

СОЦИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ
XXI ВЕКА
учебник

С.В. Шмелёва

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ



Социальное образование XXI века

Светлана Шмелева

Медико-социальная реабилитация

"Квант Медиа"

2013

УДК 364.4-786:61(07)
ББК 51.1

Шмелева С. В.

Медико-социальная реабилитация / С. В. Шмелева — "Квант Медиа", 2013 — (Социальное образование XXI века)

ISBN 978-5-7139-1091-4

В учебнике доктора медицинских наук, профессора С.В. Шмелёвой освещаются вопросы медицинской, трудовой и социальной реабилитации, соответствующей трем классам болезней. Подробно раскрыты принципы и этапы реабилитационного процесса. Для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 040400.62 «Социальная работа» (бакалавр), для социальных и медицинских работников, реабилитологов, а также для смежных специалистов.

УДК 364.4-786:61(07)

ББК 51.1

ISBN 978-5-7139-1091-4

© Шмелева С. В., 2013

© "Квант Медиа", 2013

Содержание

Сокращения	6
Предисловие	7
Глава 1	8
1.1. Индивидуальная, общественная, первичная, вторичная профилактика. Концепция лечения и реабилитации	9
1.2. Медицинская модель инвалидности	13
Конец ознакомительного фрагмента.	19

Светлана Васильевна Шмелёва

Медико-социальная реабилитация

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СОЦИАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Рекомендовано

УМО вузов России по образованию в области социальной работы в качестве учебника для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению подготовки 040400.62 «Социальная работа» (бакалавр)

Учебник «Медико-социальная реабилитация» подготовлен и издан в рамках научной школы академика Российской академии наук, Почетного Президента, ректора-основателя Российского государственного социального университета **В.И. Жукова**

**«РОССИЯ В ГЛОБАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНЫХ КООРДИНАТ:
ИСТОРИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАРАТИВИСТИКА»**

Рекомендовано к изданию Редакционно-издательским советом Российского государственного социального университета

Рецензенты:

Е.А. Петрова – доктор психологических наук, профессор

В.В. Полунина – доктор медицинских наук, профессор

В подготовке учебника принимали участие:

Е.В. Морозова – канд. психол. наук (гл. 3);

Е.Л. Николаев – д-р мед. наук, проф. (гл. 6);

А.В. Голенков – д-р мед. наук, проф. (гл. 6)

Сокращения

АД – артериальное давление
АЭС – атомная электростанция
ВКБ – внутренняя картина болезни
ВКИ – внутренняя картина инвалидности
ЛПА – ликвидаторы последствий аварии на Чернобыльской АЭС
ЛФК – лечебная физическая культура
МНН – Международная номенклатура нарушений
МСЭ – медико-социальная экспертиза
СМИ – средства массовой информации
ОЖД – ограничение жизнедеятельности
РЛП – расстройства личности и поведения
PS – пульсовое давление
СПР – смешанные психические расстройства
ФР – физическая реабилитация
ЧСС – частота сердечных сокращений

Предисловие

Актуальность развития медико-социальной реабилитации обусловлена ростом числа лиц с проблемами здоровья и инвалидности и социальными проблемами, связанными с этим обстоятельством. Большая роль в этой деятельности отводится специалистам по медицинской, социальной и психологической реабилитации, социальным работникам. Цель – обучение будущего специалиста знаниям и умениям, дающим ему целостное представление об организации и методах комплексной реабилитации больных и инвалидов, имеющих ограниченные функциональные возможности и социальные проблемы.

Подготовка бакалавров по социальной работе определена рамками Федерального государственного стандарта высшего профессионального образования третьего поколения по направлению подготовки 040400.62 «Социальная работа» по дисциплине «Медико-социальная реабилитация». Они должны не только представлять и организовывать программу реабилитации, но и освоить навыки работы с различными группами больных, а также принципы реабилитационного процесса и медико-социального сопровождения.

Содержание и методика курса «Медико-социальная реабилитация» общеузовского компонента цикла общепрофессиональных дисциплин составлена в соответствии с рядом важнейших профессиональных компетенций, таких как: готовность к социально-профилактической, консультационной и социально-психологической деятельности по проблемам социализации, абилитации и реабилитации (ПК-3); к созданию благоприятной среды в социальных организациях и службах (ПК-5); умению решать проблемы клиента путем привлечения соответствующих специалистов, мобилизации собственных сил, физических, психических и социальных ресурсов клиента (ПК-7); способность целенаправленно и эффективно реализовывать современные технологии психосоциальной, структурной и комплексно ориентированной социальной работы, медико-социальной помощи населению (ПК-9); выявлять, формулировать и разрешать проблемы в сфере психосоциальной, структурной и комплексно ориентированной социальной работы, медико-социальной помощи (ПК-15); готовность к систематическому использованию результатов научных исследований для обеспечения эффективности деятельности социальных работников, профессиональной поддержки благополучия различных слоев населения, обеспечения их физического, психического и социального здоровья (ПК-17).

Большое внимание отводится вопросам реабилитации, организационным аспектам индивидуальной и общественной профилактики, первичной, вторичной и третичной, медицинской и социальной моделям реабилитации.

Глава 1

Виды профилактики и реабилитации, задачи, принципы

После изучения главы 1 бакалавр должен

- **знать:**

- виды профилактики заболеваний;
- содержание этапов процесса реабилитации;
- принципы медицинской и физической реабилитации;

- **уметь:**

- выявлять лиц с нарушением физического и психического здоровья;
- отличать реабилитацию от лечения;
- правильно организовать реабилитационные мероприятия;

- **владеть:**

- технологиями социально-медицинской реабилитации;
- необходимыми знаниями о социальных условиях жизнедеятельности инвалида.

1.1. Индивидуальная, общественная, первичная, вторичная профилактика. Концепция лечения и реабилитации

Инвалидность представляет собой социальный феномен, избежать которого не может ни одно общество, и каждое государство сообразно уровню своего развития, приоритетам и возможностям формирует социальную и экономическую политику в отношении людей с особыми нуждами. Однако возможности общества в борьбе с инвалидностью определяются не только степенью понимания самой проблемы, но и существующими экономическими ресурсами. Конечно, масштаб инвалидности зависит от множества факторов: развитие системы здравоохранения, социально-экономического развития, состояния экологической среды, от исторических и политических обстоятельств, в частности участие в войнах и военных конфликтах, и пр. В России все из перечисленных факторов имеют ярко выраженную негативную направленность, которая предопределяет распространение инвалидности в обществе. В настоящее время численность инвалидов продолжает расти. Особенно их рост значителен за последние годы, и не будет, пожалуй, преувеличением утверждать, что в не столь отдаленной перспективе России грозит «инвалидизация всей страны», прежде всего пенсионеров, которые уже сейчас составляют почти треть населения. Инвалиды по-прежнему остаются одной из наиболее социально уязвимых групп в нашей стране. Их общее количество в Российской Федерации на конец 2010 года превышает 13,5 млн человек, т. е. 10 % населения. Кроме того, согласно европейским социальным нормам, почти все пенсионеры России имеют право на инвалидность. Уже получается 39,7 млн человек (28 % населения). Заметим: численность инвалидов в России постоянно увеличивается ежегодно на один миллион человек. А в глобальном масштабе в настоящее время отмечается ежегодный прирост числа инвалидов в мире, более 8 млн, каждый день до 23 тыс. человек с ограничением жизнедеятельности.



Взаимоотношения инвалидов друг с другом повышает их социальную адаптацию и качество жизни

Увеличение частоты заболеваний, роста инвалидности, ухудшение демографической ситуации, снижение продолжительности жизни вызывают необходимость формирования здорового образа жизни у населения, поиска эффективных мер профилактики и реабилитации. **Главная цель реабилитации** – *достижение максимально независимого образа жизни и повышение качества жизни*. Потребность в реабилитации с целью предупреждения инвалидности в 8-10 раз больше, чем у инвалидов с целью преодоления последствий инвалидности.

Индивидуальная профилактика – это проведение профилактических мероприятий с отдельными лицами. Включает меры по предупреждению болезней, сохранению и укреплению

нию здоровья самим человеком, соблюдение норм здорового образа жизни, личной гигиены, гигиены брачных и семейных отношений, рациональному питанию и питьевому режиму, оптимальной двигательной активности, рациональный режим труда и отдыха.

Общественная профилактика – система социальных, законодательных, воспитательных, санитарно-технических, гигиенических, противоэпидемических и медицинских мероприятий. Она планомерно проводится государственными институтами и общественными организациями с целью обеспечения всестороннего развития физических и духовных сил, устранения факторов, вредно действующих на здоровье населения.

Первичная профилактика – комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболевания посредством устранения причин и коррекции факторов риска (в нее входит социальная, факторная профилактика, направленная на сохранение или улучшение среды обитания). Первичная профилактика включает: формирование здорового образа жизни; меры по предупреждению развития соматических и психических заболеваний, несчастных случаев, дорожно-транспортного травматизма, инвалидизации, смертности; проведение иммунопрофилактики; оздоровление лиц, находящихся под воздействием неблагоприятных для здоровья факторов; проведение экологического и санитарно-гигиенического скрининга и ежегодных медицинских осмотров.

Вторичная профилактика – комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных и снижение трудоспособности, в том числе инвалидизацию и преждевременную смертность. Включает в себя: проведение диспансерных медицинских осмотров с целью оценки динамики состояния здоровья, развития заболеваний; проведение курсов медико-психологической адаптации к изменившейся ситуации в состоянии здоровья, формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма; санитарно-гигиеническое воспитание, в том числе индивидуальное и групповое консультирование; проведение мероприятий государственного, экономического, медико-социального характера, направленных на снижение уровня влияния модифицируемых факторов риска, сохранение остаточной трудоспособности и возможности к адаптации в социальной среде, создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов.



Здоровье – образ жизни, здравоохранение, генетика человека, внешняя среда (%)
Факторы риска здоровья

Понимание *различий концепций лечения и реабилитации* конкретизирует цели, задачи, методы каждого из них, что в итоге повышает эффективность реальной конкретной помощи больному человеку, нуждающемуся в реабилитации и лечении. Однако отождествление этих концепций является пагубным как для лечения, так и для реабилитации, мешая определению этих целей, задач, методов. Их смазывание, смешение и размывание приводит к дезориентации в действиях по отношению к больному человеку, к утрате необходимости целого ряда вмешательств, обязательных для него как личности, а в конечном итоге – к снижению объема помощи больному человеку. Так, игнорирование развившейся у больного после лечения депрессии вследствие неуверенности в том, что он сможет вернуться к труду и тем самым по-прежнему обеспечивать экономически семью, может привести к отказу больного от лечения, активизации тренировок, а в итоге замедляет возврат к труду или даже приводит его к инвалидности. В то же время *интеграция таких двух близких, но самостоятельных направлений, как реабилитация и лечение*, - путь к достижению максимальной помощи больному человеку.

Концепция лечения включает в себя попытку ликвидации этиологического фактора, раскрытие патогенетических механизмов и построение патогенетического лечения, стремление к ликвидации заболевания и его клинических проявлений либо препятствию развития осложнений, прогрессирования заболевания и летального исхода. Учет противопоказаний к тому или иному виду лечения, выявление и ликвидация побочных эффектов, поддержание, сохранение достигнутого позитивного результата – неотъемлемая часть лечения. **Конечная цель лечения** – достигнуть улучшения состояния, уменьшения проявлений заболевания, его симптомов до той степени, при которой больной человек либо чувствует себя полностью здоровым, либо способным вести образ жизни, не испытывая серьезных болезненных и других непривычных для себя симптомов заболевания. Лечение, следовательно, нацелено на *ликвидацию или уменьшение проявлений заболевания*.

Концепция реабилитации больных и инвалидов состоит в том, что с помощью системы координирования проводимых мероприятий максимальное количество людей смогло восстановить свой физический, психологический, социальный статус настолько, чтобы, по возможности, избежать инвалидности или иметь наименьшую степень снижения трудоспособности, быть интегрированным в общество с достижением экономической независимости.

Основное, что является общим в реабилитации и лечении, что их объединяет, – это личность больного, учет его личностных особенностей, а различием – «конечная точка». Для лечения – это ликвидация заболевания или уменьшение его проявлений; для реабилитации – восстановление человека как личности, возобновление трудовой деятельности в том или ином объеме, достижение социальной и экономической независимости, интеграция в общество.

Третичная профилактика (реабилитация) – *восстановление здоровья*. По данным ВОЗ, 20–25 % больных после стационарного лечения и 40–45 % после оказания амбулаторной помощи нуждаются в медицинской реабилитации – *комбинированном и координированном применении социальных, медицинских, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки индивидуума для достижения оптимальной его трудоспособности*. Под реабилитацией понимают восстановление здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенного 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. Согласно 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.

Процесс реабилитации подразумевает включение трех этапов – реконвалесценции, адаптации (реадаптации), ресоциализации.

Реконвалесценция – этап выздоровления с восстановлением нарушенных биологических и психологических функций организма. Лечение направлено на устранение болезненных биологических (физиологических) патологических проявлений. При наличии хронического заболевания патология полностью не устраняется, что влечет за собой дезадаптацию (парциальную или тотальную). При парциальной дезадаптации отмечается частичное нарушение функций, которое распространяется на какую-либо определенную область жизнедеятельности. При тотальной дезадаптации нарушение функций охватывает все сферы жизни и деятельности – работу, образование, отношения в семье и обществе. Поэтому целью реабилитации выступает устранение или уменьшение явлений физической и социальной дезадаптации посредством воздействия на остаточные, способные к восстановлению функции. Реабилитация имеет тесную взаимосвязь с восстановительным лечением с адаптацией и реадаптацией.

Реадаптация – приспособление к условиям жизни на новом функциональном уровне с использованием резервных, компенсаторных способностей. Человек, имеющий ограничение жизнедеятельности, сталкивается с различными проблемами. Преодоление этих проблем и содействие в их решении – одна из задач реабилитации.

Ресоциализация – этап восстановления разрушенных взаимоотношений индивида с макро- и микросредой.

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 такого результата – развитие компенсаторных и заместительных приспособлений (функций). *Психологический аспект реабилитации* направлен на коррекцию психического состояния пациента, формирование его отношения к лечению, врачебным рекомендациям, выполнению реабилитационных мероприятий. Необходимо создать условия для психологической адаптации больного к изменившейся вследствие болезни жизненной ситуации. *Социально-экономическая реабилитация* направлена на возможность вернуть пострадавшему экономическую независимость и социальную полноценность.

Три вида реабилитации (медицинская, трудовая, социальная) соответствуют трем классам последствий болезней:

- а) *медико-биологические последствия болезней;*
- б) *снижение трудоспособности или работоспособности;*
- в) *социальная дезадаптация, т. е. нарушение связей с семьей и обществом (схема 1).*

Схема 1



Согласно современным представлениям, медицинская реабилитация относится к *восстановительной медицине*, для которой характерно восстановительное лечение и вторичная профилактика заболеваний, что приводит к увеличению функциональных резервов, компенсации нарушенных функций, а в некоторых случаях и возвращению дееспособности. Интегрированное в восстановительную медицину, данное профилактическое направление – медицинская реабилитация – дополняется эффективной коррекцией адаптивных возможностей, составляющей суть вторичной профилактики болезней.

1.2. Медицинская модель инвалидности

Медицинская модель инвалидности определяет инвалидность как медицинский феномен («больной человек», «человек с тяжелыми физическими увечьями», «человек с недостаточным интеллектуальным развитием» и т. д.). Исходя из этой модели, инвалидность рассматривается как недуг, заболевание, патология. Медицинская модель определяет методику работы с инвалидами, которая имеет *патерналистский характер* (т. е. ограничительно-покровительственная позиция общества) и предполагает лечение, трудотерапию, создание специальных служб, помогающих человеку выживать (например, в случае получения ребенком образования в учреждениях интернатного типа или вынужденного длительного пребывания инвалида в медицинском учреждении).

Из медицинской модели инвалидности выводится и дефиниция **функциональной ограниченности** – *неполноценность как неспособность лица выполнять те или иные функции наряду со здоровыми людьми*. Современное функциональное определение неполноценного развития затрагивает большинство людей, страдающих серьезными недостатками здоровья, и, как следствие, не учитывает огромное число людей, страдающих более легкими формами недугов. Из модели функциональной ограниченности вытекает и реабилитационная модель – наличие больного, «ненормального», тела или психики, нуждающихся в медицинском лечении и реабилитации, т. е. в устранении или компенсации возникших функциональных расстройств.

Итак, цель медицинской реабилитации заключается в *восстановлении функций пораженного органа или системы, физического статуса в целом, психологического состояния настолько, чтобы пациент был в состоянии решать свои социальные проблемы, включая восстановление трудоспособности*, а главная задача – в полноценном восстановлении функциональных возможностей различных систем организма и опорно-двигательного аппарата, а также развитие компенсаторных приспособлений к условиям повседневной жизни и труду. К медицинской реабилитации относятся все виды вмешательств, направленные на:

- восстановление функций органов, систем и организма в целом;
- профилактику и ликвидацию осложнений и рецидивов заболеваний;
- улучшение общего физического состояния;
- функционирование нервной системы, сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы;
- функционирование опорно-двигательного аппарата;
- развитие моторных, сенсорных и интеллектуальных навыков.

В рамках медицинской реабилитации проводится восстановительное лечение и оказывается психотерапевтическая помощь, направленная на адекватное восприятие нарушения здоровья и на адаптацию к социальной ситуации. Восстановительная терапия служит для компенсации нарушенных функций, сниженных в результате болезни или травмы. Она состоит из лекарственной терапии, диетического питания, лечебной физической культуры, методов физического воздействия, санаторно-курортного лечения. Основной ценностью медицинской реабилитации считается профилактическая направленность, т. е. проведение ее не только при наличии устойчивых и выраженных изменений в организме, но и при реальной угрозе их возникновения с целью предотвращения инвалидности.

К **задачам медицинской реабилитации** относятся:

- *приведение в прежнее состояние бытовых возможностей больного, т. е. способности к передвижению, самообслуживанию и выполнению несложной домашней работы;*

– восстановление трудоспособности, т. е. утраченных инвалидом профессиональных навыков путем использования и развития функциональных возможностей двигательного аппарата;

– предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, осуществлению мер вторичной профилактики. При этом используют комплекс лечебно-восстановительных средств, среди которых наибольшим 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.

Физическая реабилитация – 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 устойчивости и адаптационных резервов организма человека методами физической культуры, спортивной подготовки, массажа, физиотерапии и природных факторов. Физическая реабилитация – составная часть медицинской и социально-трудовой реабилитации. Ее следует рассматривать как лечебно-педагогический и воспитательный процесс. Физические упражнения дают положительный эффект, если они адекватны возможностям больного или инвалида, оказывая тренирующее действие и повышая адаптационные возможности.

В процессе лечебно-восстановительной тренировки важно соблюдать следующие физиологически обоснованные **педагогические принципы**:

1. **Индивидуальный подход к больному.** При разработке реабилитационной программы необходимо учитывать возраст, пол и профессию, характер и степень патологического процесса и функциональные возможности больного.

2. **Сознательность.** Активное участие самого больного в процессе реабилитации создает необходимый психоэмоциональный фон и психологический настрой реабилитируемого, что повышает эффективность применяемых мероприятий.

3. **Принцип постепенности** особенно важен при повышении физической нагрузки по всем ее показателям: объему, интенсивности, количеству упражнений, числу их повторений, сложности упражнений как внутри одного занятия, так и на протяжении всего процесса реабилитации.

4. **Системность** – основа лечебно-восстановительной тренировки на протяжении процесса реабилитации, протекающей от нескольких месяцев до нескольких лет.

5. **Системность воздействия (поочередность)** подразумевает последовательное чередование исходных положений и упражнений для различных мышечных групп.

6. **Цикличность** – чередование работы и отдыха с соблюдением оптимального интервала. Если следующие занятия придутся на фазу суперкомпенсации, то эффекты от тренировки суммируются и функциональные возможности повышаются на новом, более совершенном уровне.

7. **Новизна и разнообразие** в подборе и применении физических упражнений, т. е. 10–15 % физических упражнений должны обновляться, а 85–90 % – повторяться для закрепления достигнутых успехов лечения.

8. **Умеренность воздействия** средствами физической реабилитации означает, что физические нагрузки должны быть простыми, возможно, более продолжительными, либо нагрузки должны быть дробными, что позволяет достичь адекватности нагрузок состоянию пациента.

Сочетание общего и специального воздействия в процессе реабилитации подразумевает *общую и специальную тренировку*. Общая необходима для основного оздоровления организма, улучшения функций органов и систем, нарушенных болезненным процессом, разви-

тия и закрепления моторных навыков и волевых качеств. С общебиологической точки зрения тренированность больного человека является фактором функциональной приспособляемости, где значимую роль играет систематическая мышечная деятельность. Специальная тренировка призвана развить функции, нарушенные в связи с заболеванием или травмой, восстановить конкретные двигательные действия или умения, необходимые пациенту в быту и трудовой деятельности.

Принципы медицинской и физической реабилитации:

раннее начало проведения реабилитации;

комплексность использования реабилитационных мероприятий;

индивидуализация программы реабилитации;

этапность реабилитации;

непрерывность и преемственность на протяжении всех этапов реабилитации;

социальная направленность, использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации.

Раннее начало реабилитации необходимо для профилактики возможных дегенеративных изменений в тканях. Нельзя начинать реабилитационные мероприятия при тяжелом состоянии больного, высокой температуре, сильной интоксикации, выраженной сердечно-сосудистой и легочной недостаточности, резком угнетении адаптационных и компенсаторных механизмов. Реабилитация может проводиться на любом этапе болезни или функциональных нарушений, независимо – в домашних условиях, в стационаре или учреждении медицинской помощи, в реабилитационном центре, интернате или других социальных учреждениях. К средствам реабилитации относятся психотерапевтическое воздействие, медикаментозная коррекция, лечебная физическая культура (кинезотерапия), физиотерапия, массаж, трудотерапия, курортно-санаторное лечение, музыкотерапия, фитотерапия, аэротерапия, мануальное воздействие и др.

Средства физической реабилитации можно подразделить на *активные, пассивные и психорегулирующие*. К активным средствам относятся все формы лечебной физической культуры: разнообразные физические упражнения, элементы спорта и спортивной подготовки, ходьба, бег и другие циклические упражнения и виды спорта, работа на тренажерах, трудотерапия. Пассивными средствами можно считать массаж, мануальную терапию, физиотерапию, естественные и преформированные природные факторы. К психорегулирующим относятся аутогенная тренировка, мышечная релаксация и др.

Рост интереса к реабилитации как единому из аспектов медицинской и социальной деятельности обусловлен многими факторами, ведущее значение из которых имеют:

– интенсификация темпов научно-технического прогресса, сопровождающегося дифференциацией трудовых процессов, возможностью выполнения части из них с ограниченным применением усилий человека;

– большая ценность квалифицированных кадров из-за длительности и дороговизны их подготовки;

– изменение демографической ситуации в обществе (рост удельного веса лиц пожилого и старческого возраста);

– ухудшение состояния здоровья населения (рост хронических заболеваний с длительным ограничением определенных возможностей жизнепроявления и дееспособности);

– осложнение условий жизни (урбанизация, частые поездки в транспорте, малочисленные семьи и др.), предъявляющих высокие требования к здоровью при само- и взаимообслуживании.

В медицинской реабилитации выделяют три или четыре этапа.

При трехэтапной реабилитации используют специализированный стационар; реабилитационный центр или санаторий; отделение реабилитации поликлиники, при четырехэтапной –

специализированная бригада скорой помощи; травматологический стационар; стационарный центр реабилитации; отделение реабилитации поликлиники.

Длительность реабилитационного процесса определяется потребностью в каждом конкретном случае – от нескольких недель до многих лет. Реабилитацию можно считать завершённой только тогда, когда личность во всем многообразии ее социальных отношений достигла уровня максимально возможного и приближенного к доболезненному. Эффективность реабилитации повышается, когда она проводится в коллективе – в реабилитационном центре, общественных организациях, а для детей – в дошкольных и образовательных учреждениях с интегративными формами обучения.



Медицинская реабилитация

Все построение реабилитационных мероприятий должно быть таким, чтобы включать самого пациента в лечебно-восстановительный процесс, вызывать у него стремление к саморазвитию и самостоятельности, максимально привлекать к участию в восстановлении утраченных функций или социальных связей, трудовых, семейных и др.

Итоги реабилитации и оценка степени восстановления могут быть оценены по четырехбалльной шкале: полное, частичное восстановление; без изменения от исходного уровня; ухудшение. Согласно материалам Международного отдела разработана шкала динамики восстановления и возможных исходов заболеваний и оценки функциональных возможностей:

- Восстановление функциональной способности в той или иной степени.
- Полное восстановление.
- Частичное восстановление.
- Компенсация при ограниченном восстановлении функций и отсутствии восстановления.
- Замещение (ортопедическое или хирургическое) при отсутствии восстановления.
- Восстановление адаптации к повседневной и профессиональной жизни.
- Воспитание готовности к труду и бытовой деятельности.
- Трудотерапия.
- Вовлечение в трудовой процесс – определение пригодности к трудовой деятельности, переподготовка.
- Диспансерное обслуживание реабилитируемых.

Изучение ближайших и отдаленных результатов реабилитационных мероприятий позволяет планомерно и эффективно вести весь процесс реабилитации, определяя основные задачи на каждом из этапов, и путем подбора комплекса адекватных и эффективных средств добиваться благополучного результата.

Пункт 5 этого постановления гласит: «Бюро выполняет следующие функции:

а) проводит освидетельствование граждан для установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности (в том числе степени ограничения способности к трудовой деятельности) и их реабилитационного потенциала;

б) разрабатывает и корректирует индивидуальные программы реабилитации инвалидов, в том числе определяет виды, формы, сроки и объемы мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации».

Реабилитационно-экспертная диагностика – совокупность диагностических процедур, приемов и методов изучения биомедицинского, личностного, социального статуса и условий жизнедеятельности больных и инвалидов для получения объективных данных для принятия экспертного решения о потребностях инвалидов в мерах реабилитации.

Экспертно-реабилитационная диагностика включает в себя клиническую, психологическую, социальную, профессиональную диагностику и предполагает последовательную экспертную оценку:

- последствий болезни («патологического потенциала») соответственно на биологическом (нарушений в анатомофункциональном состоянии организма), индивидуально – личностном уровне (ограничений жизнедеятельности индивида) и социальном уровне (социальной недостаточности);

- реабилитационного потенциала;

- реабилитационного прогноза.

При проведении экспертно-реабилитационной диагностики специалисты учреждения МСЭ используют методы опроса, наблюдения, тестирование (метод тестовых испытаний), экспертный (метод экспертных оценок).

По результатам комплексного исследования, наряду с оценкой последствий болезни (нарушения функций, ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности), определяются реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз.

Реабилитационный потенциал – это возможности больного человека при определенных условиях и содействии реабилитационных служб и общества в целом приводить в действие (активизировать) свои биологические и социально-психологические механизмы восстановления нарушенного здоровья, трудоспособности, личностного статуса и положения в обществе. Реабилитационный потенциал – это сложное интегративное понятие, в структуре которого для диагностики (оценки) выделяют три составляющие, отражающие разные уровни реабилитационного воздействия:

- потенциал выздоровления – определяет возможности восстановления или компенсации нарушений в анатомическом, физиологическом, психическом состоянии организма, т. е. возможности реабилитации больного на биологическом уровне в основном средствами медицинской реабилитации;

- потенциал социализации (или ресоциализации) – определяется возможностями восстановления или компенсации социальных навыков и функций на индивидуально-личностном уровне в условиях болезни или ее последствий, т. е. возможностями восстановления или приспособления к выполнению привычных видов деятельности; в качестве составляющих (компонентов) потенциала социализации могут выступать возможности восстановления у больного или инвалида навыков общения, передвижения, самообслуживания, выполнения повседневной деятельности и работы в быту, способности к обучению, выполнять профессиональную деятельность (трудовой потенциал), адекватному поведению и ориентации, рекреативной и творческой деятельности и др.;

- потенциал социальной интеграции (реинтеграции) – определяет возможности индивида к восстановлению обычного для себя в соответствии с полом, возрастом и прочими социально-личностными характеристиками положения в обществе, а также возможности включения (возвращения) в обычные условия жизни вместе и наравне со здоровыми людьми.

Оценка реабилитационного потенциала предусматривает определение сомато-личностных способностей, свойственных данному инвалиду, сохранившихся вопреки заболеванию или дефекту и служащих предпосылкой для восстановления статуса, а также прогнозирования уровня возможности восстановления или компенсации имеющихся ограничений. Она включает определение уровня физического развития и физической выносливости, уровня психофизической выносливости, уровня психоэмоционального развития и устойчивости, определение социально-психологического статуса с учетом уровня общего развития и запаса знаний, особенностей личности, состояния и устойчивости психических процессов, уровня микросоциальной адаптации; определение социально-трудового статуса с учетом общего и специального образования, профмаршрута, уровня оплаты труда, условий и характера труда, уровня сохранности профессиональных знаний, навыков и умений, уровня толерантности к профессионально-производственным нагрузкам; определение социально-средовой ситуации с учетом семейного положения, жилищно-бытовых условий, материального положения, уровня сохранности социально-бытовых навыков и умений, уровня сохранности микросоциальных связей, уровня социальной активности.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.