ПЕРСОНАЛНИЯТ ПОДХОД В РЕХАБИЛИТАЦИОННИТЕ ГРИЖИ – НЕОБХОДИМО УСЛОВИЕ ЗА ПОВИШАВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ ПРИ ПАЦИЕНТИ С МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

Николай Недев

УНС „Рехабилитатор“, Медицински колеж на МУ-Варна

THE PERSONAL APPROACH IN REHABILITATION CARE - A NECESSARY CONDITION FOR IMPROVING THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH STROKE

Nikolay Nedev

ESS “Rehabilitation” Medical College, MU-Varna

РЕЗЮМЕ

Рехабилитационната грижа след инсулт може да продължи месеци и години. Този период от лечението много често надхвърля всички установени рамки, касаещи организираното предоставяне на рехабилитацията. От особено значение за продължителността на рехабилитационните грижи са двигателният дефицит и наличните психични нарушения при немалка част от тази уязвима група. Все още липсва единомислие по въпроса как най-добре да помогнем на преживелите инсулт пациенти, като се използват всички налични ресурси. Търсенето на отговор на този въпрос продължава да провокира специалистите в търсене на „златния“ модел за навременно обезпечаване на потребностите на тази група от населението.

Един по-различен подход в този процес представлява консултирането на пациента и неговото семейство и изготвянето на рехабилитационния план съвместно с тях. Подобен персонален подход предпоставя по-ангажираното участие на пациента при изпълнението на рехабилитационната програма. В този смисъл повишаването на качеството на живот при тази уязвима група от обществото е от особена важност в контекста на тяхното ранно социално включване и реинтеграция.

Ключови думи: *рехабилитация, качество на живот, мозъчен инсулт*

ABSTRACT

Rehabilitative care after stroke could last months and years. This period of treatment often exceeds all established frameworks concerning organized provision of rehabilitation. Of particular importance for the duration of rehabilitation management motor deficits and psychiatric disorders available in a considerable part of this vulnerable group. Still no consensus on how best to help survivors of stroke patients, using all available resources. The search for an answer continues to provoke professionals in search of the “golden” model for the timely provision of the needs of this population.

A different approach to this process is counseling the patient and their family and the preparation of the rehabilitation plan with them. Such personal approach implies more engaged participation of the patient in the implementation of the rehabilitation program. In this sense, improving the quality of life in this vulnerable group in society is of particular importance in the context of their early social inclusion and reintegration.

Keywords: *rehabilitation, quality of life, stroke*

ВЪВЕДЕНИЕ

Мозъчният инсулт е едно от най-често срещаните социално-значими заболявания, водещи до тежка инвалидизация и смърт. Изключителното му медико-социално значение се определя не само от голямата му честота и висока смъртност (60-75% от починалите и 85-90% от преживелите мозъчен инсулт), но и от последващата тежка инвалидизация, изискваща специални медико-социални грижи. Случаите на МИ в България през 2012 г. са били 50 783 по данни на НЦОЗА. Засегнати са най-много хората над 55-годишна възраст - 91% от всички или общо 46 248, от които 21 954 мъже и 24 294 жени. Във възрастовата група 35–55 години броят на случаите е 4 343, а при най-младите на възраст под 35 години – 192. Общата смъртност от инсулти през миналата година е 7 535 души [3]. Социалната значимост на заболяването се определя не само от честотата на разпространение, но и поради факта, че мозъчният инсулт е причина за трайна инвалидност достигаща до 50-75% сред преживелите инцидента [1].

СЪЩНОСТ

Ранното започване на рехабилитацията и нейната непрекъснатост и системност в клинични, амбулаторни и домашни условия са от особено важно значение за намаляване на инвалидността, която неизбежно съпътства пациентите, при които не е проведена рехабилитация с необходимата продължителност.

Немалка част от пациентите, приживели мозъчен инсулт са с различна степен на инвалидизация, като приблизително 10 % са с тежък двигателен дефицит и се нуждаят от ежедневни грижи. При преживелите инсулт пациенти степента на инвалидност, определена с експертно решение на териториално експертните лекарски комисии е над петдесет и повече процента, което предполага увеличаване на предвидените финансови ресурси за тяхното лечение, късна рехабилитация и социализиране [2].

Наличните ресурси у нас, обаче, не се използват рационално с оглед попълване на този дефицит. Към настоящия момент продължителността на рехабилитацията в болница е твърде кратка. Не съществуват устойчиво финансирани програми, които да реализират цялостната рехабилитация при пациентите, преживели мозъчен инсулт, а утвърдените методики за оценка на наличния рехабилитационен потенциал не се използват целенасочено.

Обикновено рехабилитацията след инсулт е цикличен процес, които включва: количествена оценка за идентифициране на потребностите, поставяне на реалистични и постижими цели за подобряване, професионална намеса за постигане на целите и преценка на напредъка спрямо целите. В редица проучвания се установява мястото на обучителната терапия (под формата на поставени задачи) за подобряване на общото състояние на пациента с помощта и ангажираността на неговите близки, която дава посока на персоналност в предоставянето на рехабилитационни грижи.

Особено силно подчертава социалността факта, че МИ засяга лица в млада и трудоспособна възраст. Освен това заболяването засяга не само конкретния пациент. То засяга както него, така и неговото близко обкръжение. Въпреки липсата на обстойни проучвания, инсултите са причина за много сериозни икономически последици в семейството и общество. Според нас тези факти са достатъчен мотив, да провокират създаване на допълнителни възможности, чиито условия да са икономически изгодни както за държавата, така и за болните, техните семейства и обществото като цяло [3]. За пациента и неговото семейство достатъчната продължителност на рехабилитационните грижи, проследяването на психо-социалните аспекти на заболяването, както и на ефекта от необходимостта на такива грижи е от съществено значение [7,11,14]. В този смисъл ранното започване на рехабилитацията и нейната непрекъснатост и системност в клинични, амбулаторни и домашни условия са от особено важно значение за намаляване на инвалидността, която неизбежно съпътства пациентите, при които не е проведена рехабилитация с необходимата продължителност.

Важен момент представлява дългосрочното възстановяване, особено сред пациенти в напреднала възраст, налагащо чести ре-хоспитализации. Продължителният престой в болнична среда увеличава тревожността при тези пациенти, което от своя страна може да влоши прогнозата относно бързото възстановяване и социализация [6,12]. Поддръжниците на домашната рехабилитация при инсултно болните пациенти, в която са ангажирани семействата на потърпевшите изтъкват следните предимства [9]:

- по-добра удовлетвореност на пациентите;
- намаляване на рисковете свързани с болничната помощ, чрез намаляване на болничния престой;
- икономии от преки болнични разходи.

Доказателства за ефективността на домашната рехабилитация при инсултно болни пациенти дават редица рандомизирани контролирани проучвания, проведени през последните десетилетия [4,8,13,14]. Проучванията са били предприети сред инсултни пациенти, които са получили или конвенционално възстановяване, или сред такива, които са били предсрочно изписани от болница с цел да отговорят на едно от поставените условия за участие в подобна програма. Всички те достигат до заключението, че осигуряването на домашна рехабилитация след инсулт е възможно и много необходимо, както за пациентите, така и за тези, които се грижат за тях. Освен това същите твърдят, че крайните резултати биха били също толкова ефективни, колкото рутинните рехабилитационни грижи [5,10]. Тези и подобни проучвания потвърждават, че такива персонални подходи могат значително да подобрят функционалното състояние и качеството на живот на пациентите, като в същото време са достатъчно атрактивни и могат да се превърнат в икономически ефективно средство за рехабилитация и ресоциализация.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Инсултът е сериозно предизвикателство за научни изследвания и прилагането на обосновани доказателствени практики не е лека задача. Световният опит е доказал, че по-добър рехабилитационен резултат би се осъществил чрез силната мотивация и ангажираност на семейството. Основните задачи, които се поставят в домашната рехабилитация практически се ориентират към адаптивни обучения и компенсаторни модели, които да съдействат за подобряване на ежедневните дейности и социалните взаимоотношения. Реализирането на подобни модели под формата на персонални програми, свързани с обезпечаването на дългосрочни рехабилитационни грижи под формата на консултиране и провеждане на рехабилитационни мероприятия ще даде възможност за мониториране на физическото състояние, време за адаптивни механизми и подобряване качеството на живот на тези пациенти.

КНИГОПИС

1. Манчева, П. Проблемите на ТЕЛК и потребностите на човека с инвалидност. Социална медицина, 2015, 3, 19-23.
2. Национален рамков договор, 2015. Приложение № 16, КП № 237, http://www.nhif.bg.
3. Немски. Х., boehringer-ingelheim.com.
4. Anderson, C. S., J., Linto, E., Stewart-Wynne. A population-based assessment of the impact and burden of caring for long-term survivors of stroke. Stroke, 1995, 26:843– 849,
5. Baskett, J. J., J. B., Broad, G., Reekie, C., Hocking, G., Green. Shared responsibility for ongoing rehabilitation: a new approach to home-based therapy after stroke. Clin Rehabil., 1999,13:23–33.
6. Beech, R., A. G., Rudd, K., Tilling, C. D. A., Wolfe. Economic consequences of early inpatient discharge to community-based rehabilitation for stroke in an inner-London teaching hospital. Stroke, 1999, 30:729-735.
7. Clark, M., S., D. S., Smith. The effects of depression and abnormal illness behaviour on outcome following rehabilitation from stroke. Clinical Rehabilitation. 1998, 12(1):73-80.
8. Forster, A., J., Young. Stroke rehabilitation: can we do better?. 1992, 305(6867):1446–1447.
9. Gladman, J. R. F., N. B., Lincoln. Follow-up of a Controlled Trial of Domiciliary Stroke Rehabilitation (DOMINO Study). Age Ageing. 1994, 23(1):9 -13, 128, 130
10. Lafferty, G. Community-based alternatives to hospital rehabilitation services: a review of the evidence and suggestions for approaching future evaluations. Reviews in Clinical Gerontology, 1996, 6 (02):183-194
11. Mayo, N. E., S., Wood-Dauphinee, R., Cote et al. Activity, participa- tion, and quality of life 6 months post stroke Arch Phys Med Rehabil, 2002, 83(8):1035-1042.
12. Scholte op Reimer, W. J. M., R. J. de Haan, P. T., Rijnders, M., Limburg, G, A. M., van den Bos. The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. Stroke. 1998, 29:1605-1611.,
13. Sinyor, D., P., Amato, D., Kaloupek, R., Becker, M., Goldenberg, H., Coopersmith. Post-stroke depression: relationships to functional impairment, coping strategies and rehabilitation outcome. Stroke, 1986,17:1102–1107
14. Widén Holmqvist, L., L., von Koch, V., Kostulas, M., Holm, G., Widsell, H., Tegler, K., Johansson, J., Almazán, J., de

Pedro-Cuesta. A randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke in southwest Stockholm. Stroke. 1998, 29:591-597.

15. Young, J. Is stroke better managed in the community? The BMJ, 1994, 309:1356-1358.

Адрес за кореспонденция:
Николай Недев
Медицински колеж – Варна
гр. Варна
бул. „Цар Освободител“ №84
Тел: 052/ 677 261
e-mail: nikolay.nedev@mu-varna.bg