

СИСТЕМНО-СТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ МОДЕЛИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

А. Н. МИЩЕНКО

SYSTEMIC-STRUCTURAL CHARACTERISTICS OF THE CONCEPTUAL MODEL OF MEDICOSOCIAL REHABILITATION OF DISABLED CHILDREN

A. N. MISCHENKO

Харьковский государственный медицинский университет, Украина

Представлена разработанная автором системно-структурная характеристика концептуальной модели медико-социальной реабилитации детей-инвалидов. Описаны основные ее этапы и применяемые методы. Рассмотрены механизмы формирования, условия реализации и средства действия модели.

Ключевые слова: медико-социальная реабилитация, модель, индивидуальная программа, детская инвалидность, качество жизни, опросник.

The original systemic-structural characteristics of the conceptual model of medicosocial rehabilitation of disabled children is presented. Its main stages and the used methods are described. The mechanisms of forming, the conditions and means of realization of the model are discussed.

Key words: medicosocial rehabilitation, medicosocial expertise, individual program of medico-social rehabilitation, model, disabled, disability, disabled children, quality of life, questionnaire.

Система охраны здоровья населения — приоритетное направление социальной политики нашего государства [1–4]. Базовыми характеристиками здоровья населения совместно с демографическими показателями рождаемости, физическим развитием и другими являются показатели инвалидности. Инвалидность среди медико-демографических критериев является одним из основных показателей состояния здоровья и социального неблагополучия населения, который отображает социальную зрелость, экономическую полноценность, моральную сущность общества [5–9]. Инвалидизация общества в последнее время вызывает большое беспокойство. На протяжении последних лет отмечаются неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья как взрослых, так и детей. Эти тенденции приобрели стойкий характер и не имеют положительной динамики [10–13]. Отмечается повышение частоты врожденных и наследственных заболеваний; высокий удельный вес детей, родившихся с травмами и патологией центральной нервной системы; прогрессирующий рост хронических форм патологии и болезней аллергического генеза и т. д. и как результат этого — рост детской инвалидности [14, 15]

Медико-социальная значимость данной проблемы подтверждается критериями, приведенными выше, а также привлечением большого количества материально-технических средств; высоким уровнем заболеваемости и смертности этих детей;

необходимостью проведения многих лечебно-восстановительных, реабилитационно-социальных и других мероприятий на протяжении всего периода их жизни; необходимостью постоянной коррекции помощи на всех уровнях ее предоставления (поликлиническом, стационарном) с привлечением практически всех структурных подразделений сферы здравоохранения и социальной защиты, что ставит проблему детской инвалидности на первое место среди социально значимых мировых проблем, решение которой требует обязательного использования всех ресурсов не только системы здравоохранения, а государства и всего общества в целом.

Целью данного исследования явилась разработка и научное обоснование концептуальной модели медико-социальной реабилитации детей-инвалидов на основании данных, полученных при изучении условий оказания им медико-социальной помощи.

Исследование проведено путем анкетирования 521 ребенка-инвалида до 18-летнего возраста, которые проживают в г. Харькове и области, на основании сплошного и выборочного методов наблюдения с применением серийного, типологического, механических, медико-социологического и библиографического методов сбора информации.

При исследовании качества медико-социальной помощи, оказываемой детям-инвалидам, нами вы-

явлен ряд нерешенных и недостаточно изученных вопросов. Одним из них является отсутствие научно обоснованной концептуальной модели медико-социальной реабилитации детей-инвалидов с учетом взаимной интеграции медицинских и социальных структур. Разработка данной модели

является огромной проблемой сферы здравоохранения и определяет актуальность нашего исследования, его цель и задачи.

Предложенная нами модель медико-социальной реабилитации (МСР) детей-инвалидов включает несколько этапов (рисунок).

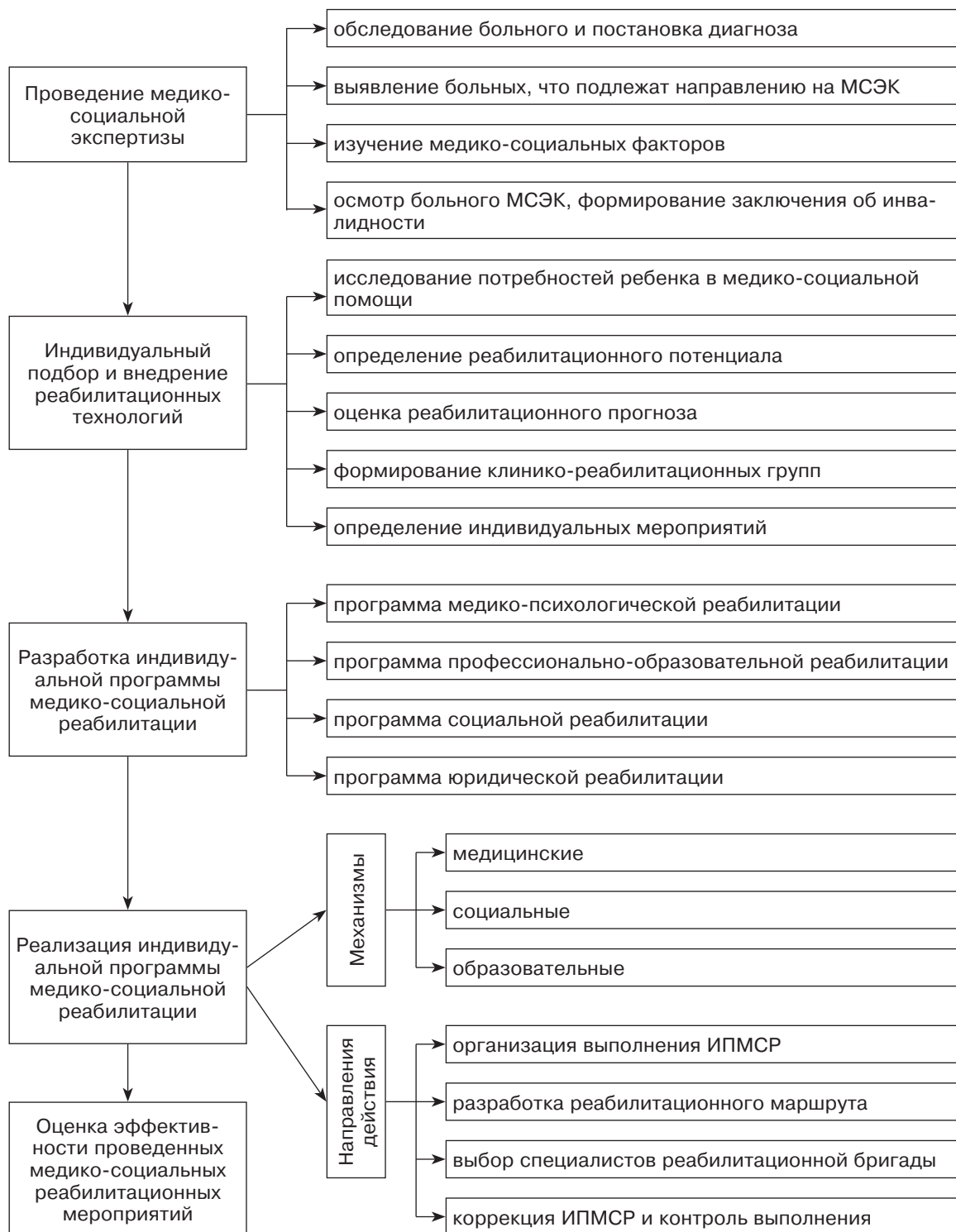


Рис. 1. Концептуальная модель МСР детей-инвалидов

На этапе проведения медико-социальной экспертизы (МСЭ) прогнозируют риск развития инвалидизирующей патологии; проводят клиническое и клиничко-функциональное обследование больного и устанавливают диагноз; выявляют контингент больных, которые подлежат направлению на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК) и обосновывают показания для проведения МСЭ; изучают медико-социальные факторы, обуславливающие ограничение жизнедеятельности; осуществляют осмотр больного МСЭК и формирование экспертного заключения об инвалидности.

Прогнозирование возникновения инвалидизирующей патологии начинается на этапе наблюдения за беременной в женской консультации, где акушер-гинеколог, учитывая все имеющиеся факторы риска, оценивает возможную степень возникновения инвалидности у будущего ребенка. Полученная информация регистрируется в соответствующей медицинской документации (индивидуальной карте беременной, роженицы). На этапе медицинского обслуживания новорожденного (стационар родильного дома) педиатр-неонатолог на интранатальном и раннем неонатальном периодах развития также учитывает имеющиеся факторы риска развития инвалидности, после чего делается соответствующий вывод относительно возможности включения грудного ребенка в группу риска по формированию инвалидизирующей патологии. Данная информация заносится в обменную карту родильного дома (родильного отделения больницы), в историю родов. На следующих этапах наблюдения за ребенком (медико-генетический центр, детская консультация, медицинские пункты дошкольных и школьных учреждений, специализированные детские больницы и отделения и т. п.) также постоянно проводятся изучение и учет действующих факторов возникновения инвалидизирующей патологии. Полученная информация о степени риска возникновения инвалидности у ребенка обязательно отображается в истории развития ребенка. На основании этих данных работниками специализированных кабинетов медико-социальной помощи поликлиники разрабатываются рекомендации и проводится комплекс целенаправленных медико-социальных мероприятий по предупреждению возникновения инвалидизирующей патологии, не ожидая ее возможной манифестации. Активное и своевременное вмешательство и коррекция на этапе действия факторов, которые могут привести к развитию инвалидности, способны значительно снизить показатели детской инвалидности.

Выявление контингента больных детей, которые подлежат направлению на МСЭК, происходит при проведении обязательных комплексных профилактических клинических и клиничко-функциональных обследований детей (при этом дети из группы риска при возникновении инвалидности должны обследоваться более присталь-

но и чаще здоровых детей) с отображением полученных данных в истории развития ребенка. На основании результатов исследований и выводов специалистов обосновывается проведение МСЭ больного ребенка и изучение факторов, ограничивающих его жизнедеятельность. Все эти данные вместе с медицинским заключением направляются в МСЭК, специалисты которой проводят освидетельствование ребенка и формируют экспертный вывод о наличии инвалидности.

Этап индивидуального подбора и внедрения реабилитационных технологий состоит из определения потребностей ребенка-инвалида в составных медико-социальной помощи; определения реабилитационного потенциала; оценки реабилитационного прогноза; формирования клиничко-реабилитационных групп (КРГ) в зависимости от оценки реабилитационного потенциала и прогноза, а также нозологической группы заболевания; определения индивидуальных медицинских, образовательных, социальных, юридических, технических и других средств и услуг, которые необходимо предоставить ребенку-инвалиду для компенсации утраченных способностей и возможностей.

Этот этап начинается с проведения экспертно-реабилитационной диагностики, осуществляемой при проведении МСЭ, которая заключается в определении потребностей ребенка в медицинских, образовательных и социальных мероприятиях на основании оценки ограничений его жизнедеятельности, вызванных стойким нарушением функций организма. Результаты детального обследования ребенка, клинических и инструментальных исследований, проведенных с учетом его жалоб и анамнеза, составляют в дальнейшем основу разрабатываемой индивидуальной программы медико-социальной реабилитации (ИПМСР). При этом, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, анализируется не только степень повреждения органов или систем, а и влияние нарушений на жизнедеятельность и уровень функциональных возможностей ребенка. После этого специалисты МСЭК определяют реабилитационный потенциал наблюдаемого ребенка и комплекс социально-средовых факторов, влияющих в той или иной степени на реализацию его возможностей. Для определения реабилитационного потенциала сравнивают имеющуюся степень ограничений жизнедеятельности с прогнозируемым уровнем ее уменьшения. Устанавливаются реальные возможности ребенка-инвалида относительно социальной адаптации и степени восстановления нарушенных функций и развития компенсации утраченных. При определении реабилитационного потенциала специалисты учитывают целый ряд аспектов (биомедицинские, психофизиологические, личностные, образовательные, бытовые, профессиональные, социальные и др.). После определения реабилитационного потенциала больного ребенка оценивают его реабилитационный прогноз (предвиденная вероятность наиболее полной реализации реабилитационного потенциа-

ла и максимально ожидаемый уровень интеграции и социализации ребенка в обществе) и проводят формирование КРГ. Основная предпосылка успешной реализации вышеизложенного — четко сформулированные конкретные задачи и мероприятия МСР. Задачи необходимо разрабатывать, учитывая выявленные у ребенка патологические изменения и функциональные нарушения, что поможет достичь оптимальных результатов и избежать ошибок при составлении ИПМСР ребенка-инвалида. Окончание этапа индивидуального подбора и проведения реабилитационных мероприятий определение личностных механизмов, технических средств и услуг, которые будут использованы для работы с конкретным лицом для восстановления (компенсации) нарушенных или утраченных возможностей ради достижения максимального в данном случае уровня компенсации индивидуальной, бытовой, социальной, общественной и других видов деятельности. После этого проводится реальная оценка их соответствия физиологическим, психологическим, социальным, индивидуальным и возрастным особенностям ребенка; возможностей их использования; наличия относительных, абсолютных или временных противопоказаний для применения отдельных средств. Завершает данный этап детальное описание каждой используемой методики и средства с обязательным контролем за правильностью их выполнения.

Следующий этап — разработка ИПМСР (комплекс оптимальных индивидуальных видов, форм, объемов, а также сроки и порядок внедрения медико-социальных реабилитационных мероприятий, направленных на компенсацию (восстановление) нарушенных (утраченных) способностей или функций организма). При формировании ИПМСР следует придерживаться общих принципов (индивидуальность, непрерывность, последовательность, преемственность, комплексность) и основных программ (медико-психологическая реабилитация, профессионально-образовательная реабилитация, социальная реабилитация, юридическая реабилитация).

Медико-психологическая реабилитация проводится с целью полного или частичного восстановления (компенсации) нарушенных (утраченных) функций и нормализации психологического состояния ребенка-инвалида. Соответственно принципу неразрывности и преемственности проведения лечебно-реабилитационных технологий первым этапом медико-психологической реабилитации является стационарный (госпитальный), цель которого — восстановление нарушенных психофизиологических функций. На этом этапе используется широкий комплекс физических и психотерапевтических методов. Второй этап — санаторно-курортный, проходит в санаториях, профиль которых определяется для инвалида ведущей патологией и степеню нарушения функций. На санаторно-курортном этапе используется преимущественно влияние естественных факторов

(климато- и аэротерапия), влияние водных источников, движение, диетотерапия, фитотерапия и др. Третий этап — поликлинический, самый длительный (включает продолжение прежде начатых реабилитационных мероприятий и диспансерное наблюдение). Процесс медицинской реабилитации состоит не только в предоставлении неотложной медпомощи, но и включает мероприятия восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезирования, ортозирования и т. д. Восстановительная терапия содержит в себе традиционную терапию, механотерапию, кинезотерапию, бальнеотерапию, физиотерапию, массаж, иглофлексотерапию, грязелечение и т. п. Реконструктивная хирургия включает косметологические, органозащитающие и органовосстановительные хирургические манипуляции. В сложном комплексе проведения лечебных мероприятий важное место занимает психологический аспект реабилитации, так как он содействует адаптации инвалида к условиям жизни, которые изменились после начала действия инвалидизирующей патологии. Мероприятия психологической реабилитации следует начинать на самых ранних этапах, начиная с лечебного режима; затем психологическое влияние корректируется в зависимости от конкретных задач на каждом этапе. Цель психологического влияния — изменение личности на психологическом уровне (психологическая переориентация на жизнедеятельность в условиях сниженных функциональных возможностей, психологическое преодоление возникающих трудностей, сохранение моральных ценностей, обучение навыкам общения в семье и с окружающими и т. п.), формирование общественного отношения (полное психологическое восприятие окружающими дезабиленного ребенка как полноценного члена общества, выработка у здоровых членов общества психологической толерантности к лицам с физическими или психическими недостатками, создание благоприятного психологического климата вокруг ребенка-инвалида).

Профессионально-образовательная реабилитация включает механизмы, способствующие достижению ребенком-инвалидом максимальной конкурентоспособности в будущем. Программы этой реабилитации содержат следующие составляющие: профессиональную ориентацию; профессиональное образование; квотирование специальных рабочих мест для инвалидов; профессионально-производственную адаптацию; помощь в трудоустройстве. Профессиональная ориентация направлена на развитие максимально возможных способностей ребенка-инвалида с целью определения его будущей профессии путем профессионального консультирования, профессиональной информированности относительно выбора работы, режима работы, возможностей профессионального образования и т. п.; осуществление психологической профессиональной адаптации. Мероприятия по профессиональному просвещению вклю-

чают выработку необходимых навыков, знаний и умений в области будущей профессиональной деятельности, которая разрешит инвалиду быть конкурентоспособным на рынке труда. Учитывая условия рыночной экономики, профессиональное обучение детей-инвалидов должно быть направлено в сторону престижных и затребованных профессий, предпринимательской деятельности и т. п. Квотирование специальных рабочих мест для инвалидов на предприятиях общего типа (открытое производство) и на специализированных (закрытое производство) требует дополнительных мер со стороны государства и руководителей организаций и предприятий по организации работы (специальное оборудование, техническое и организационное оснащение рабочего места с учетом индивидуальных особенностей).

Социальная реабилитация включает мероприятия, направленные на возобновление способностей дезабильного ребенка проводить самостоятельную общественно-бытовую деятельность в конкретных социально-средовых условиях. Социальная реабилитация включает два направления реабилитационных технологий: социально-бытовая адаптация (обучение навыкам пользования коммуникациями, специальными техническими средствами для быта, передвижения, самообслуживания; выработка стереотипа поведения в типичных социальных ситуациях; получение максимально доступного уровня участия в культурной, спортивной и общественной жизни и т. п.) и социально-средовая ориентация (специальное проектирование объектов медицинской и социально-бытовой сферы, территории поселения, средств связи, транспортной развязки, инженерной инфраструктуры зданий, помещений, предметов повседневного использования и быта и т. д. с целью наилучшего социального устройства ребенка-инвалида).

Юридическая реабилитация включает механизмы законодательного закрепления прав ребенка-инвалида и создания особых юридических условий, которые позволят ему реализовывать свои права (общественные, политические, финансовые и т. п.) при имеющихся ограничениях жизнедеятельности.

Следующий этап — *реализация ИПМСР*, предусматривает организацию выполнения ИПМСР, разработку технологического реабилитационного маршрута, выбор специалистов реабилитационной бригады, коррекцию ИПМСР в случае необходимости и контроль за ее выполнением. На данном этапе непосредственно происходит выполнение всех запланированных мероприятий программы с помощью медицинских, социальных, образовательных групп механизмов. Для этого необходимо на государственном уровне разработать типовые программы ИПМСР и на их основе в региональных МСЭК индивидуально подбирать необходимые реабилитационные мероприятия с набором реабилитационно-восстановительных технологических приемов. Кроме этого, обсужда-

ется и утверждается необходимый перечень специалистов реабилитационной бригады (работники МСЭК, лечебно-профилактических учреждений, социальной и образовательной сфер и т. п.), ответственных за выполнение ИПМСР. На всем протяжении выполнения программы как самими членами реабилитационной бригады, так и специалистами МСЭК контролируется ее выполнение с помощью лабораторно-диагностических, клинических, психологических и других показателей; отслеживается степень социализации и жизнеспособности ребенка-инвалида (на основе обеспеченности медико-социальной помощью и уровня качества жизни) и при необходимости проводится ее коррекция.

Конечный этап МСР ребенка-инвалида — *оценка эффективности проведенных мероприятий ИПМСР* — включает проведение экспертной диагностики, изучение степени выполнения программы и вывод о проделанной работе. Оценка эффективности проводится на основании анализа медико-социальных факторов (в первую очередь учитывается уровень восстановления нарушенных или утраченных функций, степень жизнеспособности и социализации ребенка-инвалида и положительная динамика инвалидности). Вывод может раскрывать полноту выполнения программы, показывать степень соответствия ожидаемых и достигнутых результатов, состояние реабилитационного потенциала и дальнейший прогноз. Для констатации достигнутых результатов следует в начале выполнения программы и после окончания на индивидуальном уровне сравнивать степень физического и психологического состояний ребенка-инвалида, уровень социализации, жизнеспособности и интеграции ребенка в обществе и прочее. На наш взгляд, более целесообразно оценку и сравнение данных показателей выполнять с помощью методики определения уровня качества жизни (КЖ) ребенка-инвалида. КЖ определяется степенью внутренней и внешней (общественной) комфортности ребенка и зависит от его состояния (физического, психологического, эмоционального, социального и т. п.).

Оценка КЖ способна максимально характеризовать индивидуальную медико-социометрическую оценку состояния ребенка-инвалида с возможностью выявления отрицательных факторов в его жизни и вмешательства в реализацию ИПМСР с необходимой коррекцией. Основным методом изучения КЖ являются опросники (ОП), которые позволяют выявлять наименьшие тенденции состояния ребенка.

Изучение КЖ конкретного ребенка-инвалида следует производить в начале выполнения ИПМСР (при условии отсутствия вмешательства в его физическое, психологическое и социальное положение), что позволяет получить исходную величину индивидуального показателя уровня КЖ (начальный уровень КЖ) и в дальнейшем использовать для сравнения динамики на любом этапе реали-

заци программы.

Исследование КЖ ребенка-инвалида требует проведения беседы с ним или его родителями для разъяснения задач и целей исследования, необходимости правильных и откровенных ответов при заполнении ОП, который содержит вопросы относительно пяти групп факторов: физической активности, психологического, уровня самостоятельности, общественной жизни и духовности ребенка, которые ограничивают повседневную его деятельность. Каждый из факторов в ОП представлен несколькими вопросами с пятью вариантами ответов на них, что отображает степень ограничений. Каждый ответ оценивается в баллах, которые потом подсчитываются, и определяется суммарный уровень ограничений (СУО) ребенка-

инвалида.

Количественная оценка индивидуального индекса КЖ ребенка-инвалида проводится на основании СУО. Количественные уровни КЖ выражаются в процентах и классифицируются следующим образом: оптимальный уровень — КЖ находится в пределах от 100,0 до 70,0%; средний уровень — от 31,0 до 69,0%; низкий уровень — 30,0% и ниже.

Таким образом, можно с уверенностью утверждать, что разработанная автором концептуальная модель МСР детей-инвалидов определяет наиболее эффективные и экономически оправданные основные пути развития здравоохранения и социальной сферы в этом направлении, что позволяет рекомендовать предложенную модель для широкого

использования в клинической практике.

Литература

1. Дудіна О. О., Курчатова Г. В., Мазур Т. М. Методичні аспекти оцінки якості первинної медико-санітарної допомоги дитячому населенню м. Києва // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України.— 2001.— № 2.— С. 52–54.
2. Зинчук Ю. Ю. Роль врачебных ассоциаций в обеспечении качества медицинской помощи // Здравоохран. РФ.— 2004.— № 5.— С. 6–8.
3. Максимова Т. М., Гаенко О. Н. Здоровье населения и социально-экономические проблемы общества // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и ист. мед.— 2003.— № 1.— С. 3–7.
4. Виконання політики «Здоров'я для всіх» в Україні (за результатами третьої оцінки здійснення політики ЗДВ в Європі) / В. М. Пономаренко, І. В. Ковешнікова, А. М. Нагорна, О. В. Чаус // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України.— 1999.— № 2.— С. 8–13.
5. Ітатов А. В., Сергієні О. В., Войтчак Т. Г. Первинна і загальна інвалідність населення України у 90-х роках // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України.— 2001.— № 3.— С. 12–17.
6. Камаев И. А., Позднякова М. А. Детская инвалидность (проблемы и пути решения).— Нижний Новгород, 1999.— 156 с.
7. Корнацький В. М. Інвалідизація населення як показник стану здоров'я та резервів покращання добробуту держави // Мед. перспективи.— 2001.— Т. 6, № 1.— С. 124–128.
8. Лук'янова О. М. Медико-соціальні аспекти збереження здоров'я дітей, забезпечення їхнього гармонійного фізичного та інтелектуального розвитку // Журн. АМН України.— 2001.— Т. 7, № 3.— С. 408–415.
9. Пономаренко В. М., Хунов Ю. А. Вивчення стану здоров'я дітей — складова частина формування програм розвитку охорони здоров'я // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України.— 2002.— № 2.— С. 5–10.
10. Профілактика інвалідності у дітей і підлітків у зв'язку з хронічною соматичною патологією / М. М. Коренєв, Л. Ф. Богмат, С. Р. Толмачова та ін. // Врачебная практика.— 2000.— № 4.— С. 87–90.
11. Мирская Н. Б., Барсукова Н. К., Поллеский В. А. Состояние здоровья детей школьного возраста в современных условиях обучения // Проф. заболеваний и укрепл. здоровья.— 2000.— № 4.— С. 30–32.
12. Москаленко В. Ф., Пономаренко В. М. Концепція розвитку охорони здоров'я — стратегія реформування галузі // Лік. справа.— 2001.— № 1.— С. 3–9.
13. Онищенко Г. Г. Социально-гигиенические проблемы состояния здоровья детей и подростков // Гигиена и санитария.— 2001.— № 5.— С. 7–11.
14. Єжова О. О., Басанець Л. М., Іванова О. І. Фізичний розвиток дітей та підлітків різних промислових міст Сумської області // Довкілля та здоров'я.— 2002.— № 1.— С. 42–45.
15. Картиш А. П. Про найгостріші медичні проблеми охорони здоров'я та визначення пріоритетних напрямів розвитку окремих медичних служб (доповідь на підсумковій колегії МОЗ України 12.02.2001 р.) // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України.— 2001.— № 2.— С. 15–19.

Поступила 24.08.2007