



І.Я. Пінчук

РЕАБІЛІТАЦІЯ ЛЮДЕЙ ЛІТНЬОГО ВІКУ В УМОВАХ GERONТОПСИХІАТРИЧНОГО СТАЦІОНАРУ

Головне управління охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації

Ключові слова: індивідуальна програма реабілітації, комплекс реабілітаційних заходів, якість надання психіатричної допомоги, якість життя.

Ключевые слова: индивидуальная программа реабилитации, комплекс реабилитационных мероприятий, качество оказания психиатрической помощи, качество жизни.

Key words: individual rehabilitation program, complex of rehabilitation actions, quality of rendering psychiatric help, quality of life.

Вивчено результати виконання стаціонарного етапу індивідуальної програми реабілітації та вплив комплексу реабілітаційних заходів на якість надання психіатричної допомоги в умовах стаціонару та на якість життя пацієнтів літнього віку з вадами психічного здоров'я.

Изучены результаты выполнения стационарного этапа индивидуальной программы реабилитации, а также влияние комплекса реабилитационных мероприятий на качество оказания психиатрической помощи в условиях стационара и на качество жизни пациентов пожилого возраста с расстройствами психики и поведения.

It was studied the results of performing the stationary stage of individual rehabilitation program and influence of rehabilitation actions on the quality of the rendering psychiatric help in hospital and quality of elderly patient's life with mental disorders.

Згідно діючого законодавства кожен пацієнт, який звертається за психіатричною допомогою, зокрема літня людина, повинен мати індивідуальну програму реабілітації з урахуванням психічного стану та реабілітаційних можливостей пацієнта, а також можливостей закладу, що надає реабілітаційні послуги.

Реабілітація – це комплекс медичних, психологічних, педагогічних, соціально-економічних заходів, спрямованих на усунення або більш повну компенсацію обмежень життєдіяльності, викликаних порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму. Реабілітація необхідна, коли в пацієнта значно знижені функціональні можливості, порушена трудова діяльність, соціальні відносини тощо, вона є частиною щоденного догляду за хворим.

У той час як головною метою догляду за хворим є забезпечення функціонування його організму (умивання, годування, перестилання ліжка та інші маніпуляції, що полегшують перебіг хвороби) головна мета реабілітації полягає в тому, щоб допомогти хворому стати функціонально повноцінним і незалежним від сторонньої допомоги наскільки це можливо. Реабілітація зменшує наслідки хвороби та інвалідності.

В КЛПУ „Міська психоневрологічна лікарня №2 м. Донецька” створений обласний геронтопсихіатричний центр на 50 ліжок для пацієнтів літнього віку з вадами психічного здоров'я. В центрі для кожного пацієнта створюється індивідуальна програма реабілітації, з урахуванням психічного стану, реабілітаційних можливостей пацієнта та його оточення. Індивідуальна програма реабілітації являє собою перелік реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення спроможностей пацієнта до побутової, соціальної діяльності відповідно до його потреб, кола інтересів, з урахуванням прогнозованого рівня його фізичного і психічного стану, витривалості і т.д. Програма реабілітації складається і реалізується тільки при згоді пацієнта або його законного представника.

МЕТОЮ ДОСЛІДЖЕННЯ стало вивчення результатів виконання стаціонарного етапу індивідуальної програми реабілітації та вплив комплексу реабілітаційних заходів на якість надання психіатричної допомоги в умовах стаціонару та на якість життя пацієнтів літнього віку з вадами психічного здоров'я.

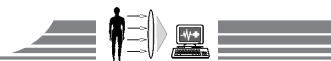
ПАЦІЄНТИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ. Вивчення результатів виконання стаціонарного етапу індивідуальної програми реабілітації проводилося в геронтопсихіатричному центрі КЛПУ «Міська психоневрологічна лікарня №2 м. Донецька». В дослідження взяли участь 90 пацієнтів, які знаходилися на лікуванні протягом вересня 2008 року – березня 2009 року, та склали основну групу. До контрольної групи увійшли 70 пацієнтів, що не приймали участь у проведенні реабілітаційних заходів та проходили лікування в геронтопсихіатричному центрі протягом 2007 року. Висновок про проведення реабілітаційних заходів в основній групі пацієнтів проводився після двохмісячного періоду виконання індивідуальної програми реабілітації. Аналіз стану проводився тричі: при скеруванні пацієнта до стаціонару, через місяць та через два місяці – при виписці пацієнта. Аналіз результатів лікування контрольної групи пацієнтів проводився за історіями хвороб.

При дослідженні пацієнтів перед початком виконання стаціонарного етапу індивідуальної програми реабілітації, через місяць та через два місяці – при виписці пацієнта використовували наступні методи:

Міні тест оцінки психічного стану (MMSE), що включає в себе нейропсихологічні тести, що оцінюють у балах когнітивні функції: увагу, пам'ять, гнозис, мову, праксис, рахування (Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. //J. Psychiatr. Res. 1975; 12; 3; 189-198.).

Клінічні аналізи крові, сечі, біохімічні аналізи. ЕКГ.

Критерії оцінки результатів. Ефективність впровадження стаціонарного етапу індивідуальної програми реабілітації проводилась за MMSE, біохімічних даних, даних фізичного дослідження та психічного стану.



Умови проведення дослідження

Принципами виконання програми реабілітації була

- послідовність (визначення показань до реабілітації, установлення вихідного стану пацієнта при опитуванні і клінічному огляді, а також при психологічному і соціальному обстеженні, визначення мети і завдань реабілітації, упорядкування її плану, перевірка ефективності заходів і їх корекція, досягнення запланованої мети, висновок реабілітаційної команди і її рекомендації);

- комплексність (у процесі реабілітації вирішувалися питання лікувально-профілактичного плану, питання соціального забезпечення пенсійного законодавства, взаємовідносин пацієнта і його сім'ї, громадського життя);

- безперервність (проведення реабілітації, починаючи з моменту скерування до стаціонару та забезпечення виконання реабілітаційних заходів після виписки аж до максимально можливого повернення людини в суспільне життя з використанням всіх організаційних форм реабілітації).

Створення індивідуальної реабілітаційної програми проходило в три етапи. Перший – проведення реабілітаційної та експертної діагностики; ретельне обстеження хворого, визначення його реабілітаційного діагнозу (збір скарг і анамнезу пацієнтів, проведення клінічних та інструментальних досліджень). Другий – визначення реабілітаційного прогнозу – прогнозованої можливості реалізації реабілітаційного потенціалу в результаті проведення лікування. Третій – визначення заходів, технічних засобів реабілітації і послуг, що дозволяють пацієнту відновити порушені або компенсувати втрачені спроможності до виконання побутової або соціальної діяльності.

На кожного пацієнта була розроблена загальна індивідуальна програма реабілітації, яка включала 4 види реабілітаційних програм, в залежності від умов проведення реабілітації:

Стаціонарна програма. Здійснюється в геронтопсихіатричному центрі. Вона показана пацієнтам, що потребують добового спостереження медичними працівниками в умовах стаціонару, внаслідок вад психічного здоров'я.

Денний стаціонар. Реабілітація проводиться в умовах денного стаціонару і полягає в тому, що пацієнт живе вдома, а в клініці знаходиться тільки на час проведення лікувальних і реабілітаційних заходів.

Амбулаторна програма. Здійснюється у диспансерних відділеннях за місцем мешкання літньої людини. Пацієнт знаходиться у диспансерному відділенні тільки на час проведення реабілітаційних заходів, наприклад, масажу, лікувальної фізкультури або проведення психотерапевтичних заходів.

Домашня програма. При здійсненні цієї програми пацієнт усі лікувальні і реабілітаційні процедури приймає вдома. Ця програма має свої переваги, тому що пацієнт навчається необхідних навичок і вміння у звичній домашній обстановці.

У даному дослідженні аналізувалися результати стаціонарної реабілітаційної програми, проведеної

реабілітаційною командою, до складу якої входили лікар – психіатр, психолог, медична сестра, фахівець з соціальної роботи. Координатором командної роботи був психолог. Адміністрацією закладу були затверджені, узагальнені реабілітаційні програми для пацієнтів геронтопсихіатричного центру, з урахуванням можливостей закладу.

Індивідуальна реабілітаційна програма включала в себе медикаментозну, фізичну, психологічну реабілітацію, а також раціональне харчування.

Реабілітаційна команда забезпечувала пацієнта і членів його родини необхідною інформацією, давала поради щодо виконання реабілітаційної програми, можливостей її здійснення в різноманітних умовах.

На стаціонарному етапі для лежачих пацієнтів реабілітаційний процес починався з навчання хворого навичок умиватися, чистити зуби, зачісуватися, приймати їжу, користуватися столовими приладами. Пацієнтів, які можуть сидіти, навчали самостійно вдягатися і роздягатися. При цьому при необхідності використовували технічні засоби реабілітації, що допомагали хворому при ходьбі, прийомі їжі, купанні, відвідинах туалету і т.д.

Бібліотерапія здійснювалася через художнє читання, дискусії, зустрічі з персонажами творів і їхніми авторами; арт-терапія – через малювання, що служило засобом вирішення психологічних, особистісних проблем (страхів, тривоги, самотності, подолання негативних переживань, тощо); при проведенні музикотерапії використовували різноманітні музичні засоби для лікувально-оздоровчої корекції особистості хворого, активізації соціально-адаптивних спроможностей; ігрова терапія розглядалася як засіб для оптимізації психічних станів людини; гарденотерапія дозволяла підкреслити, що люди літнього віку з задоволенням вирощують рослини і доглядають за ними.

Крім цього до індивідуальної програми реабілітації були включені: орієнтація у реальності – простий підхід для поліпшення пам'яті та навичок, які залишилися у індивідуума; ремінісценції (спогади) – повернення в пам'яті до особистого досвіду та знань минулого; садівництво – вирощування кімнатних рослин; приготування їжі; різновиди діяльності у відділенні: полив рослин, накривання столів і миття посуду.

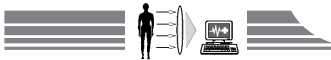
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Результати проведення комплексу реабілітаційних заходів у стаціонарі наступні:

*57% пацієнтів мали підвищення балів за шкалою MMSE;

*відзначено підвищення рівня довіри родичів до членів мультидисциплінарної команди;

*були відсутні скарги членів родин та осіб, що опікуються за хворими, на медичний персонал лікувального закладу, методи лікування, якість надання психіатричної допомоги;

*в основній групі скоротився термін лікування пацієнтів у стаціонарних умовах внаслідок підтримання самообслуговування, а також через розуміння родин про необхідність



скорочення стаціонарного етапу реабілітації та перехід на інші реабілітаційні програми (денний стаціонар, амбулаторної та домашньої програм). Термін лікування в стаціонарі пацієнтів основної групи склав 58 днів, в той час як пацієнти контрольної групи перебували на лікуванні 81 день;

*скорочення терміну перебування пацієнтів у стаціонарних умовах призвело до зменшення бюджетних асигнувань на одного хворого (вартість ліжко-дня – 96 грн.)

Невеликий відсоток пацієнтів, у яких відзначено підвищення балів по шкалою MMSE надає можливість звернути увагу на деякі проблемні питання, а саме:

Якість проведення реабілітаційної та експертної діагностики.

Правильність визначення реабілітаційного прогнозу – прогнозованої можливості реалізації реабілітаційного потенціалу в результаті проведення лікування, а також правильність визначення основної мети реабілітації.

Правильність підбору комплексу реабілітаційних заходів для стаціонарного етапу лікування.

За даними попередньо проведеного дослідження щодо задоволеності родичів пацієнтів взаємодією із системою охорони психічного здоров'я були отримані результати від опитування родичів пацієнтів, коли хворі не проходили реабілітацію згідно індивідуально розроблених програм. Родини відзначали, що відчувають тягар, пов'язаний із психічним захворюванням члена родини, - фінансові й емоційно-психологічні проблеми, турботу по догляду за пацієнтом, прийняття відповідальності за його майбутнє, втрату перспективи службового росту, проблеми організації відпочинку, а також тягар стигми. Згідно отриманих деяких даних:

47% вважають, що догляд за хворим «дуже сильно» стомлює їх;

59% відзначають значне зростання навантаження щодо виконання обов'язків по дому у зв'язку з хворобою члена родини;

100% відчувають тяготи психологічного характеру;

55% родичів пацієнтів часом відзначають пригніченість, часто думають про нерозв'язність ситуації, що сформува-лась;

29% знаходять полегшення, поділившись із ким-небудь своїми труднощами.

На думку 10% опитаних родичів, полегшити їм тягар, що пов'язаний із психічним захворюванням близької людини, могло б частіше спілкування із професіоналами, щоб краще орієнтуватися в сутності психічного захворювання в родича, особливостях догляду за ним, правильності поводження в родині.

Відомості про автора:

Пінчук Ірина Яківна, к.м.н., головний психіатр головного управління охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації, КЛПУ «Міська психоневрологічна лікарня №2 м. Донецька».

Адреса для листування: м. Донецьк, хутір Рудчанск.

Тел.: 0622083741, моб.: 0506262579, pinchuk_irina@list.ru

Родичі літніх людей з вадами психічного здоров'я з розумінням прийняли необхідність участі у обговоренні заходів індивідуальної програми реабілітації, активному участі при виконанні визначених заходів, зокрема на етапах поза межами стаціонару.

Робота мультидисциплінарної команди по виконанню стаціонарного етапу індивідуальної програми реабілітації та розуміння родин щодо їхнього активного втручання в виконання програми, призвели до скорочення терміну перебування пацієнтів в умовах стаціонару, що в свою чергу надає зниження економічного тягаря (зниження економічних затрат на дороговартісне стаціонарне лікування пацієнтів) внаслідок підтримання самообслуговування.

При проведенні дослідження були зазначені деякі проблемні питання:

У людей, що доглядають за старими родичами:

відсутні знання про психологію поведінки, особливості спілкування з людьми старших вікових груп;

необхідність адаптації до нової ролі - виконання обов'язків патронажної сестри, необхідність у нових знаннях, уміннях і навичках;

можливість особистих проблем: питання взаємостосунків між членами сім'ї, помічником і пацієнтом, погане здоров'я, самотність, емоційна напруженість;

Відсутність навчальних програм, як для фахівців, так і для осіб, що доглядають за літніми людьми;

Невміння працювати в межах мультидисциплінарної команди.

Результати даного дослідження дають підстави говорити про необхідність та можливість підвищення рівня реабілітаційного потенціалу літньої людини в умовах геронтопсихіатричного стаціонару для забезпечення якості надання психіатричної допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Безруков, В. В. Організація довготривалої допомоги людям літнього віку (огляд літератури і власних досліджень) // Журнал АМН України. - 2005. - №2. - С. 326-345.

2. Безруков В.В., Чайковская В.В. Новые подходы к оценке потребностей пожилых людей в медико-социальной помощи и ее эффективности // Материалы Консульт. междуна. семин. - М: МЗМП РФ, 1995. - С.143.

3. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни (к вопросу об охране психического здоровья) // Социальная и клиническая психиатрия.-2001.-№ 1.С. 22-27.

4. Табачников С.І., Чайковська В.В., Черкасов В.Г., Маркова М.В., Пінчук І.Я. Напрямки розвитку реабілітаційної геронтопсихіатричної допомоги в Україні // Медицинские Исследования.-2001.-Т.1, № 1.-С. 21-22.

5. Табачников С.І., Горбань Є.М., Михайлов Б.В., Влох І.Й., Маркова М.В., Чугунок В.В. Актуальні проблеми соціально-реабілітаційної психіатрії в Україні // Медицинские Исследования.-2001.-Т.1, № 1.-С. 6-8.