384.692

**MEDIC-SOCIAL CARE IN PRIMARY
VASCULAR DEPARTMENT FOR PATIENTS
WITH ACUTE LESION OF BRAIN
CIRCULATION (THE FIRST EXPERIENCE)**

Antipova Ludmila Nikolaevna, MD
*City Hospital № 2, Krasnodar, Russia
Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia*

Artem'eva Olga Vladimirovna
City Hospital № 2, Krasnodar, Russia

The article presented the analysis of medic-social problems in patients with acute lesion of brain circulation, who admitted to primary vascular department. The functional duties for social care to such patients were presented

Keywords: MEDIC-SOCIAL PROBLEMS,. ACUTE LESION OF BRAIN CIRCULATION, PRIMARY VASCULAR DEPARTMENT, SPECIALIST IN SOCIAL CARE

Инсульт – мультидисциплинарная проблема, которая, как правило, рассматривается с учетом медико-социального аспекта. Важнейший раздел – выхаживание и реабилитация больного в связи с тяжестью последствий и осложнений заболевания требует решения не только медицинских, но и социальных, организационных проблем [6]. В настоящее время сформулированы основные принципы медико-социальной реабилитации: комплексность, этапность и непрерывность, индивидуализация реабилитационных усилий, необходимость активного участия больных в реабилитационных программах [11]. Одним из основных аспектов современного понимания реабилитации является концепция реабилитационного совета (бригады, команды), состоящего из медицинских работников и околomedicalных работников (инструктора по трудотерапии, медицинского психолога, социолога, специалистов по профориентации и профессиональному переучиванию, логопеда). Среди задач реабилитационного совета стоит оценка эмоционально-психологического и социально-трудового преморбидного статуса, уровень притязаний больного и его социального окружения, степень их реалистичности. Раннее начало реабилитационных мероприятий обосновано наиболее активно протекающими в этот период процессами реституции и регенерации нервной ткани. Современная стратегия оказания помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) регламентирована Приказом МЗ и СР №389н от 6 июля 2009г «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» [1]. Впервые в штатное расписание отделения для оказания помощи больным с ОНМК введена ставка социального работника. Это обусловлено тем, что ОНМК является одним из тяжелых заболеваний, не только в связи с его высокой смертностью, но и в связи с самой высокой инвалидизацией пациентов. В данном контексте заболевание ОНМК в полной мере может быть отнесено к переживанию пациентом и его родственниками трудной жизненной ситуации, вызывающей эмоционально

травмирующую реакцию [4]. Привнесение новой должности потребовало определения функционала работы специалиста на основе анализа комплекса медико-социальных проблем пациента и его окружения.

Цель исследования: Определить круг медико-социальных проблем пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения и их родственников.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе неврологического первичного сосудистого отделения (ПСО) МУЗ Городская больница №2 «КМЛДО» г. Краснодара. Обследованы пациенты, поступившие в ПСО с 01.01.2011г по 31.03.2011г. Анализировались алгоритм оформления медицинской документации поступающих пациентов, наличие контактов с родственниками пациентов, исследовался психо-эмоциональный статус пациентов и их родственников в связи с возникшим тяжелым сосудистым заболеванием, информированность родственников об особенностях ухода за пациентом. Для скрининговой оценки тяжести депрессии и тревоги применялся самоопросник - госпитальная шкала тревоги и депрессии в общесоматической практике (HADS) [Zigmond A.S., Snaith R.P.1983, цит. по 7], адаптированная М.Ю.Дробижевым. Значения суммарного балла субшкал тревоги и депрессии от 0 до 7 баллов оценивались как норма, значения в интервале от 8 до 10 баллов - умеренно выраженная депрессия/тревога, а сумма баллов 11 баллов и выше - проявление выраженной тревоги/депрессии. Шкала прошла исследования по валидизации, подтвердившие удовлетворительные психометрические свойства данного инструмента [Botega N. et al., 1995. цит. по 11].

Результаты исследования: За анализируемый период в отделение поступило 153 человека с диагнозом ОНМК. Документация проанализирована у всех поступивших больных. Работа с документами имела следующие направления: уточнение адреса проживания пациента для оформления медицинской карты стационарного больного, получение и предоставление информации в органы внутренних дел, страховые компании,

а также оформление документации в связи с получением денежных пособий (пенсий, заработной платы и т.д.). Выявлены проблемы в связи с оформлением документации: сложность поиска родственников и идентификации личности пациента, потребовавшие обращения в несколько инстанций. В 20% случаев имели место сложности в получении интересующей информации. Продолжительность поиска информации о пациенте составляла от нескольких часов до нескольких дней (чаще в пределах 4 дней). По блоку выявленных проблем в оформительско-поисковой работе в ПСО был проведен перенос этих функциональных обязанностей на специалиста по социальной работе, что освободило медицинский персонал от несвойственной работы.

После восстановления контактов с родственниками им предлагалось принять участие в индивидуальном обучении организации ухода за больными с ОНМК. В подавляющем большинстве - 146 человек (95%) - родственники поддерживали своих родных, интересовались их состоянием и осваивали требования ухода за ними. В части случаев (5% -7 человек) родственники неохотно принимали участие в восстановительных и гигиенических мероприятиях.

Тестирование психо-эмоционального статуса проведено у 90 человек (65%). Пациенты, находившиеся в реанимационном отделении (68 человек - 45%), ввиду общего тяжелого состояния не были тестированы. В период пребывания в ПСО протестированы 80% больных с ОНМК, остальным 20% тестирование не проводилось ввиду наличия грубых речевых расстройств или тяжелого общего состояния. Весь блок тестов с повторением его при выписке прошли 25 человек: 17 пациентов и 6 родственников. Части пациентов тестирование проведено в несколько этапов ввиду затруднений при выполнении заданий и их утомляемости (5 пациентов). По результатам тестирования с применением вопросника для оценки тревоги и депрессии HADS выделены подгруппы пациентов с уровнями тревожности: умеренной (10 человек, 59%), легкой (4 пациента, 23%) и тяжелой (3 человека, 18%).

Умеренная депрессия диагностирована у 14 пациентов (82%), легкая депрессия – у 2 человек (12%) , тяжелая депрессия - у 1 больного (6%). В динамике имелась статистически недостоверная тенденция к усилению тревоги и уменьшению депрессии, что связано с малым периодом наблюдения. В небольшой группе родственников пациентов (8 человек) при первом тестировании преобладала тревога по HADS, значения которой соответствовали значениям умеренной (4 человека, 67%) и легкой (2 человека, 33%) степени выраженности при отсутствии симптомов депрессии. В данном контексте имеет смысл более детальное изучение специфического поведения пациентов и их родственников в ответ на действие такого стрессора, как ОНМК. Следующим этапом предполагается разработка программ, активирующих процессы копинга. Согласно более ранним исследованиям по изучению особенностей тревоги и депрессии при инсульте [10] депрессия носит преимущественно тревожный характер, при этом тревога сочетается с разными страхами – страхом оставаться в одиночестве дома, страхом повторного инсульта и смерти. Выявлена высокая корреляция с личностной тревогой. Авторами выделены два основных значимых социальных фактора, способствующих развитию депрессии: живет ли пациент один или в семье, теряет ли он работу [10].

Выявленный блок медико-социальных проблем не является окончательным, не только по тому, что анализ проводился за короткий период времени, но и ввиду сложности и многогранности социального взаимодействия в ходе выявления и коррекции личных проблем [5]. В настоящее время обсуждаются условия эффективности реабилитации больных, перенесших ОНМК, среди которых отмечаются решение социально-психологических и трудовых проблем, адаптация больных к изменившимся условиям жизни, включение в реабилитационный процесс членов семьи на всех этапах заболевания, решение проблем поддержки пациента [6]. В контексте доминирующих медицинских проблем у больных, перенесших инсульт, в частности, с патологией речи, круг обязанностей

специалиста по социальной работе совпадает с видоизменениями должностных обязанностей социального работника, участвующего в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи [7]. Среди прочих проблем компетенции социального специалиста указываются такие как восстановление элементарных гигиенических навыков, навыков преодоления бытовых проблем, обучение элементам самообслуживания, развитие навыков общения, улучшение социальной адаптации, формирование ответственности за свое социальное поведение, организация связи с социальными работниками района по месту проживания [7, 8].

В целом же работа специалиста по социальной работе при организации помощи больным с ОНМК должна быть согласована с работой специалистов мультидисциплинарной бригады. Схематично модель взаимодействия специалистов мультидисциплинарной бригады представлена на рис. 1 [9].

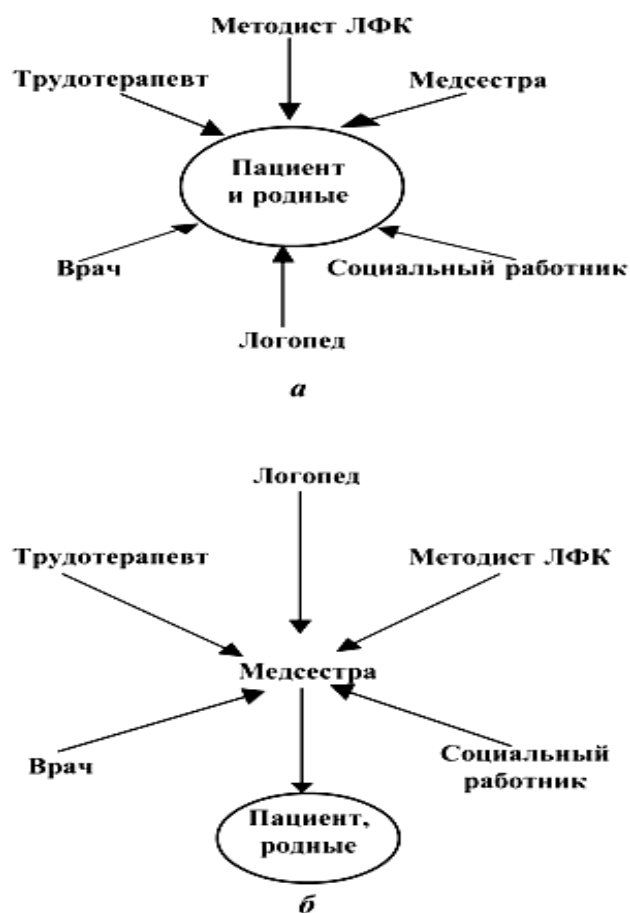


Рис. 1. Традиционная модель помощи больному с инсультом (а) и модель работы мультидисциплинарной бригады (б) [Цит. по Ф.А.Хабирову, 2005г]

В числе первоочередных организационных позиций нейрореабилитации на стационарном и амбулаторном этапах указываются такие, как осуществление комплексной исходной оценки состояния больного, проведение медицинской реабилитации, оценка ее эффективности, составление при выписке рекомендаций по лечебным, психокоррекционным, социальным мероприятиям [12]. Следует отметить, что по мере изучения проблем пациентов, перенесших инсульт, все чаще отмечается сложность работы с этой категорией больных, обусловленная недостаточной осведомленностью о проблемах больного ухаживающего персонала. В частности, по результатам аудита инсультных служб в Шотландии CHSS (Chest Heart and Stoke Scotland - Шотландская организация борьбы с заболеваниями органов грудной клетки и сердца и инсультом) инициировала

проведение программы изучения потребности в обучении персонала учреждений здравоохранения и социальных служб, оказывающих помощь больным при инсульте [14].

Заключение. Начало работы в ПСО для больных с ОНМК показало, что в настоящее время отсутствует четко прописанный функционал работы специалиста по социальной работе в лечебном учреждении такого вида. Тяжелое заболевание приводит к появлению медицинских и психосоциальных проблем, требующих не только адаптации, но и включения в реабилитационный процесс не только больных, но и их родственников с целью сохранения социальных связей и освоения новых коммуникативных и бытовых навыков. Таким образом, компетенции специалиста по социальной работе принадлежит блок оформительско-поисковой работы в первичном сосудистом отделении для больных с острым нарушением мозгового кровообращения, включающий идентификацию пациентов, восстановление контактов с родственниками пациентов, восстановление социальной документации. Следующий блок работы связан с выявлением психо-эмоциональных расстройств и социальных факторов, их определяющих и поддерживающих у пациентов с ОНМК. Значительная часть работы связана с социальной адаптацией и восстановлением утраченных коммуникативных связей в связи с тяжелым нейрососудистым заболеванием. Предварительный анализ медико-социальных проблем показал, что требуется дальнейшее их изучение и построение индивидуализированной модели медико-социальной работы специалистом по социальной работе в условиях первичного сосудистого отделения для оказания помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Литература

1. Приказ МЗ и СР №389н от 6 июля 2009г «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»
2. *Мартыненко А.В.* Теория медико-социальной работы.//Москва – Изд-во Московской гуманитарно-социальной академии - 2002г – 342с
3. *Ткаченко В.С.* «Основы социальной медицины»// Москва – ИНФРА-М – 2004г - 368с.
4. Основы социальной работы. Под редакций Н.Ф.Басова. // Москва – Издательский центр «ACADEMIA» – 2004г – 288с
5. Социальная работа: теория и практика. Ответственный редактор д.м.н. проф.Е.И.Холостова. // Москва - ИНФРА-М – 2003г – 427 с.
6. *Шкловский В.М.* Концепция нейрореабилитации больных с последствиями инсульта. // Инсульт - приложение к Журналу неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова – вып.8 -2003г – с.10-23
7. Организация специализированной нейрореабилитационной помощи больным с очаговыми поражениями головного мозга в результате инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний центральной нервной системы. Методическое письмо №504-РХ от 06.02.2006г..
8. Приказ Минздравмедпрома РФ от 30 октября 1995 г. N 294 "О психиатрической и психотерапевтической помощи"
9. *Хабиров Ф.А.* Ранняя реабилитация больных, перенесших мозговой инсульт, в системе мультидисциплинарных бригад. // Журнал «Неврологический вестник им.В.М.Бехтерева» - 2005г - Т. XXXVII, вып. 1-2. - с.85-92.
10. *Филатова Е.Г., Добровольская Л.Е., Посохов С.И., Шарянова Р.Б.* К вопросу о патогенезе постинсультной депрессии. //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. Приложение к журналу «Инсульт» - вып. 7 – 2002г – с.22-27
11. *Белова А.Н.* Шкалы, тесты и опросники с неврологии и нейрохирургии. Руководство для врачей и научных работников.// Москва – 2004 – 432с.
12. *Белова А.Н.* Нейрореабилитация. Руководство для врачей.// Москва – АОЗТ «Антидор» - 2000г – 568с.
13. *Reid Lynn.* Stoke training and education for health and social care staff: a partnership between the NHS and voluntary serer. // International Journal of Stroke – 2010 0Vol.5 – Issue 5 – P. 412-413