

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ
СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА
В РЕАБИЛИТАЦИИ**

Учебное пособие

Санкт-Петербург
СпецЛит
2016

УДК 615.8
О-64

Авторы:

Петрова Наталия Гурьевна — профессор, доктор медицинских наук;
Калинина Светлана Алексеевна — кандидат медицинских наук;
Миннуллин Тимур Ильдарович — кандидат медицинских наук;
Эпельман Борис Витальевич — доктор медицинских наук

Рецензенты:

Валерий Николаевич Петров — доктор медицинских наук, профессор кафедры сестринского дела и социальной работы ФГБУ «Северо-Западный медицинский университет им. И. И. Мечникова»;
Светлана Анатольевна Балохина — доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета

Организационные основы сестринского дела в реабилитации : учеб. пособие / Н. Г. Петрова [и др.]. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2016. — 119 с.
ISBN 978-5-299-00720-6

Учебное пособие содержит историю становления реабилитации, сущность реабилитационного процесса, его принципы, нормативно-правовую базу оказания реабилитационной помощи и описание современной структуры ее оказания; в нем отражены задачи и основные направления деятельности среднего медицинского персонала в организации и проведении реабилитационных мероприятий.

Издание подготовлено в соответствии с действующим Государственным образовательным стандартом для студентов среднего профессионального образования по специальности «Сестринское дело» и бакалавров сестринского дела и предназначено для студентов, преподавателей системы среднего медицинского профессионального образования, бакалавров сестринского дела, а также может быть интересно студентам медицинских вузов и специалистам, участвующим в оказании реабилитационной помощи (и в системе здравоохранения, и в системе социальной защиты населения).

УДК 615.8

ОГЛАВЛЕНИЕ

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
Глава I. Исторические аспекты реабилитации. Содержание понятия реабилитации, ее виды и основные принципы	8
1.1. История развития реабилитации	8
1.2. Содержание понятия реабилитации	10
1.2.1. Определение реабилитации	10
1.2.2. Цели и задачи реабилитации	12
1.2.3. Понятие о реабилитологии	14
1.2.4. Этапы реабилитации	14
1.2.5. Компоненты реабилитации	18
1.3. Принципы реабилитации	19
<i>Контрольные вопросы</i>	25
Глава II. Организационные основы реабилитации	27
2.1. Современная законодательная база	27
2.2. Структура оказания реабилитационной помощи в Российской Федерации	46
<i>Контрольные вопросы</i>	49
Глава III. Основные направления реабилитации	50
3.1. Медицинская реабилитация	50
3.1.1. Лечебная физическая культура	51
3.1.2. Эрготерапия и физическая терапия	54
3.1.3. Физиотерапевтические методы лечения	58
3.1.4. Массаж и мануальная терапия	79
3.1.5. Другие методы	83
3.2. Социальная реабилитация	85
3.3. Технические средства реабилитации	94
<i>Контрольные вопросы</i>	97
Глава IV. Роль среднего медицинского персонала в проведении реабилитационных мероприятий	99
4.1. Основные направления реабилитационного воздействия медицинской сестры в стационаре	99
4.2. Особенности сестринского процесса при оказании реби- литационной помощи	104
4.3. Роль инструктора лечебной физкультуры в реабилитацион- ном процессе	115
<i>Контрольные вопросы</i>	116
ЛИТЕРАТУРА	117

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АД	– артериальное давление
АДЭТ	– адаптивно-динамическая электротерапия
АКТГ	– адренокортикотропный гормон
БАТ	– биологически активные точки
БОС	– биологическая обратная связь
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ДДТ	– диадинамотерапия
КВЧ	– крайне высокочастотная (терапия)
КУФ	– коротковолновое ультрафиолетовое облучение
ЛФК	– лечебная физкультура
МДБ	– мультидисциплинарная бригада
МКН	– Международная классификация нарушений, ограниченной жизнедеятельности и социальной недостаточности (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH))
МКФ	– Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (International Classification of Functioning, Disability and Health (сокращенно – ICF))
ММВ	– миллиметровая (терапия)
НИЛИ	– низкоинтенсивное лазерное излучение
НИТ	– нейроимпульсная терапия
ОНМК	– острое нарушение мозгового кровообращения
СВЧ	– сверхвысокой частоты (терапия)
СМВ	– сантиметроволновая (терапия)
СМТ	– синусоидально-модулированные токи
УВЧ	– ультравысокой частоты (терапия)
УФ	– ультрафиолетовое
УФО	– ультрафиолетовое облучение
ЦНС	– центральная нервная система
ЧСС	– частота сердечных сокращений
ЭЭГ	– электроэнцефалограмма

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность совершенствования оказания реабилитационной помощи населению Российской Федерации определяется рядом обстоятельств. Во-первых, в России, как и во всем мире, сохраняется тенденция к постарению населения. В развитых странах доля лиц старше 65 лет составляет 10–14 % общей численности населения, а темп прироста доли лиц пожилого возраста существенно выше, чем популяции в целом. По прогнозу экспертов ООН, к 2025 г. в мире будет насчитываться более 800 млн лиц старше 65 лет, что составит около 10 % населения земли, а в Европе к 2030 г. не менее 30 % населения составят лица старше 60 лет. Из общей численности лиц данного возраста особенно быстро увеличивается доля лиц 75 лет и старше, имеющих наибольшее число проблем медико-социального характера. Среди лиц 70–79 лет 83 % являются полностью или частично обездвиженными («узник комнаты»): больные, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения, имеющие патологию опорно-двигательного аппарата, нарушения функций тазовых органов, серьезные нарушения зрения и т. д. Доля лиц старше трудоспособного возраста в городах России превышает 20 %, а в сельской местности – 25 %. При общей тенденции к постарению населения (более выраженной в сельской местности) выделяют «зоны демографического бедствия», где доля пожилых превышает 25 % (Рязанская, Тамбовская, Курская, Псковская, Тверская, Тульская, Смоленская, Воронежская области), а в 36 регионах она выше среднероссийского показателя. Согласно прогнозам, к 2015 г. удельный вес лиц 60 лет и старше достигнет 20 %, а возраст каждого третьего из данной совокупности превысит 75 лет.

Если в первое десятилетие после выхода на пенсию состояние здоровья относительно благополучно и примерно каждый третий пенсионер стремится работать, то далее, с увеличением возраста, нарастают проблемы со здоровьем, а также (в связи с невозможностью работать) – проблемы материального и социально-бытового характера. Уровень заболеваемости пожилых людей в 2 раза, а лиц старческого возраста – в 6 раз выше, чем в период трудоспособности. Более 70 % данной категории лиц имеют 4–5 хронических заболеваний. И сам возраст и накапливающиеся соматические заболевания ведут к тому, что у пожилых людей резко нарушается психический фон: появляются высокий уровень тревожности, нарушения адаптационного характера в виде повышенной зависимости и подчиняемости, умеренно выраженные дезадаптивные типы отношений, ухудшаются интеллектуально-логические функции. В силу указанных обстоятельств у лиц пожилого возраста значительно снижаются возможности само-

обслуживания, в том числе возможность подниматься и спускаться по лестнице, преодолевать определенное расстояние, выполнять гигиенические процедуры, работу на дому, готовить пищу, а также свободно одеваться и раздеваться, самостоятельно ложиться в постель и вставать с постели. Расходы на медицинскую помощь пациенту пенсионного возраста как минимум втрое выше, чем больному трудоспособного возраста. Причем в России этот показатель ниже, чем в других странах. Например, в Великобритании расходы на медицинскую помощь одному пациенту старше 70 лет почти в 6 раз выше, чем при оказании помощи больному 16–64 лет.

Вторым обстоятельством, тесно связанным с первым, но имеющим также дополнительные причины, является ухудшение в целом здоровья популяции, в том числе рост числа хронических заболеваний: системы кровообращения, нервной системы, онкологических заболеваний, болезней органов дыхания и пищеварения, психических расстройств. Увеличение распространенности хронической патологии ведет к увеличению контингента инвалидов. В России проживает более 8 млн инвалидов, и их численность постоянно увеличивается. Кроме того, есть миллионы людей с ограниченными возможностями, которые в силу тех или иных обстоятельств не имеют официального (юридически оформленного) статуса инвалида. При этом потребность данного контингента в различных видах медико-социальной помощи весьма значительна. Среди инвалидов пенсионного возраста 98,5 % нуждаются в различных мероприятиях медицинской реабилитации: практически все — в социальной; 19,3 % — в психологической; 35,2 % — в технической. Нельзя забывать о том, что в силу соматических и психических нарушений, вызывающих ограничения жизнедеятельности, происходит вынужденная социальная изоляция инвалидов, депривация. Если среди инвалидов с детства развивается так называемый социальный инфантилизм (неразвитость представлений о межличностных и общественных отношениях), то при наступлении инвалидности в зрелом возрасте разрушается имевшийся социальный опыт.

Особую категорию составляют дети-инвалиды, число которых в России превышает 500 тыс. человек. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), доля тяжелых детей-инвалидов составляет 2–3 % всей детской популяции. Наиболее «тяжелый» контингент детей находится в специализированных детских учреждениях — домах ребенка, интернатах, а также в приютах. При этом среди детей, находящихся в домах ребенка, каждый второй отстает в физическом развитии, 2/3 — в психическом развитии. Рахит II–III степени среди детей до года встречается в 22,2 % случаев, в 2–3 года — в 9,7 %, в три года и старше — в 3 %.

Третьим обстоятельством, определяющим значимость реабилитации в современном обществе, является то, что в силу сложившейся социально-экономической ситуации в стране увеличивается число социально не защищенных граждан. В первую очередь это дети из семей социального риска (малообеспеченные, неполные, многодетные, социопатические семьи, дети юных матерей). Дети из социально не защищенных семей имеют худшие характеристики здоровья. На 1000 таких детей ежегодно регистрируется более 600 дополнительных случаев заболеваний, связанных с социальной незащищенностью. Распространенность хронических заболеваний среди этих детей в 1,7 раза выше, чем у прочих.

К группе социально незащищенных граждан, особо нуждающихся в различных методах реабилитации, относятся также оказавшиеся на социальном дне (нищие, бездомные, уличные проститутки и др.), составляющие около 10 % городского населения России. Изменения в легких туберкулезной этиологии среди них наблюдаются в 15–18 % случаев (причем преобладают запущенные малокурабельные формы и летальность достигает 30–43 %). Среди них высока распространенность психических отклонений и злоупотребления токсичными веществами, алкоголизм. У 86 % этих лиц имеются признаки алиментарной дистрофии. Кроме того, значительно чаще, чем в целом в популяции, отмечаются гнойно-хирургические процессы, травматические повреждения, трофические язвы нижних конечностей, грибковые поражения. Усугубляет проблему то, что данные лица не имеют реальной возможности систематически пользоваться услугами здравоохранения. Среди данной категории населения особую тревогу и озабоченность вызывают безнадзорные дети, число которых, по официальным данным, превысило 1 млн и здоровье которых вызывает очень серьезные опасения. Эти дети недоедают, живут в антисанитарных условиях, часто мерзнут, занимаются попрошайничеством, воровством, они характеризуются постепенной утратой социальных связей.

Таким образом, старение населения, ухудшение состояния его здоровья, другие последствия социально-экономического кризиса (безработица, рост преступности, девиантное поведение, нестабильность семейных отношений, рост сиротства, в том числе социального, и др.) поставили перед обществом проблемы выживания людей, сохранения социума, укрепления социальной стабильности. Комплексное решение этих проблем возможно в рамках широкого развития реабилитационного направления в здравоохранении.

Глава I

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ. СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ, ЕЕ ВИДЫ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ

1.1. История развития реабилитации

Реабилитация как совокупность методов восстановления нарушенных функций организма известна с давних времен. Древнеегипетские врачи использовали некоторые приемы трудовой терапии для быстрого восстановления пациентов, врачи Древней Греции и Рима наряду с трудовой терапией использовали методы физической активации пациентов. А инвалиды в Древней Греции вместе со своими семьями содержались за счет средств республики, и для их поддержки была создана система социального обеспечения (призрения).

В XV–XVI вв. во Франции, Англии, Германии, Австрии строились так называемые инвалидные дома, во Франции и Германии создавались инвалидные роты. С XVIII столетия медицинская реабилитация в Европе все более сочетается с элементами психологической поддержки пациентов и оказания им социальной помощи. В 1832 г. в Мюнхене И. Э. Курц создал институт воспитания для увечных мальчиков для предоставления им возможности образования, обучения профессиям при наличии медицинского контроля и лечения. К 1900 г. в Германии было создано восемь подобных школ. Тогда же испанские врачи заметили, что больные, которые в процессе своего лечения ухаживали за другими пациентами, выздоравливали быстрее, чем те, кто был пассивен. В 1872 г. Г. Кнудсен создал общество помощи калекам в Дании, ортопедическую клинику, школу для обучения и мастерскую для работающих калек. В последующем такой опыт был распространен и в других Скандинавских странах.

В России первые богадельни и дома призрения были созданы при Иване Грозном. Они предназначались для увечных (калек), которым обеспечивался ночлег и уход. С 1720 г. в соответствии с указом Петра I увечные и больные военнослужащие размещались в монастырях или богадельнях, приютах для «призреваемых», где осуществлялся уход, оказывалась медицинская и социальная помощь (пожизненное содержание). В 1895 г. школа-приют для увечных и приют для взрослых калек были созданы в Санкт-Петербурге Комитетом Красного Креста и Обществом опекунов бедных и больных.

В XIX столетии восстановительная терапия активно развивается в США. С начала XX в. там растет число учреждений, которые используют различные виды физической активизации пациентов. В 1917 г. в США была впервые организована Ассоциация восстановительной терапии.

Особым толчком для развития различных видов реабилитации послужила Первая мировая война. Раненые воины получали восстановительное лечение и реконструктивную помощь. Это, в свою очередь, способствовало росту числа специалистов-реабилитологов, расширению сети их подготовки в области физической и психологической реабилитации. Вторая мировая война также значительно повлияла на развитие медицинской, психологической, социальной, профессиональной реабилитации. В 1944 г. был создан Британский совет реабилитации инвалидов, а в 1946 г. организована служба реабилитации раненых и больных в Нью-Йоркском медицинском центре. В 1950 г. социально-экономический совет ООН принял резолюцию «Социальная реабилитация инвалидов», которая признавала необходимость международного планирования программ в области реабилитации.

Роль реабилитации в современной системе здравоохранения трудно переоценить. Решение задач, определенных Государственной программой развития здравоохранения Российской Федерации и Указом Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» по снижению общей смертности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, травм, другой патологии, невозможно без широкого развития реабилитационного направления в медицине. Этими же программными документами определено, что развитие медицинской реабилитации является важнейшей составляющей решения задачи повышения качества и доступности медицинской помощи, и указано, что для этого необходимо улучшать материально-техническую оснащенность службы, внедрять комплексные современные технологии, увеличивать численность профессионально подготовленных медицинских кадров.

Актуальность задачи развития реабилитационного направления в медицине неоднократно подчеркивалась многими программными документами ВОЗ. По данным «Всемирного доклада об инвалидности» (9 июня 2011 г.), если в 1970-х гг. около 10 % населения мира являлись инвалидами, то в настоящее время эта цифра возросла до 15 %, а число инвалидов составляет около 1 млрд человек; причем примерно 110 млн (2,2 % населения) имеют значительные трудности функционирования. При этом эксперты ВОЗ отмечают, что вероятность невнимательного отношения к инвалидам со стороны медико-

социальных служб в 4 раза выше, а отказа в предоставлении медико-социальной помощи в 3 раза выше, чем для других групп пациентов. Только реабилитация, как самое раннее вмешательство в процесс восстановления утраченных функций, будет способствовать повышению доступности и эффективности всех видов медицинской и социальной помощи. 67-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения (WHA — World Health Assembly) утвердила резолюцию в поддержку «Глобального плана ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг.: лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью».

1.2. Содержание понятия реабилитации

1.2.1. Определение реабилитации

Термин «реабилитация» происходит от приставки *re* (восстановление, повтор) и корня *habilis* (способность, удобство, приспособленный). Первоначально он использовался в юриспруденции и означал «восстановление в правах». В последующем он стал использоваться и в современном (медицинском) значении. В официальных документах Министерства здравоохранения СССР он появился в 1976 г., когда был создан первый в мире наркологический специализированный реабилитационный центр (в более ранних документах использовался термин «восстановительное лечение»). В настоящее время существуют десятки определений медицинской реабилитации. В статье 40 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — 323-ФЗ) дано следующее определение медицинской реабилитации.

Медицинская реабилитация — это комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося заболевания, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

Медицинская реабилитация — это комплекс мероприятий, направленных на устранение изменений в организме, приводящих к заболеванию или способствующих его развитию.

Согласно определению ВОЗ, реабилитация представляет собой совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с наруше-

ниями функций в результате болезней, травм и врожденных дефектов приспособление к новым условиям жизни.

На 9-м совещании министров здравоохранения и социального обеспечения восточноевропейских стран было определено, что реабилитация является системой государственных, социально-медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно полезному труду.

Реабилитацию следует рассматривать как сложную социально-медицинскую задачу, включающую в себя несколько аспектов: медицинский, физический, психологический, профессиональный, социально-экономический. Она является своеобразным инструментом, позволяющим людям с ограниченными возможностями вернуться в семью, общество, получить независимость, участвовать в образовательном процессе, трудовой деятельности. Если до 1950-х гг. реабилитация в большей степени рассматривалась как защита, уход, медицинская помощь, то в последующем — как процесс интеграции в общество, а с 1980-х гг. — и как процесс адаптации окружающей среды к нуждам человека.

Выделяют следующие этапы реабилитации: превентивный (доклинический или латентный); клинический — стационарный, поликлинический и санаторно-курортный; послеклинический период или период полной клинической ремиссии.

На превентивном этапе основной целью является предупреждение развития клинических проявлений болезни путем коррекции метаболических нарушений. Мероприятия этого этапа имеют два основных направления:

- устранение выявленных метаболических и иммунных нарушений;
- борьба с факторами риска, которые в значительной степени могут провоцировать прогрессирование метаболических нарушений и развитие клинических проявлений болезни.

Стационарный этап реабилитации предусматривает мероприятия по обеспечению минимальной по объему гибели тканей в результате воздействия патогенного агента, предупреждению осложнений болезни, обеспечению оптимального течения репаративных процессов. На поликлиническом этапе необходимо продолжить терапию по обеспечению оптимального течения процесса реституции. Медицинская реабилитация на санаторно-курортном этапе направлена на профилактику рецидивов болезни.

Не следует смешивать понятия «лечение» и «реабилитация». Реабилитация является составной частью лечебного процесса и отличается ранней и особой направленностью лечебных мероприятий, обеспечивающих улучшение функций системы организма и наиболее полное восстановление трудоспособности пациента. Неправомерна также замена термина «реабилитация» более узким понятием «восстановительное лечение», что возможно лишь при некоторых видах патологии, не связанных с медико-социальными последствиями. Если задачи лечения направлены преимущественно на восстановление нарушенных анатомических структур, то медицинская реабилитация имеет целью восстановление функций, что достигается преимущественно с помощью нехирургических и немедикаментозных методов. В отличие от термина «восстановительное лечение», подразумевающего только медицинский компонент, реабилитация включает также меры законодательного, социального, психологического характера. Лечение нацелено на устранение причины заболевания и купирование его острых проявлений, а реабилитация — на устранение и предупреждение последствий заболевания и связанных с ними ограничений.

Реабилитация всегда носит комплексный характер, опирается на холистический (целостный) подход к ведению пациента, включающий не только распознавание и лечение определенной нозологической единицы, но и восстановление нарушенных навыков и функций, профилактику ограничения участия человека в бытовой, профессиональной и общественной жизни. Реабилитация предусматривает биопсихосоциальную модель последствий болезни, которая определяет здоровье и болезнь как результат взаимодействия физиологических, психологических и социальных процессов.

Сущность реабилитации — не только (или не столько) восстановление здоровья, сколько восстановление (или создание) возможностей для социального функционирования. В процессе реабилитации необходимо сформировать у пациента активное отношение к нарушению здоровья, положительное восприятие жизни, семьи и общества. Реабилитация позволяет активизировать приспособительные и компенсаторные механизмы, которые обеспечивают саморазвивающийся, динамический процесс, ведущий к возврату организма к прежнему состоянию в клиническом, социальном, психологическом плане.

1.2.2. Цели и задачи реабилитации

Общая реабилитационная цель — это восстановление стабильного состояния здоровья, трудоспособности и активности пациента в обыденной жизни в том виде, который был типичен до нарушения функции в связи с настоящим заболеванием. Эта цель достигается

посредством восстановления первоначальных структур и функций, навыков и социальных ролей с применением «запасных стратегий», использованием остаточных функций и навыков (компенсация), приспособлением окружающей среды к изменившимся возможностям (адаптация) на основе реабилитационной необходимости (показаний к реабилитации), реабилитационной способности (соматического и психологического состояния и мотивации к реабилитационному вмешательству) и реабилитационного прогноза (медицински обоснованной вероятности достижения намеченных целей реабилитации в заданный отрезок времени с учетом характера заболевания и его течения, индивидуальных ресурсов и компенсаторных возможностей пациента, то есть наличия достаточного реабилитационного потенциала).

Реабилитация преследует цель не только сохранения жизни, а оптимизации и даже максимализации ее качества в границах уровня здоровья, сохранности функций и способности к выполнению тех или иных социальных ролей. То есть реабилитация претендует не просто на прибавление лет жизни, а на прибавление жизни к этим годам.

Целями реабилитации также являются: устранение или предотвращение угрозы инвалидности; предотвращение ухудшения и улучшение функционального состояния организма; предотвращение или преодоление последствий заболевания, влияющих на бытовую активность и трудоспособность, угрозы преждевременного прекращения трудовой деятельности и активной социальной жизни; эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к бытовым и трудовым процессам, в общество; восстановление личностных свойств человека. При комплексной реабилитации ее эффективность ставится в зависимость от самого больного, который становится не только потребителем, но и активным участником реабилитационного процесса.

Кроме общих реабилитационных целей, для каждого пациента ставятся индивидуальные реабилитационные цели, которые определяются совместно с пациентом и его близкими, занятыми уходом за больным.

Задачи медицинской реабилитации:

1. Восстановление утраченных или нарушенных функций организма.
2. Повышение уровня независимости и способности к самоуходу, восстановление утраченных навыков и способностей.
3. Активизация компенсаторных механизмов и механизмов саморегуляции.
4. Поддержание оптимального функционирования всех органов и систем организма.

5. Ускорение процесса восстановления.
6. Профилактика осложнений и инвалидизации пациента (сохранения стойкого дефекта).
7. Управление процессами адаптации и повышение качества жизни пациента.

Решение этих задач находится на стыке многих специальностей и невозможно без соответствующего научного обоснования, подготовки высококвалифицированных кадров как в области частных направлений реабилитации, так и в области организации данного процесса с учетом современных медицинских и организационных технологий. Интегрирующей наукой при этом является реабилитология.

1.2.3. Понятие о реабилитологии

Реабилитология — это наука о сохранении и восстановлении здоровья конкретного человека, общества и среды его жизнеобеспечения. Единицей наблюдения в реабилитологии является человек в среде обитания. При этом население рассматривается как биосоциоэкологоэкономическая система, функционирующая путем саморегуляции. Проявлениями жизнедеятельности этой системы служат ее потребности: социальные, культурные, экономические, биологические. Если потребности постоянно удовлетворяются, система самообновляется и существует; при частичном удовлетворении — система может изменять свое состояние; при длительном полном неудовлетворении потребностей система погибает.

Как наука реабилитология имеет ряд составляющих:

- 1) методологическую — диалектико-материалистическое представление о биологической природе и социальной сущности человека, о реабилитации как о системе;
- 2) биологическую — учение о функциональных системах и фенотипической адаптации;
- 3) психологическую — учение о личности и ее компенсаторных механизмах;
- 4) социально-экономическую — потребность общества в участии его членов в общественно полезной деятельности;
- 5) организационную — специализированные центры, отделения, поликлиники, учреждения профессионального переобучения, перекалфикации, лечебно-трудовые мастерские;
- 6) материально-техническую — специальное оснащение.

1.2.4. Этапы реабилитации

В реабилитационном процессе целесообразно выделять следующие периоды: 1) реконвалесценция — процесс выздоровления с восстановлением нарушенных биологических и психических фун-

кций (в этом периоде используется только медицинская реабилитация); 2) реадaptация — процесс приспособления к быту, труду (учебе), окружающей среде (в этом периоде наряду с медицинской применяется социальная и профессиональная реабилитация); 3) ресoциализация — процесс восстановления социальных функций, статуса человека в окружающей макро- и микросреде (на первый план здесь выходит социальная реабилитация, но сохраняет актуальность также профессиональная и медицинская).

Ранний реабилитационный этап может частично проходить на фоне угнетенного сознания. Начало реабилитационных мероприятий совпадает со стабилизацией витальных функций. Иными словами, как только пациент перестает умирать, начинается процесс его реабилитации. Особое значение приобретает качество сестринского ухода и комплекс растормаживающих воздействий, интенсифицирующий процесс самовосстановления. Растормаживание обращено к подсознательным реакциям и базовым потребностям человека и ориентируется на первую ступень пирамиды потребностей А. Маслоу. Человек восстанавливается только тогда, когда у него есть какие-либо желания, даже если в настоящий момент он не в состоянии их осознать. Например, для пациента в коме — это простые потребности (в движении, поддержании температуры, воде и пище, отсутствии боли и ограничений, тактильных контактах), а также стойкие отложенные потребности, длительное время актуальные для него в период, предшествующий изменению сознания. Существует теория, согласно которой фазы постепенного выведения пациента из комы повторяют последовательность онтогенеза сознания и потребностей ребенка. Таким образом, пациент в коме подобен новорожденному ребенку, поэтому контакты с ним основаны на обеспечении физического комфорта, безопасности, тактильных ощущениях, в том числе ощущения от колебаний воздуха при обращенной речи определенного тембра и темпа. Однако, в отличие от новорожденного, пациент в коме имеет некий жизненный опыт, сохраняя в долгосрочной памяти эмоционально значимые образы и неудовлетворенные потребности более высокого порядка. К ним также обращаются при растормаживании, используя методику «эмоционального якоря». Задачи медицинской реабилитации: нормализация гемодинамики и газообмена, профилактика застойных явлений (в том числе застойной пневмонии, образования пролежней и гипокинезии), перерастяжения капсул суставов, мышечной гипотрофии, стимуляция обратного ответа центральной нервной системы (ЦНС), адекватной нервной передачи и прочее. Для решения этих задач используются разные приемы массажа, пассивные упражнения лечебной физкультуры (ЛФК), выполняемые вручную или с помощью средств технической реабилитации, лечение

Учебное издание

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА
В РЕАБИЛИТАЦИИ**

Редактор *Е. И. Дудина*
Корректор *Т. А. Диг*
Компьютерная верстка *Е. С. Габерган*

Подписано в печать 22.02.2016. Формат 60 × 88 ¹/₁₆.
Печ. л. 7,5. Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15
Тел.: (812) 495-36-09, 495-36-12

<http://www.speclit.spb.ru>.

Отпечатано в типографии «L-PRINT»,
192007, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 201, лит. А, пом. 3Н