**Понятие о реабилитации. Ее задачи, принципы и средства.**

Толчком для развития реабилитации, как науки послужили войны: Первая Мировая война и Вторая Мировая. В связи с достижениями медицины, санитарии, гигиены значительно снизились заболеваемость и смертность от острых инфекционных заболеваний. В то же время, ускорение научно-технического прогресса, быстрая индустриализация и урбанизация, загрязнения окружающей среды, увеличение стрессовых ситуаций привели к росту тяжелых неинфекционных заболеваний. Растет число пациентов с наследственной и врожденной патологией, с хроническими заболеваниями органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы, аллергическими заболеваниями, с травмами и отравлениями. Но, на ряду с остальными категориями населения, инвалиды должны иметь физические, социальные и экономические возможности, позволяющие им, как минимум, вести полноценную в социально-экономическом и созидательную в умственном плане жизнь.

*Помощь социально не полностью защищенным людям -*

*показатель культуры и цивилизованности общества*

*Реабилитация* \_ это направление современной медицины, которая в своих разнообразных методах опирается, прежде всего, на личность пациента, активно пытаясь восстановить нарушенные болезнью функции человека, а также его социальные связи.

Реабилитация – это восстановление здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами.

Цель реабилитации – эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к бытовым и трудовым процессам, в общество; восстановление личностных свойств человека. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дает очень близкое к этому определение реабилитации: «Реабилитация представляет собой совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушениями функций в результате болезней, травм и врожденных дефектов приспособление к новым условиям жизни в обществе, в котором они живут». Термин реабилитация происходит от латинского слова habilis – «способность», rehabilis – «восстановление способности».

По мнению ВОЗ, реабилитация является процессом, направленным на всестороннюю помощь больным и инвалидам для достижения ими максимально возможной при данном заболевании физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности.

Таким образом, реабилитацию следует рассматривать как сложную, социально – медицинскую проблему, которую можно подразделить на несколько видов, или аспектов : медицинскую, физическую, психологическую, профессиональную (трудовую) и социально – экономическую.

**Направления реабилитации**

Первое и основное направление реабилитации (медицинской и физической) – восстановление здоровья больного посредством комплексного использования различных средств, направленных на максимальное восстановление нарушенных физиологических функций организма, а в случае невозможности достижения этого – развитие компенсаторных и заместительных приспособлений (функций).

Психологический аспект реабилитации направлен на коррекцию психического состояния пациента, а также формирование его отношений к лечению, врачебным рекомендациям, выполнению реабилитационных мероприятий. Необходимо создать условия для психологической адаптации больного к изменившейся вследствие болезни жизненной ситуации.

Профессиональный аспект реабилитации затрагивает вопросы трудоустройства, профессионального обучения и переобучения, определения трудоспособности больных.

Социально – экономическая реабилитация состоит в том, чтобы вернуть пострадавшему экономическую независимость и социальную полноценность. Эти задачи решаются не только медицинскими учреждениями, но и органами соцобеспечения.

Из всего этого ясно, что реабилитация – многогранный процесс восстановления здоровья человека и реинтеграции его в трудовую и социальную жизнь. Естественно, что виды реабилитации следует рассматривать в единстве и взаимосвязи. Три вида реабилитации (медицинская, трудовая и социальная) соответствуют трем классам последствий болезней: 1) медико-биологические последствия болезней, заключающиеся в отклонениях от нормального морфофункционального статуса; 2) снижение трудоспособности или работоспособности в широком смысле слова; 3) социальная дезадаптация, то есть нарушение связей с семьей и обществом. Отсюда следует, что выздоровление больного после перенесенного заболевания и его реабилитация – совсем не одно и то же, так как помимо восстановления здоровья пациента необходимо восстановить еще и его работоспособность (трудоспособность), социальный статус, то есть вернуть человека к полноценной жизни в семье, обществе, коллективе.

**Развитие нарушений, ограничения жизнедеятельности, социальной недостаточности**

Особенностью современной патологии является учащение перехода острых форм заболеваний в рецидивирующие и хронические, а также нарастание первично хронической патологии внутренних органов. Эти заболевания являются причинами снижения (ограничения) жизненных и социальных функций. В связи с этим, организация своевременной диагностики и проведения восстановительных мероприятий становится одной из первоочередных задач медицины.

Проблема реабилитации больных и инвалидов привлекает все большее внимание во всех странах мира. Для лучшей координации работы специалистов, работающих в области реабилитации, ВОЗ предложила « Руководство по классификации последствий болезни и причин инвалидности», где рассматриваются и классифицируются не болезни как нозологические формы, а последствия перенесенных заболеваний и травм.

«Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» (Руководство по классификации болезней и причин инвалидности) предлагает следующую единую концепцию последствий болезни.

**Основными этапами в развитии болезни являются**

1. *Нарушение.*Возникновение изменений в организме является реакцией организма на различные причинные обстоятельства- «этиологию». «Этиология» дает начало изменениям в структуре или функциях организма, то есть «патологии». Проявления патологических изменений определяются как «симптомы и признаки»

**Этиология  патология  проявления**

Человек начинает понимать, что в его организме что-то происходит, другими словами, патологическое состояние проявляется конкретно, материализуется. В большинстве случаев сам человек осознает проявление болезни, которое можно определить как «клиническое состояние».

Таким образом, клиническое состояние включает в себя и патологические изменения, и проявления болезни, и реакцию пациента на свое состояние. Длительно текущая болезнь предвещает развитие нарушений, ненормальной структуры тела, изменения внешнего вида, а также расстройства функционирования органов и систем организма.*Нарушение* представляет собой расстройство на органном уровне.

2. *Ограничение жизнедеятельности.* Деятельность или поведение человека могут измениться в результате возникновения нарушений. Возникает дефицит физических и социальных действий – *ограничение жизнедеятельности*. С точки зрения функциональной деятельности и активности индивида снижение жизненных функций представляет собой расстройство на уровне человека (личности).

3*. Социальная недостаточность*. Само знание о болезни или изменившееся поведение индивида или ограничения его деятельности, вытекающие из этого знания, могут поставить конкретного человека в невыгодное положение по отношению к окружающим. Таким образом, болезнь приобретает социальный характер. Этот уровень развития болезни отражает реакцию общества на состояние индивида, она проявляется во взаимоотношениях индивида с обществом, которые могут включать и такой специфический инструмент как законодательство. Это проявление отражает *социальную недостаточность* (иными словами – социальную дезадаптацию). Явная связь со значением, которое придает деятельности индивида или его состоянию общество, делает социальную недостаточность самым проблематичным уровнем развития болезни среди всех ее последствий.

Эта последовательность в ряде случаев может быть неполной, или возможен ее разрыв на любом этапе.

Для организации помощи пациенту в восстановлении здоровья, необходимы

        четкая диагностика возникающих нарушений, ограничений жизнедеятельности, социальной недостаточности,

        анализ степени выраженности функциональных способностей,

        возможность осуществления вмешательств на различных уровня

**Задачи медицинской реабилитации**

Главной задачей медицинской [реабилитации](http://www.goukkemk.ru/uploads/libray/e-books/koshkalda_osnovi_fizioterapii/reabilitation.htm%22%20%5Cl%20%22%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) является полноценное восстановление функциональных возможностей различных систем организма и опорно-двигательного аппарата (ОДА), а также развитие компенсаторных приспособлений к условиям повседневной жизни и труду.

К частным задачам реабилитации относятся:

        восстановление бытовых возможностей больного, то есть способности к передвижению, самообслуживанию и выполнению несложной домашней работы;

        восстановление трудоспособности, то есть утраченных инвалидом профессиональных навыков путем использования и развития функциональных возможностей двигательного аппарата;

        предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, то есть осуществление мер вторичной профилактики.

Цель [реабилитации](http://www.goukkemk.ru/uploads/libray/e-books/koshkalda_osnovi_fizioterapii/reabilitation.htm#реабилитация) – наиболее полное восстановление утраченных возможностей организма, но если это недостижимо, ставится задача частичного восстановления либо компенсация нарушенной или утраченной функции и в любом случае – замедление прогрессирования заболевания. Для их достижения используетсякомплекс лечебно-восстановительных средств, среди которых наибольшим реабилитирующим эффектом обладают физические упражнения, природные факторы (как естественные, так и преформированные), различные виды массажа, занятия на тренажерах, а также ортопедические приспособления, трудотерапия, психотерапия и аутотренинг. Даже из этого перечня видно, что ведущая роль в реабилитации принадлежит методам физического воздействия и чем дальше от этапа у этапу она продвигается, тем большее значение они имеют, со временем составив ветвь, или вид, под названием «физическая реабилитация».

**Понятие о физической реабилитации**

Физическая [реабилитация](http://www.goukkemk.ru/uploads/libray/e-books/koshkalda_osnovi_fizioterapii/reabilitation.htm#медреаб) – составная часть медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, система мероприятий по восстановлению или компенсации физических возможностей и интеллектуальных способностей, повышению функционального состояния организма, улучшению физических качеств, [психоэмоциональной](http://www.goukkemk.ru/uploads/libray/e-books/koshkalda_osnovi_fizioterapii/reabilitation.htm#психотерапия) устойчивости и адаптационных резервов организма человека средствами и методами физической культуры, элементов спорта и спортивной подготовки, массажа, физиотерапии и природных факторов.

Физическую реабилитацию следует рассматривать как лечебно-педагогический и воспитательный процесс или, правильнее сказать, образовательный процесс. Основным средством физической реабилитации являются физические упражнения и элементы спорта, а применение их – всегда педагогический, образовательный процесс. Качество его зависит от того, насколько методист овладел педагогическим мастерством и знаниями.

**Принципы медицинской и физической реабилитации**

**Программа медицинской реабилитации пациента включает в себя:**

        физические методы реабилитации (электролечение, электростимуляция, лазеротерапия, баротерапия, бальнеотерапия и др.)

        механические методы реабилитации (механотерапия, кинезотерапия.)

        массаж,

        традиционные методы лечения (акупунктура, фитотерапия, мануальная терапия и другие),

        трудотерапия,

        психотерапия,

        логопедическая помощь,

        лечебная физкультура,

        реконструктивная хирургия,

        протезно-ортопедическая помощь (протезирование, ортезирование, сложная ортопедическая обувь),

        санаторно-курортное лечение,

        технические средства медицинской реабилитации (калоприемник, мочеприемник, тренажеры, устройства для введения пищи через стому, парэнтерально, другие технические средства),

        информирование и консультирование по вопросам медицинской реабилитации

        другие мероприятия, услуги, технические средства.

**Психотерапия в работе медицинской сестры**

*Психотерапия*– это лечебный метод воздействия на психику больного для улучшения его самочувствия, соматического состояния и повышения эффективности применения других методов лечения. Основным «инструментом» психотерапии является слово (имеющее смысловое содержание и эмоциональную окраску).

В практике работы медицинской сестры применяется так называемая «малая психотерапия», в которую входят «стерильность слова и поведения», потенцирование и опосредование. С помощью методов психотерапии медсестра может усилить благоприятное влияние физических факторов на пациента. Она должна психологически настроить больного на то или другое средство лечения, выявить, как больной относится к лечебному методу.

*Потенцирование* - это метод усиления специфического лечебного фактора с помощью словесного внушения. Пациенту объясняют положительное действие лечебного средства: чем лучше это объяснение, тем выше эффективность лечения. При этом больной осознает терапевтическую ценность назначенных методов лечения, у него формируется психологическая готовность к восприятию этих методов.

*Опосредование* – это метод косвенного внушения с помощью использования лечебных факторов вне связи с их специфическим действием для получения какого-либо психологического эффекта. Например, пациенту с нарушением сна может внушаться хороший сон после воздействия какой-либо процедуры, хотя в «чистом» виде она этого действия не оказывает.

Психотерапевтическое воздействие медсестры на больного условно можно разделить на 3 этапа:

        предварительную беседу о назначении применяемого лечения,

        воздействие во время прохождения лечения и

        заключительную беседу.

Медсестра обязательно должна знать цель назначения того или иного метода, знать характер и механизм действия назначаемого лекарства и процедуры.

**План анализа возможных проблем пациента в связи с применением фактора.**

1.      Ощущения во время процедуры (ожидаемые, патологические)

*2.*      Эмоциональные реакции пациента на данный фактор (недоверие, ожидание боли, ожога, боязнь облучения).

*3.*      Влияние фактора на жизненные циклы (особенности реакций у детей, пожилых, во время полового созревания, во время менструального цикла, во время беременности , во время климактерического периода).

*4.*      Возможные сестринские вмешательства (*подготовка пациента к процедуре* – уход за кожей, гигиена, информирование, оценка состояния, эмоциональная коррекция, одежда; *оценка ответной реакции пациента на процедуру –*ожидаемая, патологическая; помощь в составлении режима дня – контроль за питанием, диурезом, стулом, временем отдыха)

*5.*      Ожидаемые результаты - положительная физиобальнеореакция, активное отношение пациента к своему здоровью, готовность сотрудничать с медперсоналом.

**Основные принципы реабилитации**

**К основным принципам**[**реабилитации**](http://www.goukkemk.ru/uploads/libray/e-books/koshkalda_osnovi_fizioterapii/reabilitation.htm#медреаб)**относятся:**

        раннее начало проведения реабилитационных мероприятий (РМ),

        комплексность использования всех доступных и необходимых РМ,

        индивидуализация программы реабилитации,

        этапность реабилитации,

        непрерывность и преемственность на протяжении всех этапов реабилитации,

        социальная направленность РМ,

        использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации.

*Раннее начало проведения РМ* важно с точки зрения профилактики возможности дегенеративных изменений в тканях (что особенно важно при неврологических заболеваниях). Раннее включение в лечебный процесс РМ, адекватных состоянию больного, во многом обеспечивает более благоприятное течение и исход заболевания, служит одним из моментов профилактики инвалидности (вторичная профилактика).

РМ нельзя применять при очень тяжелом состоянии больного, высокой температуре, сильной интоксикации, выраженной сердечно-сосудистой и легочной недостаточностью больного, резком угнетении адаптационных и компенсаторных механизмов. Однако и это не является абсолютно верным, так как некоторые РМ, например, надувание шариков, назначаются в острый послеоперационный период при достаточно тяжелом состоянии больного, но это служит для профилактики застойной пневмонии.

*Комплексность применения* *всех доступных и необходимых РМ.* Проблемы медицинской реабилитации весьма сложны и требуют совместной деятельности многих специалистов: терапевтов, хирургов, травматологов, физиотерапевтов, врачей и методистов ЛФК и физической реабилитации, массажистов, психиатров, адекватной физическому и психическому состоянию пациента на отдельных этапах реабилитации. В зависимости от причин, приведших больного к состоянию, требующему применения РМ, состав специалистов и используемых методов и средств будут различны.

*Индивидуализация программ реабилитации*. В зависимости от причин, требующих применения РМ, а также особенностей состояния больного или инвалида, их функциональных возможностей, двигательного опыта, возраста, пола, состав специалистов и используемых методов и средств будут, то есть реабилитация требует индивидуального подхода к пациентам с учетом их реакции на использование РМ.

*Непрерывность и преемственность РМ* на протяжении всех этапов реабилитации важна как в пределах одного этапа, так и при переходе от одного к другому. Улучшается функциональное состояние различных систем организма, повышается тренированность, а всякий боле или менее длительный перерыв в использовании РМ может привести к его ухудшению, когда приходиться начинать все сначала.

Чрезвычайно важным принципом реабилитации является преемственность при переходе с этапа на этап, из одного медицинского учреждения в другое. Для этого важно, чтобы на каждом этапе в реабилитационной карте было задокументировано, какие методы и средства лечения и реабилитации применялись, каково было функциональное состояние реабилитируемого.

*Социальная направленность РМ*. Основная цель реабилитации – эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к бытовым и трудовым процессам, в общество и семью, восстановление личностных свойств человека как полноправного члена общества. Оптимальным конечным результатом медицинской реабилитации может быть полное восстановление здоровья и возвращение к привычному профессиональному труду.

*Использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности* *реабилитации.* Реабилитационный процесс может быть успешным только в случае учета характера и особенностей восстановления, нарушенных при том или ином заболевании функций. Для назначения адекватного комплексного дифференцированного восстановительного лечения необходима правильная оценка состояния больного по ряду параметров, значимых для эффективности реабилитации. В этих целях применяется специальная диагностика и методы контроля за текущим состоянием больного в процессе реабилитации, которые могут подразделяться на следующие виды:

а) медицинская диагностика,

б) функциональная диагностика,

в) мотодиагностика,

г) психодиагностика.

**Средства медицинской и физической реабилитации**

К средствам реабилитации относятся психотерапевтическое воздействие, медикаментозная коррекция, ЛФК (кинезотерапия), [физиотерапия,](http://www.goukkemk.ru/uploads/libray/e-books/koshkalda_osnovi_fizioterapii/reabilitation.htm#физиотерапия) [аэротерапия](http://www.goukkemk.ru/uploads/libray/e-books/koshkalda_osnovi_fizioterapii/reabilitation.htm#аэротерапия), хореотерапия, мануальное воздействие и др.

Средства физической реабилитации можно подразделить на активные, пассивные и психорегулирующие. К активным средствам относятся все формы лечебной физической культуры: произвольная экономизация дыхания, разнообразные физические упражнения, элементы спорта и спортивной подготовки, ходьба, бег и другие циклические упражнения и виды спорта, работа на тренажерах, хореотерапия, трудотерапия и др.; к пассивным – массаж, мануальная терапия, физиотерапия, естественные и преформированные природные факторы; к психорегулирующим – психопотенцирование, аутогенная тренировка, мышечная релаксация и др.

Результатом правильно оказанной сестринской помощи в области реабилитации пациента является

*активная жизненная позиция по отношению*

*к своему здоровью и*

*самореализации в жизни при оптимальном использовании*

*внутренних резервов и условий окружающей среды.*

Осуществляя процесс реабилитации, медицинская сестра выполняет самые разнообразные обязанности, оказываясь в различных ситуациях и часто изменяющихся отношениях с пациентом и его семьей. Весь комплекс подобных взаимоотношений удобно описывать через *теорию ролей*. С этой точки зрения для медсестры оказываются наиболее значимыми такие роли:

*А) Сестра как лицо, предоставляющее уход.*

Сестра предоставляет непосредственный сестринский уход по мере необходимости до тех пор, пока пациент или его семья не приобретут необходимые навыки по уходу. Эта деятельность направлена на

        восстановление функций

        поддержание функций

        профилактику осложнений

Б) Сестра как учитель

Медицинская сестра обеспечивает пациента и его семью информацией и помогает в выработке навыков, необходимых для возвращения к нормальному состоянию здоровья и достижения независимости. Медицинская сестра может предоставлять пациенту обучающую информацию и материалы о его болезни или инвалидности, а также предоставляет информацию о новых методах выполнения задач в повседневной жизни.

В) Сестра как «адвокат»

Медицинская сестра сообщает о потребностях и желаниях пациента другим специалистам, выступая от его имени.

Г) Сестра как «советник»

Сестра действует как постоянный и объективный помощник пациента, вдохновляя его использовать функциональные возможности, помогает пациенту распознать и увидеть сильные стороны личности пациента, организует образ жизни пациента, благоприятный для удовлетворения его потребностей.

**Этапы сестринского процесса**

Программы по профессиональной и социальной реабилитации включают в себя вопросы по информированию пациента о программах, создание условий наиболее благоприятных для достижения поставленных целей, обучение пациента самообслуживанию, использованию специальных реабилитационных приспособлений.

Сестринский процесс – систематическое определение ситуации, в которой находится пациент и медицинская сестра, и возникающих проблем в целях выполнения плана ухода, приемлемого для обеих сторон.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей организма пациента.

Достижение цели сестринского процесса осуществляется путем решения следующих задач:

        Создание базы информационных данных о пациенте;

        Определение потребности пациента в сестринском уходе;

        Обозначение приоритетов сестринского обслуживания;

        Оказание сестринской помощи;

        Оценка эффективности процесса ухода.

*Первый этап сестринского процесса – сестринское обследование.*Он включает оценку состояния пациента, сбор и анализ субъективных и объективных данных о состоянии здоровья перед осуществлением сестринских вмешательств. На этом этапе медицинская сестра должна:

        Получить представление о состоянии пациента до начала выполнения каких – либо вмешательств.

        Определить возможности самоухода пациента.

        Установить эффективное общение с пациента.

        Обсудить с пациентом потребности в уходе и ожидаемые результаты.

        Заполнить сестринскую документацию.

Субъективные данные о здоровье пациента медицинская сестра получает в ходе беседы. Эти данные зависят от состояния пациента и его реакции на окружающую обстановку. Объективные данные не зависят от факторов окружающей среды.

Качество проведенного обследования и получения информации определяет успех последующих этапов сестринского процесса.

*Второй этап сестринского процесса – определение сестринских проблем.*

Сестринский диагноз – это описание состояния пациента, установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны медсестры.

Сестринский диагноз нацелен на выявление реакций организма пациента в связи с болезнью, может часто меняться в зависимости от реакции организма на болезнь, связан с представлениями пациента о состоянии его здоровья.

Основными методами сестринской диагностики являются наблюдение и беседа. Особое внимание в сестринской диагностике уделяется установлению психологического контакта.

После формулирования всех сестринских диагнозов медсестра устанавливает их приоритетность, опираясь на мнение пациента о первоочередности оказания ему помощи.

*Третий этап сестринского процесса – постановка целей, составление плана сестринских вмешательств.*

Пациент активно участвует в процессе планирования, медсестра мотивирует цели, определяет вместе с пациентом пути достижения этих целей. При этом все цели должны быть реальными и достижимыми. Иметь конкретные сроки достижения.

При планировании целей необходимо учитывать приоритетность каждого сестринского диагноза, который может быть первичным, промежуточным или вторичным.

По времени выполнения все цели делятся на :

Краткосрочные (их выполнение осуществляется в течение одной недели, например, снижение температуры тела, нормализация работы кишечника);

Долгосрочные (на достижение этих целей требуется более длительное время, чем неделя). Цели могут соответствовать ожиданию от полученного лечения, например, отсутствие одышки при нагрузке, стабилизация артериального давления.

По объему сестринской помощи, выделяют такие типы сестринских вмешательств, как

Зависимое – действия медсестры, выполняемые по назначению врача (письменное указание или инструкция врача) или под его наблюдением;

Независимое – действия медсестры, которые она может выполнять без назначения врача, в меру своей компетенции, т.е. измерение температуры тела, наблюдение за реакцией на лечение, манипуляции по уходу за пациентом, советы, обучение;

Взаимозависимые – действия медсестры, выполняемые в сотрудничестве с другими работниками здравоохранения, врачом ЛФК, физиотерапевтом. Психологом, родственниками пациента.

*Четвертый этап сестринского процесса – реализация плана сестринского ухода.*

Основными требованиями к этому этапу являются : систематичность , осуществления координации намеченных действий;, вовлечение пациента и его семьи в процесс оказания помощи;, оказание доврачебной помощи по стандартам сестринской практики с учетом индивидуальных особенностей пациента; ведение документации, регистрация оказанного ухода.

*Пятый этап сестринского процесса – оценка эффективности запланированного ухода.*

Медицинская сестра собирает, анализирует информацию, делает выводы о реакции пациента на уход, о возможности осуществления плана ухода, о появлении новых проблем. Если цели достигнуты и проблема решена, медсестра отмечает это в плане о достижении цели по данной проблеме. Если цель сестринского процесса по данной проблеме не достигнута и у пациента сохраняется потребность в уходе, необходимо провести переоценку, выявить причину, помешавшую в достижении цели.