

Надь Б.Я., Романів О.П.

Роль батьків в процесі комплексної реабілітаційної допомоги дітям з інвалідністю

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання

За оцінками ВООЗ, більше 1 мільярда людей мають якусь форму інвалідності. Це відповідає майже 15% населення світу. Від 110 мільйонів (2,2%) до 190 мільйонів (3,8%) людей 15 років і старше відчувають значні труднощі у функціонуванні. За даними дослідження ВООЗ, 785 млн осіб у віці від 15 років і старше живуть з інвалідністю, з них 110 млн страждають важкими формами розладів. Серед дітей у віці від 0 до 14 років ці показники становлять 95 млн і 13 млн відповідно. Показники інвалідності ростуть у зв'язку із старінням населення і глобальним ростом захворюваності хронічними захворюваннями. Інвалідність більше поширюється серед жінок та людей похилого віку, а також серед дітей та дорослих із неблагополучних верств населення.

Інваліди належать до найбільш ізольованих груп населення в світі. Для інвалідів характерні нижчі результати щодо здоров'я, досягнення в галузі освіти і показники участі в економічному розвитку і більш високі показники бідності, ніж для людей без інвалідності.

В даний час інвалідність розуміється як проблема в області прав людини. Люди позбавлені можливостей через суспільство, а не тільки через своє тіло. Ці перешкоди можна подолати, якщо уряди, неурядові організації, фахівці, а також інваліди та їх сім'ї будуть працювати разом. Шлях для цього викладено у "Всесвітній доповіді про інвалідність", спільної публікації ВООЗ і Світового банку.

Відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), інвалідність є загальним терміном для порушень, обмежень активності і обмежень можливості участі. Інвалідність – це взаємодія людей з вадами здоров'я (наприклад, з церебральним паралічем, синдромом Дауна та депресією) з особистими і контекстовими факторами (такими як негативне ставлення, недоступність транспорту і громадських будівель і обмежена соціальна підтримка).

Мета роботи: на основі теоретичного аналізу даних про реабілітаційну роботу з дітьми-інвалідами проаналізувати структуру реабілітаційної системи та встановити роль та функцію батьків дітей-інвалідів у комплексній реабілітації.

Матеріали та методи. У роботі використано дані із наукових досліджень та оглядів, зокрема ВООЗ, присвячених питанням комплексної реабілітації дітей з інвалідністю та аспектам пов'язаним з нею. У ході виконання роботи застосовано інформаційно-аналітичний метод.

Результати. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, "реабілітація" [людей з обмеженими можливостями] – це процес, націлений на надання їм можливості досягти і підтримувати їх оптимальні фізичні, сенсорні, інтелектуальні, психологічні та соціальні функціональні рівні. Реабілітація надає інвалідам інструменти, необхідні їм для досягнення незалежності та самовизначення". Чи проходять діти та підлітки реабілітаційні заходи в даний час залежать від національних /регіональних норм і, певною мірою, від індивідуальних зобов'язаностей лікарів та інших медичних працівників. Приблизно 10% всіх немовлят мають ризик розвитку інвалідності, і 1% всіх дітей мають важкі стійкі фізичні недоліки. За даними Організації Об'єднаних Націй Конвенції про права дитини, стаття 6, ці діти мають право "виживати і розвиватися здорово". У статті 23 говориться, що "діти, які мають будь-яку інвалідність" мають право на особливу турботу та підтримку, щоб вони могли жити повноцінним і незалежним життям". Таким чином, хоча термін "реабілітація" використовується лише у статті 39, Конвенція Організації Об'єднаних Націй чітко стверджує, що дітям слід мати доступ для реабілітаційних заходів у разі відповідної проблеми зі здоров'ям. Дитяча реабілітація не є акредитованою підспеціальністю у всіх європейських країнах. Дослідження Європейської Педіатричної Асоціації виявило, що реабілітація була визнана як підспеціальність у сфері охорони здоров'я дітей лише у трьох європейських країнах. Дослідження з питань педіатричної реабілітаційної допомоги є важливим для забезпечення належної політики, програм, керівних принципів та розподілу ресурсів. Відсутність доказових даних про порівняння різних національних систем охорони здоров'я – це значний бар'єр для прийняття рішень у різних Європейських країнах. Для вирішення цієї проблеми педіатри та інші фахівці в галузі охорони здоров'я повинні збирати достовірні та доказові дані про якість реабілітації. Реабілітація сприяє максимальному розширенню функцій і зміцненню незалежності. Інваліди можуть брати участь у громадському житті. Навіть у країнах з високим рівнем доходів потреби 20-40% інвалідів залишаються незадоволеними в області допомоги в повсякденному житті. У США 70% дорослих людей отримують підтримку в повсякденному житті від своїх сімей та друзів. Конвенція про права інвалідів підтримує, захищає і забезпечує права всіх інвалідів. На сьогоднішній день більше 150 країн підписали Конвенцію і більше 130 ратифікували її.

Світовий досвід показує, що саме мультидисциплінарний підхід у наданні допомоги сім'ям, які виховують дітей з інвалідністю, на ранніх етапах розвитку особистості дозволяє підвищити її потенційні можливості. Необхідно закликати

батьків до співпраці у якості членів команди, щоб вони змогли зрозуміти проблеми дитини і за допомогою спеціалістів розвивати та навчати її. Процес єдності ранньої діагностики та лікувально-корекційної роботи на фоні динамічного нагляду і довготривалого професійного супроводу дитини, сприяє його успішній соціальній адаптації. Важливим аспектом цієї моделі є психоедукація батьків, тобто це пояснення і донесення до них необхідної інформації про психічне здоров'я, психологічні негаразди та їх наслідки для особистості, які можуть стосуватися їхніх дітей. Необхідною складовою є спілкування батьків між собою, спільне відвідування занять, лекцій, обмін набутим досвідом, забезпечення підтримки рівних по своєму статусу людей.

Технологія комплексної підтримки батьків, які виховують дитину-інваліда, включає в себе наступні етапи:

1. **Діагностичний етап.** Його мета – формування у батьків адекватних уявлень про структуру порушень психофізичного розвитку дитини, можливості та перспективи його утворення та соціалізації. На цьому етапі реалізуються наступні дії:

1) оцінка мікросоціуму і виховного потенціалу сім'ї (матеріальні і побутові умови, чисельність і структура сім'ї, емоційно-психологічний клімат і характер взаємин між її членами, життєвий досвід і культурно-освітній рівень, розподіл обов'язків і наявність вільного часу, характер організації спільної діяльності, стиль спілкування, рівень педагогічної компетенції дорослих членів сім'ї, сімейні традиції і т.д.);

2) індивідуальна співбесіда з кожним дорослим членом сім'ї з метою визначення члена сім'ї, здатного здійснювати головну функцію при організації реабілітаційного процесу;

3) забезпечення участі члена сім'ї – організатора реабілітаційного процесу у всіх видах діагностичного обстеження, що проводиться на базі психолого-медико педагогічної консультації, реабілітаційного центру або в умовах сім'ї;

4) аналіз разом з усіма членами сім'ї результатів обстеження, виявлення основних проблем, специфічних особливостей дитини;

5) складання попередньої індивідуальної програми корекційно-педагогічної роботи з дитиною в умовах сім'ї.

2. **Організаційний етап.** Мета – організація корекційно-педагогічного процесу в умовах сім'ї і забезпечення його успішності. Цей етап передбачає:

1) навчання батьків специфічним способам і прийомам роботи з дитиною на основі індивідуальної програми;

2) активізація участі одного з членів сім'ї як організатора реабілітації;

3) добір дидактичного матеріалу для спеціальних занять, виготовлення наочних посібників, пристосувань;

4) налагодження стилю сімейного спілкування, відпрацювання оптимального для даної сім'ї стилю навчального взаємодії дорослого і дитини;

5) відпрацювання організаційних форм діяльності, умов навчання. Спочатку батькам демонструється дидактичний матеріал, потім наочно представляється прийом навчання у вигляді імітації рухів: педагог демонструє дії з дитиною, після чого дії виконуються педагогом спільно з дитиною і батьком. Завершує навчання самостійне виконання дій батьком з дитиною;

6) навчання батьків навичкам самостійного аналізу потенційних можливостей дитини, визначення рівня сформованості того чи іншого навичку і т.д.

3. **Заключний етап.** Мета – встановлення оптимальних взаємин між батьками, батьками і дітьми, іншими членами сім'ї у сфері найближчого оточення. Цей етап передбачає:

1) розвиток виховних навичок батьків;

2) блокування неадекватних типів поведінки батьків по відношенню до дитини;

3) консультування самостійної діяльності батьків з реабілітації дитини.

Висновки. Основний акцент при вирішенні проблем дітей-інвалідів зміщується в бік реабілітації, сенс якої полягає в комплексному багато профільному підході до пристосування (відновлення) здібностей дитини до побутової, суспільної, а в майбутньому і професійної діяльності з урахуванням рівня його фізичного, психологічного та соціального потенціалу стосовно до особливостей мікро- і макросоціального оточення. Кінцевою метою комплексної багато профільної реабілітації є надання дитині з анатомічними дефектами, функціональними порушеннями, соціальними відхиленнями можливості щодо незалежної і повноцінної життєдіяльності. Поставлений на перше місце взаємозв'язок «батьки-дитина», як один із основних факторів реабілітаційної програми доказує, що в центрі уваги поряд із спеціалістами повинні знаходитися саме батьки та «екологія» в сім'ї. Отже, у центрі мультидисциплінарного підходу реабілітації дітей з інвалідністю головна роль належить батькам, за участю яких процес реабілітації є якіснішим, успішнішим та ефективнішим.

Список використаної літератури

1. Насінник О., Глузман С., Кравченко Р., Кузнецов В., Коротупенко Л., Шумлянський В., Юрєва Л. - Вісник асоціації психіатрів України, 2007, №1-2 (36-37). - с. 240-241.

2. Ehrich JHN, Kerbl R, Pettoello-Mantovani M, Lenton S. Opening the debate on pediatric subspecialties and specialist centers: opportunities for better care or risks of care fragmentation? J Pediatr 2015;167:1177-8. 22.

3. Oepen J. Rehabilitation fur Kinder und Jugendliche. In: Bode H, € Strassburg HM, Hollmann H, eds. Sozialpaediatric in der Praxis. Munich, Germany: Elsevier; 2013. p. 531-50.

4. Sperl W, Nemeth C, Fueloep G, Koller I, Vavrik K, Bernert G, et al. Rehabilitation fur Kinder und Jugendliche in Oesterreich. Stand der Dinge und ein Blick uber die Grenzen. Monatsschr Kinderheilkd 2011; 159:618-26.

5. The World Report on Disability. WHO, World Bank. P 30. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.
6. UNICEF Fact Sheet: A summary of the rights under the Convention of the Rights of the Child. http://www.unicef.org/crc/files/Rights_overview.pdf. Accessed December 12, 2015.
7. UNICEF Convention on the Rights of the Child. <http://www.unicef.org/crc/>. Accessed December 12, 2015.
8. Whitney R, Hilton CL. Intervention effectiveness for children and youth. *Am J Occup Ther* 2013;67:e154-65.
9. World Health Organization. Health topics: rehabilitation. <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>. Accessed December 12, 2015.
10. World Health Organization. <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>. January 16, 2018.

Ожсак Г.А.

Реєстр пацієнтів на гострий інфаркт міокарда як показник якості медичної допомоги в Полтавській області

Українська медична стоматологічна академія

Смертність населення від ішемічної хвороби серця (ІХС) при хворобах системи кровообігу (ХСК), традиційно максимальна. Цей показник серед працездатного населення незмінно становить 54,3-54,4%. Це означає, що більша половина причин смерті осіб працездатного віку при ХСК припадає на ІХС, тому на початку 60-х років її назвали епідемією 20 століття і найбільшим медико-соціальним тягарем у розвинених країнах світу [1,2]. Розвиток ІХС та гострого інфаркту міокарду (ГІМ), зокрема, обумовлено комплексним впливом багатьох факторів ризику, тому аналіз впливу окремих з них може не повністю відображати справжнє їх значення в етіології ХСК [6]. Для вирішення цих завдань створені й успішно використовуються реєстри. Найбільш оптимальною вважається програма «Реєстр гострого інфаркту міокарда» (РГІМ). Дана програма була розроблена ще в 1968-1969 рр., для вивчення захворюваності гострим ІМ, робочою групою по плануванню діяльності Європейського регіонального бюро ВООЗ в області боротьби з ХСК. Будучи класичним прикладом проспективного, наглядово-популяційного дослідження, заснованого на стандартній методиці, дана програма відкрила новий етап в епідеміології ГІМ і стала інструментом обліку та аналізу якості надання медичної допомоги хворим із загостренням ІХС, як на догоспітальному, так і на госпітальному етапах [3,4].

Мета дослідження. На основі існуючих реєстрів гострого інфаркту міокарда створити локальний, як показник якості медичної допомоги хворим з гострим інфарктом міокарда в Полтавській області.

Матеріал та методи дослідження. Для створення локального реєстру використовували існуючий та на основі аналізу карти вибувшого зі стаціонару о066 його доповнювали.

Результати. Щорічно у Полтавській області реєструється 1800-1900 хворих з гострим інфарктом міокарда.

У Полтавській області проживає 1 439 млн населення. За рік в області проводиться близько 300 ТЛТ.

В області існує 3 центри, що здатні проводити ЧКВ при ГІМ:

- відділення інтервенційної радіології Полтавської обласної клінічної лікарні (ПОКЛ);
- відділення інтервенційної радіології Полтавського обласного клінічного кардіологічного диспансеру (ПОККД);
- клініка «Альфамедика» м. Кременчук.

Ургентну допомогу хворим в режимі 24/7/365 надає лише відділення інтервенційної радіології Полтавської обласної клінічної лікарні. За 2016 рік на базі відділення інтервенційної радіології ПОКЛ виконано 689 коронарографій (обстеження артерій серця), 404 стентувань коронарних артерій, близько 300 з яких виконано з приводу ГКС. На базі відділення інтервенційної радіології ПОККД виконано 187 коронарографій, 15 стентувань коронарних артерій, 1 – з приводу ГКС. На базі клініки «Альфамедика» м. Кременчук виконано 53 коронарографії, 12 стентувань, 6 – з приводу ГКС. Виданий наказ Департаменту охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації «Про впровадження в області медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST», де для надання допомоги хворим зі STEMI область поділили на 2 території: ближнього та дальнього розташування до обласного центру міст і районів Полтавської області для госпіталізації хворих з до- та госпітальним тромболізисом при гострому коронарному синдромі на відтерміновані (до 24 годин) перкутанні втручання у відділенні інтервенційної радіології ПОКЛ імені М.В.Скліфосовського, туди увійшли наступні райони: м. Кременчук, м. Комсомольськ, м. Лубни та Лубенський район, м. Миргород та Миргородський район., м. Гадяч та Гадяцький район, Великобагачанський, Диканський, Глобинський, Гребінківський, Зінківський, Карлівський, Кобеляцький, Козельщинський, Котелевський, Кременчуцький, Лохвицький, Машівський, Новосанжарський, Оржицький, Пирятинський, Семенівський, Решетилівський, Хорольський, Чорнухинський, Чутівський, Шишацький райони. Найбільша кількість хворих які були проліковані в кардіоінтервенційному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні з Полтавського району. Це можна пояснити тим, що даний район має найближче розташування, отже приїзд