

---

---

## Организация здравоохранения

---

---

УДК 614.2

### **СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ИНФОРМАЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ, НА ВТОРОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Е. К. Баклушина\***, доктор медицинских наук,  
**Д. В. Бурсикова**, кандидат медицинских наук,  
**Н. Н. Пануева**

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

#### **РЕЗЮМЕ**

**Цель** – изучить уровень и состояние информированности пациентов, перенесших инсульт, о различных аспектах реабилитации до и после проведения с ними информационной работы.

**Материал и методы.** В 2014–2016 гг. на базе клиники Ивановской государственной медицинской академии опрошены 120 больных, проходивших второй этап реабилитации после перенесенного инсульта. Использовался авторский опросник, исследование осуществлялось в день поступления и в день выписки, а во время пребывания в клинике с пациентами проводилась работа по повышению их информированности.

**Результаты.** При поступлении пациенты оценивали свою информированность о факторах риска возникновения заболеваний и факторах, способствующих сохранению здоровья, как низкую, а пребывание в клинике повысило их стремление к получению информации. Также выросла информированность о методах нормализации веса, уровня холестерина, сахара, липидов. Незначительно увеличилась исходно высокая информированность о медикаментозной терапии, а также о планируемых результатах реабилитации, реабилитационном прогнозе, вопросах изменения питания и отказа от вредных привычек. Зафиксировано положительное влияние информационной работы на медицинскую активность пациентов в отношении различных позиций модификации образа жизни. Исходно неудовлетворительная информированность о немедикаментозных методах реабилитации улучшилась незначительно. Получены данные о состоянии и динамике информированности пациентов, проходящих второй этап реабилитации после перенесенного инсульта, о задачах, функциях и содержании различных методов реабилитации (медикаментозных и немедикаментозных), направлениях и способах необходимой им модификации образа жизни и способах самоконтроля за показателями функционального и физического состояния.

**Выводы.** Наиболее значимые пробелы в знаниях пациентов – это недостаточное понимание функций и содержания немедикаментозных способов реабилитации, особенно кинезо-, эрготерапии и логопедической помощи, а также недостаточное знание целей и способов модификации образа жизни. Выявлена положительная динамика информированности, свидетельствующая о перспективности организации информационного сопровождения силами медицинских работников.

**Ключевые слова:** информационное сопровождение, информированность, опрос, инсульт, реабилитация, второй этап.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): bac63@mail.ru

В настоящее время проблема информационного сопровождения пациентов в медицинских организациях является весьма актуальной, поскольку оно является действенным механизмом формирования надлежащего уровня мотивации и приверженности пациентов к лечению. Человек, который хорошо осознает свою роль в процессе лечения и реабилитации, чаще всего прилагает максимальные усилия для полноценного выполнения рекомендаций медицинских работников и добивается максимально возможного результата [1, 6, 9].

В России сформирована правовая основа информационного сопровождения пациентов в медицинских организациях; прежде всего, это статьи 19 и 22 Федерального закона Ф3-323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», которыми закреплено право пациента на информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, установленном диагнозе и прогнозе развития заболевания, методах оказания

медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи [7]. Таким образом, эта деятельность не только желательна, но и входит в круг непосредственных обязанностей медицинских работников, что диктует необходимость разработки наиболее оптимальных форм и способов информирования пациентов.

Информирование пациентов имеет в настоящее время различные формы – от обычной беседы лечащего врача или иного специалиста с пациентом до терапевтического обучения целевых групп больных в «школах здоровья». Исследования показывают достаточно высокую эффективность информационного сопровождения, однако они преимущественно сосредоточены на обучении пациента аспектам медикаментозной терапии, а также навыкам самодиагностики и коррекции патологических состояний [2, 4, 5, 8]. Но для пациентов с инсультами в процессе нейрореабилитации очень важны немедикаментозные методы – физио-, кинезо-, эрго-, психотерапия, логопедическая помощь, которые подразумевают высокую степень активности самого больного в выполнении всех рекомендаций. А это невозможно без полного и правильного понимания пациентом сущности, задач, реабилитационного эффекта этих методов и ожидаемых результатов.

Кроме того, для пациентов, проходящих реабилитацию, в том числе после инсульта, большое значение имеет и модификация образа жизни. К сожалению, практические врачи и исследователи данной проблемы указывают, что нередко рекомендации по изменению образа жизни даются в самой общей форме и не учитывают индивидуальные особенности больных, а зачастую непонятны им. Соответственно, у пациентов не создается надлежащей мотивации к точному и полному выполнению всех рекомендаций [3, 8, 10].

Таким образом, изучение социально-гигиенических аспектов информационного сопровождения реабилитации пациентов с инсультами в медицинской организации и поиск его наиболее оптимальных медико-организационных механизмов является важной задачей на современном этапе становления медицинской реабилитации в России.

Цель данного исследования – изучить уровень и состояние информированности пациентов, перенесших инсульт, о различных аспектах реабилитации до и после проведения с ними информационной работы.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в 2014–2016 гг. на базе клиники ГБОУ ВПО «Ивановская государ-

ственная медицинская академия» Минздрава России. Участниками исследования являлись пациенты, проходящие второй этап реабилитации после перенесенного инсульта ( $n = 120$ ). Использовался метод полустандартизованного интервью на основе специально разработанного опросника. Паспортная часть опросника позволила оценить медико-социальные и медико-биологические факторы, потенциально влияющие на информированность пациентов, а специальная медицинская часть (диагноз по МКБ и МКФ, реабилитационный прогноз) и блок вопросов для оценки по 5-балльной шкале позволили изучить информированность о задачах, функциях и содержании различных методов реабилитации (медикаментозных и немедикаментозных), направлениях и способах необходимой модификации образа жизни и способах самоконтроля показателей функционального и физического состояния. Основные позиции, в отношении которых определялся уровень информированности, были выбраны совместно с врачами неврологического отделения клиники и организаторами лечебно-диагностического процесса. Исследование осуществлялось в день поступления (1-я временная точка) и в день выписки (2-я временная точка), средний срок пребывания больных в клинике составил  $14,0 \pm 1,4$  дня. В это время проводилась работа по повышению уровня информированности пациентов с учетом полученных исходных данных, что, в соответствии с гипотезой, должно было обусловить положительную динамику показателей. В качестве методов информационного сопровождения использовались как индивидуальные беседы с пациентом, проводимые лечащим врачом, психологом, иными специалистами, оказывающими непосредственную помощь пациентам, так и групповые беседы по общей для всех пациентов тематике (способах модификации образа жизни, задачах и функциях немедикаментозных методов реабилитации).

Статистическая обработка результатов выполнялась с помощью программы Statistica 6.0, рассчитывались относительные и средние показатели (средние баллы по 5-балльной шкале), статистическая значимость различий определялась по критерию Стьюдента ( $t$ ) и считалась доказанной при его величине более 2.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Доверие к врачу как источнику достоверной информации является важнейшим условием формирования медицинской информированности пациентов. Как показывают данные нашего исследования, у пациентов с инсультами наиболее

высок уровень доверия к информации, исходящей от медицинского персонала (4,27 балла), несколько ниже – к рекомендациям, содержащимся в медицинской научной и популярной литературе (3,64 балла), интернет-источниках (2,3 балла), и к информации, исходящей от людей с похожими заболеваниями (2,8 балла).

Весьма невысоко при поступлении пациенты оценивали свою информированность о факторах риска возникновения заболеваний и факторах, способствующих сохранению здоровья (3,49 и 3,7 балла соответственно). Зачастую уровень знаний пациента о различных аспектах лечения и реабилитации зависит и от его активности и усилий по их получению. Пребывание в клинике улучши-

ло этот показатель: динамика оценки пациентами своего стремления к получению информации была положительной – от 3,7 балла при поступлении до 4,4 балла при выписке.

После проведенной информационной работы вырос уровень самооценки информированности о методах нормализации веса (что весьма актуально для данной категории пациентов), а также о клинико-лабораторных показателях крови (холестерине, сахарах, липидах), которые должны быть хорошо известны для своевременной их коррекции (рис. 2). Достаточно высок был исходный уровень информированности о медикаментозной терапии, используемой в реабилитации больных с инсультом, изначально хорошо известны паци-

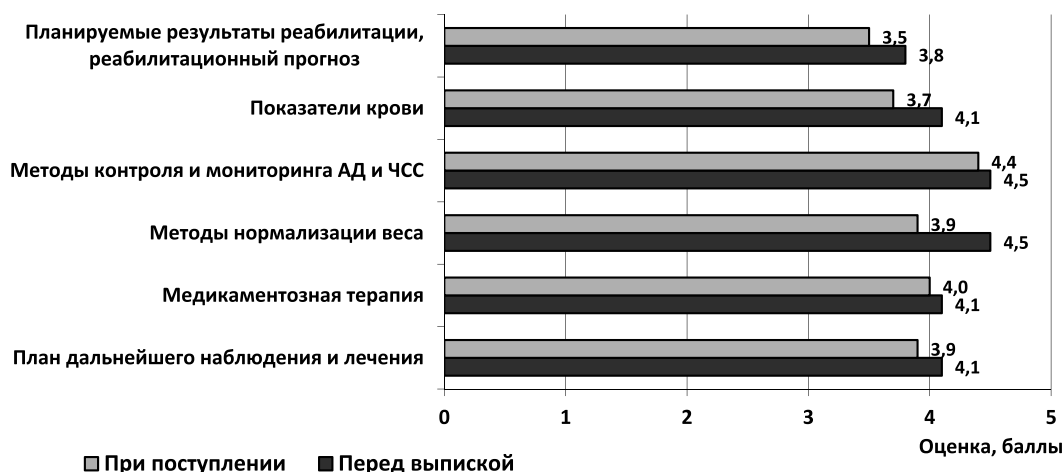


Рис. 2. Динамика оценки пациентами своей информированности об организации реабилитации, ее результатах и контролируемых показателях

Примечание: различия между значениями при поступлении и перед выпиской статистически значимы ( $p < 0,05$ )

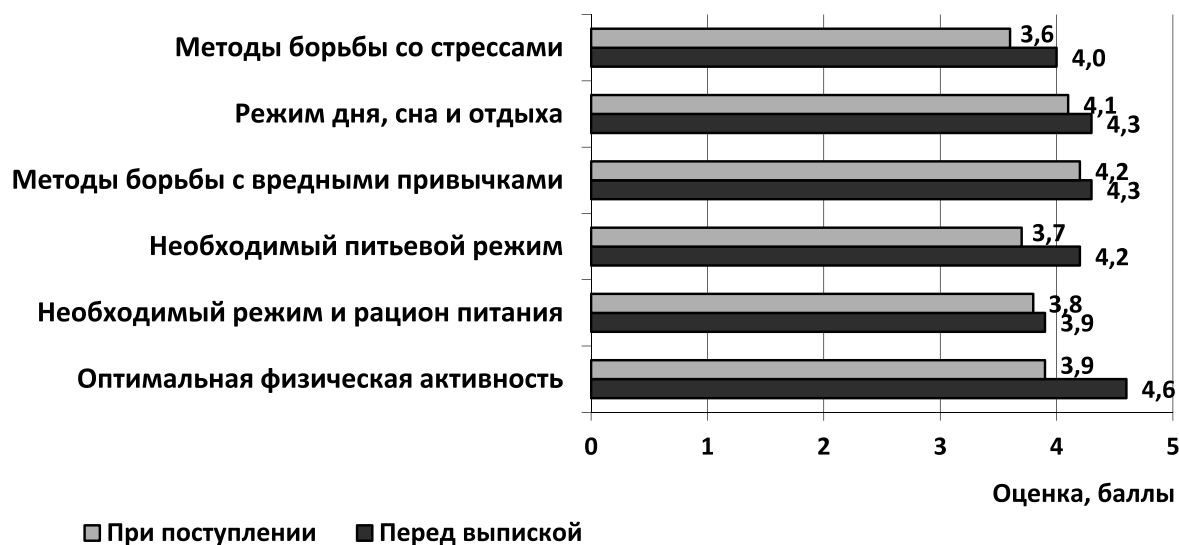


Рис. 3. Динамика оценки пациентами своей информированности о различных аспектах модификации образа жизни

Примечание: различия между значениями при поступлении и перед выпиской статистически значимы ( $p < 0,05$ )

ентам их индивидуальные показатели и способы контроля артериального давления и частоты сердечных сокращений, поэтому незначительная динамика уровня этих показателей вполне закономерна. К сожалению, несущественным был рост осведомленности пациентов о планируемых результатах реабилитации, реабилитационном прогнозе (от 3,5 до 3,8 балла), что свидетельствует о необходимости уделять этому вопросу особое внимание.

Результаты информационной работы с акцентом на модификацию образа жизни свидетельствуют о возможностях повышения осведомленности людей в этих вопросах. Однако мы наблюдали неоднородную картину (см. рис. 3). Исходная ин-

формированность (по данным самооценки) была наиболее высока в отношении методов борьбы с вредными привычками и режима дня, сна и отдыха, несколько ниже – в отношении питьевого режима и способов борьбы со стрессами. Положительная динамика наблюдалась в отношении всех изученных показателей, однако ее следует считать недостаточно выраженной в отношении режима, рациона питания и методов борьбы с вредными привычками.

Информационная работа с пациентами, проведенная непосредственно лечащими врачами и врачами – специалистами в сфере немедикаментозных методов реабилитации, позволила добиться положительной динамики медицинской

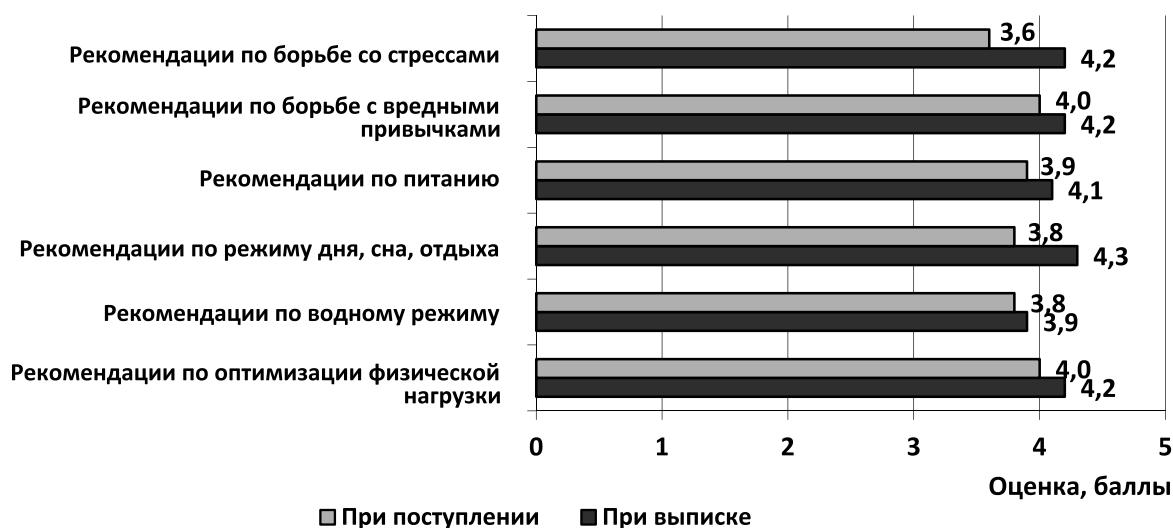


Рис. 4. Динамика медицинской активности пациентов при выполнении рекомендаций по модификации образа жизни (по данным самооценки)

Примечание: различия между значениями при поступлении и перед выпиской статистически значимы ( $p < 0,05$ )

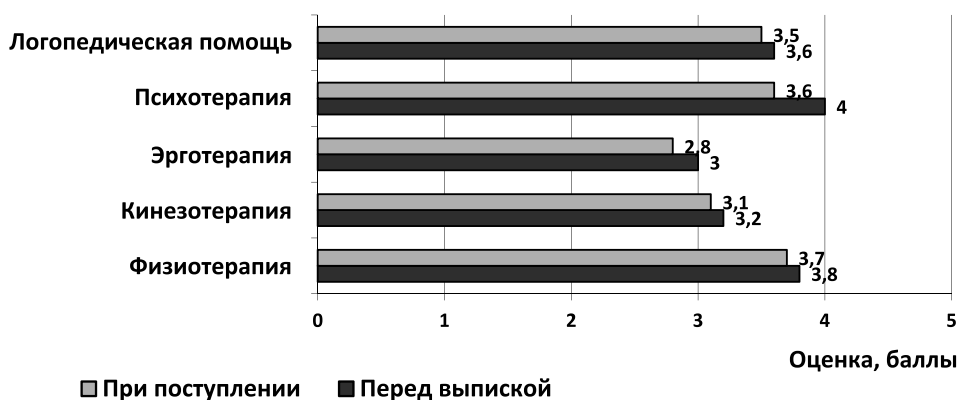


Рис. 5. Динамика оценки пациентами своей информированности о различных направлениях немедикаментозной реабилитации

Примечание: различия между значениями при поступлении и перед выпиской статистически значимы ( $p < 0,05$ )

активности пациентов в отношении различных позиций модификации образа жизни (см. рис. 4).

Важнейшим компонентом реабилитации больных с инсультами является комплекс немедикаментозных методов (физио-, кинезо-, эрго-, психотерапия, логопедическая поддержка). Медицинские работники, проводящие работу по этим направлениям, говорят о том, что приверженность пациентов к четкому и полному выполнению рекомендаций очень зависима от того, насколько хорошо те понимают сущность, цели, содержание этих методов и свои задачи по их использованию. Наше исследование позволило установить, что в настоящее время уровень информированности пациентов в этой сфере может быть оценен как неудовлетворительный (см. рис. 5). При поступлении наиболее плохо пациенты знали и понимали основные позиции в отношении эрготерапии (2,8 балла), кинезотерапии (3,1 балла), логопедии (3,4 балла), несколько лучше – физиотерапии (3,7 балла) и психотерапии (3,6 балла), хотя осведомленность и о них вряд ли может быть оценена положительно. К сожалению, пребывание в клинике несущественно улучшило данные показатели, что свидетельствует либо о том, что врачи недооценивают важность этой информации и не доносят ее до пациентов, либо о том, что она остается недоступной и непонятной большинству больных.

Оценивалась также удовлетворенность пациентов информационным сопровождением в процессе реабилитации, при этом зафиксирована положительная динамика – от 4,1 до 4,6 балла.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бойцов, С. А. Новые клинико-организационные подходы к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи / С. А. Бойцов, А. М. Калинина, П. В. Ипатов // Терапевтический архив. – 2013. – № 8. – С. 8–13.
2. Галстян, А. Ш. Профилактическое обучение пациентов в «Школе профилактики ишемической болезни сердца» / А. Ш. Галстян // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 1. – С. 43–44.
3. Данилов, Д. С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) / Д. С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – № 1. – С. 44–49.
4. Койчужев, А. А. Приверженность в лечении: методики оценки, технологии коррекции недостаточной приверженности терапии / А. А. Койчужев // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2013. – Т. 8, № 3. – С. 65–68.
5. Кутузова, Е. А. Организация и опыт работы «Школы больных гипертонической болезнью» в консультативно-диагностической поликлинике / Е. А. Кутузов, Г. Г. Тимошенко // Главный врач. – 2015. – № 1 (42). – С. 40–42.
6. Медицинская информированность пациентов разного профиля / А. В. Стволыгин, Б. А. Поляков, Д. Л. Мушников, А. М. Баятин / Проблемы городского здравоохранения : сборник науч. тр. – Вып. 17. – СПб., 2012. – С. 107–111.
7. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ // Рос. газ. – 2011. – 23 нояб. – Режим доступа: <http://www.rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html>
8. Плавинский, С. Л. Мероприятия по усилению приверженности терапии : обзор литературы / С. Л. Плавинский. – М. : Акварель, 2010. – 48 с.
9. Стволыгин, А. В. Методические аспекты оценки медицинской информированности пациентов / А. В. Стволыгин, Б. А. Поляков, Д. Л. Мушников // Здоровье и образование в XXI веке. – 2014. – Т. 16, № 4. – С. 14–16.
10. Measures of adherence to epilepsy treatment: review of present practices and recommendations for future directions / A. M. Paschal, S. R. Hawley, T. S. Romain [et al.] // Epilepsia. – 2008. – Vol. 49, № 7. – P. 1115–1122.

## ВЫВОДЫ

1. Проведенное исследование позволило оценить состояние и динамику информированности пациентов по различным аспектам и направлениям реабилитации и выявить наиболее значимые пробелы в знаниях – недостаточное понимание функций и содержания немедикаментозных способов реабилитации, наиболее выраженное в отношении кинезо-, эрготерапии и логопедической помощи, а также недостаточное знание целей и способов модификации образа жизни.
2. Достаточный кредит доверия к медицинским работникам, положительная (хотя и в разной степени выраженная) динамика информированности больных с инсультами за период пребывания в стационаре (на втором этапе реабилитации) позволяет говорить о перспективности организации информационного сопровождения силами медицинских работников, однако необходимо разработать оптимальные формы и методы информирования с учетом индивидуального уровня пациента.
3. Следует рассматривать недостаточную информированность по отдельным направлениям и формам реабилитации как контекстовый (с позиции роли медицинских работников) и личностный (с позиции роли пациента) факторы ограничений для реабилитационного процесса, что может быть использовано для классификации их в МКФ и использования в системе работы с ней.

**SOCIAL, HYGIENIC, MEDICAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF MEDICAL KNOWLEDGE LEVEL IN PATIENTS WHO UNDERWENT STROKE AT SECOND STAGE OF REHABILITATION**

E. K. Baklushina, D. V. Bursikova, N. N. Panuyeva

**Objective** – to study medical knowledge level and status in patients who underwent stroke, to reveal how they were informed on various aspects of rehabilitation before and after explanatory work performed.

**Materials and methods.** 120 patients who passed the second stage of rehabilitation after stroke were interrogated in the hospital of the Ivanovo State Medical Academy in 2014–2016. Author's own questionnaire was used; the research was carried out on the admission day and on the discharge day; in the period of patient stay in the hospital medical personnel performed elucidative work with them.

**Results.** In admission to the hospital patients evaluated their own level of medical knowledge upon the risk factors in the disease origin, the factors which were conducive to health maintenance to be insufficient; their stay in the hospital improved patient aspiration to gain necessary medical information. Also they knew much more upon the methods of normalization of weight and levels of cholesterol, glucose and lipids. Baseline high knowledge level upon medicamentous therapy and rehabilitation planned results, rehabilitation prognosis, nutrition system changing, harmful habits renouncement increased insufficiently. The positive influence of the performed elucidative work on medical activity of patients regarding their attitude to various positions of the mode of life modification was determined. Baseline unsatisfactory knowledge level upon non-drug methods of rehabilitation improved insufficiently.

**Conclusions.** The most significant gaps in the patient knowledge were as follows: insufficient understanding of functions and content of non-drug rehabilitation methods, especially kinesio-, ergotherapy and logopedia also insufficient information on the goals and methods of their mode of life modification. The positive dynamics in medical knowledge level was revealed and this fact testified to the perspectiveness of medical elucidation management by medical personnel.

**Key words:** sanitary and medical elucidation, knowledge level, questionnaire, stroke, rehabilitation, second stage.