

нейронов на 32 % в сравнении с контролем и на 19 % в сравнении с 1-минутной асфиксией, а также к появлению клеток-теней. Пролонгирование срока реоксигенации до 1 суток ведёт к менее выраженным последствиям в сравнении с 1-часовой реоксигенацией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Динамика морфологических изменений пирамидных нейронов филогенетически разных отделов коры головного мозга крыс при тотальной церебральной ишемии / Е. И. Бонь [и др.] // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2019. – Т. 18, № 2. – С. 5–12.

СТРАТЕГИИ ЛИЧНОСТНООРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Василенко В. А.

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Научный руководитель: Стрелков О. Г.

Актуальность. Актуальной проблемой общественного здоровья остается проблема реабилитации пациентов с интеллектуальным недоразвитием. За последние десять лет растет количество впервые признанных инвалидами граждан в связи с психическими и поведенческими расстройствами. Так, на 2022 год общее количество составляет 3004, в сравнении с 2002 годом – 1979 человек [5]. Распространенность умственной отсталости по данным различных авторов составляет 0,5-3% [3-4]. Интеллектуальное недоразвитие ухудшает качество жизни человека, его семьи и, как следствие, общества в целом, затрудняет усвоение пациентом норм поведения и общения, адаптации к условиям жизни [2]. Это требует создания специфической среды вокруг таких людей для обеспечения целенаправленного воздействия на психическую сферу с целью эффективной интеграции таких пациентов в общество.

Цель. Обобщить стратегии персонифицированного подхода к реабилитации пациентов с умственной отсталостью, используя доступные литературные источники.

Методы исследования. Проанализированы имеющиеся научные публикации в электронных ресурсах google scholar, Cyberleninka, Pubmed Central, JAMA Network по вопросам применения метода «Альтернативная и дополнительная коммуникация».

Результаты и их обсуждение. Пациенты с интеллектуальной недостаточностью обладают коммуникативными способностями, отличными от здоровых людей [2]. Специфика коммуникации таких пациентов обусловлена затруднениями в контроле над высказываниями и действиями вследствие недостаточности критического осмысления своих умозаключений. Пациентам затруднительно критически анализировать действия посторонних людей. Они не испытывают необходимость подвергать сомнению полученные извне умозаключения и выводы. Отсутствие оценки истинности суждений, умозаключений, действий приводит к пассивности, отсутствию дифференцировки представлений, ослаблению произвольной коррекции действий как своих, так и чужих, ухудшению мыслительной продукции, отсутствию самостоятельности, ухудшению познавательной деятельности, что проявляется в искажении восприятия себя и самооценки.

Для обозначения своих желаний, потребностей или чувств пациенты с умственной отсталостью могут использовать речь, а также визуальные или поведенческие сигналы. Для достижения наилучших возможных результатов в отношении их здоровья, разработки индивидуального подхода к общению с каждым пациентом необходимо улучшение сотрудничества между врачами и пациентами [5]. Медперсонал должен адаптировать способ коммуникации (информацию, речь и т.д.) к возможностям пациента с задержкой интеллектуального развития. Сотрудники учреждений, оказывающие таким пациентам помощь должны регулярно повышать свой уровень образования, совершенствовать навыки и клинический опыт, облегчающие контакт с пациентами.

Современные стратегии улучшения коммуникации должны быть адаптированы к условиям системы здравоохранения и включены в учебные программы. Одной из стратегий является альтернативная и дополнительная коммуникация (АДК), представляющая собой совокупность невербальных коммуникативных средств и систем общения, которая может использоваться как полная альтернатива речи, либо как дополнение к ней [1, 4].

Согласно рекомендациям по установлению вербального взаимодействия с пациентами для медицинского персонала [4-5] независимо от степени тяжести умственной отсталости и наличия инвалидности следует обращаться непосредственно к пациенту. Для построения коммуникации необходимо, чтобы зрительный контакт устанавливался на одном уровне. Требуется удалить из поля взаимодействия отвлекающие факторы, такие как: яркие предметы, шум, возможность посторонних прервать беседу. Вербальную коммуникацию необходимо выстраивать путем простых, четких и коротких предложений. Для определения коммуникативной стратегии требуется учитывать также и возраст пациента. Недопустимо использовать в беседе детский или покровительственный тон, а также исключить жаргонизмы. Необходимо стимулировать пациентов к активному диалогу независимо от возникающих трудностей в общении. Вербально и не вербально поощрять за проявления активности в беседе. Давать четкие объяснения и получать обратную связь от

пациента для уверенности, что вы были правильно поняты им. Так, например, можно попросить его повторить ключевые моменты своими словами или ответить на конкретные вопросы. В дополнение к речевой информации можно подкреплять ее демонстрацией картинок и схем. Обеспечить достаточное количество времени для проведения беседы.

Для улучшения коммуникации и оказания медицинской помощи пациентам с нарушениями интеллекта следует более комплексно подходить к сбору анамнеза пациента, беседовать с их опекунами для понимания ожиданий от лечения и реабилитации. Устанавливать партнерские равноправные отношения с членами семьи пациента и с другими специалистами здравоохранения для обеспечения более комплексного подхода в лечении и реабилитации пациента с умственной отсталостью.

Выводы. Эффективность персонифицированного подхода к реабилитации пациентов с умственной отсталостью клинической практике еще предстоит определить. Необходимо дальнейшее накопление практического опыта в этой области. Вместе с тем, некоторые вопросы, такие как: трудности в выражении своих потребностей и желаний из-за нарушений речи, а также барьеры при построении социальных контактов с другими людьми, могут быть решены при использовании средств альтернативной и дополнительной коммуникации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Течнер, С., Мартинсен, Х. Введение в альтернативную и дополнительную коммуникацию. Жесты и графические символы для людей с двигательными и интеллектуальными нарушениями, а также с расстройствами аутистического спектра. / С. Течнер, Х. Мартинсен. – Москва: Теревинф, 2014. – 432 с.
2. Милейхина, О. В. Эпидемиология умственной отсталости (обзор литературы) / О. В. Милейхина // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 3. – С. 24–33.
3. Караневская, О. В. Использование альтернативной и дополнительной коммуникации (АДК) в стационарных учреждениях социального обслуживания: Методич. Рекомендации. – Москва : Теревинф, 2022. – С. 252.
4. Антонова, З. С. Альтернативная коммуникация в практике социальной работы / З. С. Антонова // Отечественный журнал Социальной работы. – 2020. – № 3. – С. 74–76.
5. Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.belstat.gov.by/upload-belstat/upload-belstat-excel/Oficial_statistika/2022/zabolev_18.xls/ – Дата доступа: 11.03.2024.