

УДК 616.83:384.692

UDC616.83:384.692

КОМПЛЕКС СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМЫ, ДИАГНОСТИРУЕМЫХ В ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ В ПЕРВИЧНОМ СОСУДИСТОМ ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ (ОБЗОР МАТЕРИАЛОВ III МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА «НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ», 2011)

COMPLEX OF SOCIAL PROBLEMS IN INSULT PATIENTS ADMITTED TO PRIMARY VASCULAR DEPARTMENT (REVIEW OF MATERIALS FROM THE 3-D INTERNATIONAL CONGRESS “NEUROREHABILITATION”)

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

Antipova Ludmila Nikolaevna, MD
City Hospital Nr 2 "KMLDO", Krasnodar

Артемьева Ольга Владимировна
МУЗ Городская больница №2 «КМЛДО», Кубанский государственный университет, г.Краснодар

Artem'eva Olga Vladimirovna
*City Hospital Nr 2 "KMLDO", Krasnodar
Kuban State medical university, Krasnodar*

В статье представлен обзор материалов III Международного конгресса «Нейрореабилитация», освещающих различные аспекты социальной работы с пациентами, перенесшими инсульт, обобщена роль специалиста по социальной работе.

The article presented the review of materials from the 3-d International Congress “Neurorehabilitation and elucidated the different aspects of social work with insult patients.

Ключевые слова: СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ, СПЕЦИАЛИСТ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

Keywords: SOCIAL PROBLEMS. SPECIALIST IN SOCIAL WORK

В начале июня 2011г в Москве состоялся III Международный конгресс по нейрореабилитации. Наряду с вопросами реабилитации геронтологических пациентов большое внимание уделено различным аспектам ведения пациентов в сосудистых отделениях для больных с острым нарушением мозгового кровообращения. Реальностью настоящего времени является широкое внедрение в здравоохранение междисциплинарного подхода, доказавшего свою эффективность и требующего значительных материальных затрат [5]. Основные идеологические позиции социальной работы для решения проблем больных с инсультом изложены в обзорной статье Е.В. Полоцкой (РГМУ Росздрава). Междисциплинарная бригада, помогающая пациентам достичь реабилитационных целей, включает квалифицированных специалистов: врача, медсестру, специалиста лечебной физкультуры (ЛФК), эрготерапевта, медицинского психолога, диетолога, специалиста по социальной работе. При этом проблемно-ориентированная реабилитация строится на тщательной оценке проблем больного. Социальная реабилитация направлена на восстановление социального статуса пациента, достижения его материальной независимости (самообеспечения) и реализуется с помощью двух взаимосвязанных направлений: социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации [5]. Доклады и сообщения содержали конкретную информацию и опыт работы в различных учреждениях – в реабилитационных центрах, санаториях, но наибольший интерес вызвали сообщения об опыте работы в первичных сосудистых отделениях в связи с привлечением в штатное расписание новых для здравоохранения специалистов - специалиста по социальной работе и психолога. Представленный опыт работы вызвал всеобщий интерес.

В контексте необходимости медико-социальной реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения и достижения ее результативности в рамках конгресса помимо медицинской реабилитации уделялось много внимания анализу психологических проблем у пациентов,

диагностике психопатологических состояний, способам и методам их коррекции, а также диагностике и решению социальных проблем.

Согласно результатам исследования, проведенного Кокаревой М.Е. из Центра речи и нейрореабилитации г. Москвы, существенно меняется социальный статус пациента: доходы значительно снижаются, увеличивается количество неполных семей, одиноко проживающих людей, которые нуждаются в социальной защите [4]. Переживание инсульта рассматривается как кризисное состояние: наложение резкого изменения социального статуса на травмирующее событие (болезнь), сопровождающееся ограничением физических возможностей человека после инсульта, вызывает дестабилизацию «образа Я» и рождает в человеке гамму переживаний [1]. Психологами среди негативных переживаний выделены следующие:

- О переживание перемены «телесного Я» и фатальности физических изменений;
- О переживание чувства собственной несостоятельности;
- О чувство беспомощности и неловкость перед близкими людьми за свое бессилие;
- О чувство несправедливости судьбы и «выброшенности» из жизни и, как следствие, злость на нее (на судьбу и на жизнь);
- О чувство бессмысленности и безнадежности;
- О душевная боль и отчаяние;
- О страх смерти и тревога остаться инвалидом навсегда.

Представлен опыт психологической реабилитации пациентов, перенесших инсульт, общества психологической поддержки людей, перенесших инсульт и их родственников для преодоления кризисных состояний с привлечением волонтеров. На основе анализа совместной деятельности отмечается необходимость специального дополнительного образования для работы с постинсультными больными.

Обзорно-аналитическая статья Ершовой Л.В. [2] на основе международного опыта содержит представления о деятельности специалиста по социальной работе. Отмечается, что роль социального работника при реабилитации пациентов с инсультом в деятельности мультидисциплинарных бригад увеличивается пропорционально степени поражения вследствие инсульта. Потребность в социальной помощи у пациента возрастает пропорционально степени тяжести дефекта. Специалист по социальной работе реализует технологии социальной диагностики, социального консультирования, социальной реабилитации «постинсультного больного-в-ситуации». Содержание социальной диагностики включает в себя: обследование постинсультного больного с целью определения его адаптационного потенциала; обследование семьи больного с целью определения жилищно-бытовых, материальных условий семьи; оценку психических и физических возможностей родственников в предоставлении необходимой помощи постинсультному больному; оценку необходимости дополнительной помощи по социально-бытовому обслуживанию больного, возможности привлечения ресурсов волонтерской помощи; оценку необходимости в социальном отдыхе родственников постинсультного больного и возможностей (при необходимости) размещения больного в хосписе на время отдыха семьи. При этом отмечается, что ранняя социальная реабилитация носит преимущественно медико-психологический характер. Специалист по социальной работе участвует в бытовой реабилитации: обучает больного технике и методическим приемам самообслуживания, включая информирование о технических средствах реабилитации, обучает правилам личной гигиены, пользования одеждой, приема пищи, соблюдения режима труда и отдыха, оказывает помощь в адаптации жилого помещения к потребностям постинсультного больного. Отмечается значимость подготовки к выписке домой пациента после стационарного лечения. Учитывается ограничение мобильности пациента в связи с перенесенным инсультом. Предлагается про-

ведение оценки домашней обстановки пациента. Ввиду сложностей совместного посещения врача мультидисциплинарной бригады, отвечающего за транспортировку и движение больного, и пациента, наиболее реально проведение целенаправленного опроса пациента и его родственников. В процессе общения формируется блок рекомендаций по изменению домашней обстановки и план двигательной адаптации больного. Отмечается, что наиболее важными для качественного ухода и самостоятельности пациента в домашних условиях являются: подбор высоты и расположение кровати, наличие прикроватного кресла и прикроватного туалета оптимальной высоты и конструкции, освобождение проходов, создание ночного дежурного освещения, наличие поручней в туалете, специальной доски для ванны. Способствовать получению данной информации должен специалист по социальной работе. В его компетенцию должно входить доведение информации до родственников больного о том, как в домашних условиях изготовить нужные приспособления, а также об их наличии и ценах в торговой сети [3]. В контексте практической реализации социальной реабилитации и с учетом диагностированных медико-социальных проблем у больного с инсультом коллективом авторов из Российского государственного медицинского университета (РГМУ) (Н.Н. Снежкова, Н.П. Кирина) предложена схема преодоления блока ограничений, подлежащих компетенции специалиста по социальной работе - табл. №1 [6].

Таблица 1- Принципы преодоления социальных ограничений больных
после инсульта

Вид ограничения	Характеристика	Необходимые меры
Физические ограничения	Изоляция инвалида, обусловленная физическим, сенсорным либо интеллектуально-психическими недостатками	Необходимо создать внешнюю среду, факторы которой могут скомпенсировать влияние индивидуальных недостатков: санаторно-курортное лечение, хосписы, дома инвалидов...
Трудовая сегрегация	Индивид с ограниченными возможностями имеет крайне узкий доступ к рабочим местам	Профессиональная подготовка, помощь в трудоустройстве
Малообеспеченность	Люди вынуждены существовать на крайне низкую заработную плату, либо на пособие	Обращение к фондам, оказывающим гуманитарную помощь
Пространственно-средовый барьер	Организация жилой среды и транспорта не является удобной для инвалидов	Подъезды домов, все социально-значимые места необходимо оборудовать специальными дорожками для инвалидов
Информационный барьер	Лицам с ограниченными возможностями гораздо труднее презентовать свои взгляды и позиции, донести до общества свои нужды	В достаточной степени развитая помощь социального работника будет являться связующим звеном между индивидом и различными структурами
Эмоциональный барьер	Потеря социального статуса, снижение самооценки, потеря веры в выздоровление приводят к депрессии, неврозам	Социально-психологическая реабилитация
Коммуникативный барьер	Выпадение из социума приводит к дефициту привычной информации, эмоциональной изоляции	Важно беседовать с больным, читать ему книги, называть предметы, рассказывать – это будет способствовать восстановлению речевых навыков

В обзорном материале профессора Э.Радда [7] из Великобритании представлены в общем виде тенденции оказания помощи больным с инсультом в странах Европы, включая экономические затраты. На основе исследований, проведенных в 1990-х годах, сделан вывод, что страны с наименьшими расходами на лечение и реабилитацию больных с инсультом имеют худшие результаты в течение первых 3-х месяцев, чем страны с большими расходами. При этом объем оказания помощи больным с инсультом в различных странах существенно различается. В частности, в Великобритании уход за больными осуществляется в специализированных инсультных отделениях. Продолжительность пребывания в стационаре по сравнению с другими странами достаточно велика, имеется разветвленная сеть центров ранней реабилитации. В Швеции и Дании пациенты получают уход квалифицированными специалистами на протяжении всего срока реабилитации. В то же время в Германии упор сделан на оказание неотложной помощи.

В заключение следует отметить, что привнесение в практику общесоматического стационара, в частности в отделение для оказания помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения, специалиста по социальной работе должно существенно изменить качество ранней реабилитации не только пациента, но и близкого его окружения. Решение вопросов социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации в рамках интегральной технологии социальной реабилитации обеспечит целостность реабилитации пациентов, в короткий срок изменивших свой медико-социальный статус.

Литература

1. *Бородулини К.Г., Иванова Н.В., Кузнецова М.П.* Задачи и возможности психологической реабилитации после инсульта . Из опыта работы. // Материалы III Международного конгресса «Нейрореабилитация», 2011 – с.22-24
2. *Ершова Л.В.* Социальные аспекты работы с лицами, перенесшими инсульт// Материалы III Международного конгресса «Нейрореабилитация», 2011 – с.49-51
3. *Камаева О.В.* Подготовка к выписке домой: оценки и адаптация домашних условий. // Материалы III Международного конгресса «Нейрореабилитация», 2011 – с.70-71
4. *Кокарева М.Е.* Социальная работа в клинике с больными, перенесшими инфаркт головного мозга. // Материалы III Международного конгресса «Нейрореабилитация», 2011 – с.72
5. *Полоцкая Е.В.* Технология социальной реабилитации в социальной работе с больными, перенесшими инсульт. // Материалы III Международного конгресса «Нейрореабилитация», 2011 – с.136-138
6. *Снежкова Н.Н., Кирина Н.П.* Роль специалиста по социальной работе в комплексной реабилитации больных после инсульта. // Материалы III Международного конгресса «Нейрореабилитация», 2011 – с.162-163
7. *Радд Э.* Постинсультная реабилитация в Европе: успехи и неудачи. // Материалы III Международного конгресса «Нейрореабилитация», 2011 – с.217-219