

ЛЕКЦИЯ 3 (3 часа)

ТЕМА: РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС

Студент должен иметь представление:

- об индивидуальной программе реабилитации и абилитации пациентов;
- об основных принципах организации сестринского процесса в реабилитации.

знать:

- элементы реабилитационного потенциала;
- уровни оценки реабилитационного прогноза;
- этапы, цели и задачи сестринского процесса в реабилитации пациентов;

Содержание лекции:

Индивидуальная программа реабилитации и абилитации пациента - это перечень мероприятий, направленных на восстановление или компенсацию физических возможностей и интеллектуальных способностей, повышение функционального состояния организма, улучшение физических качеств, психоэмоциональной устойчивости и адаптационных резервов организма человека средствами и методами медицинской реабилитации.

Индивидуальная программа реабилитации и абилитации пациента входят:

- лечебная физкультура,
- физиотерапия (электролечение, электростимуляция, лазеротерапия, баротерапия, бальнеотерапия и др.)
- психотерапия,
- традиционные методы лечения (акупунктура, фитотерапия, мануальная терапия и другие),
- логопедическая помощь,
- 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, парентерально, другие технические средства),
- информирование и консультирование по вопросам медицинской реабилитации
- другие мероприятия, услуги, технические средства.

Основные принципы реабилитации

- раннее начало проведения реабилитационных мероприятий,
- комплексность использования всех доступных и необходимых реабилитационных мероприятий,
- индивидуализация программы реабилитации,
- этапность реабилитации,
- непрерывность и преемственность на протяжении всех этапов реабилитации,
- социальная направленность реабилитационных мероприятий,
- использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации.

Раннее начало проведения реабилитационных мероприятий - важно с точки зрения профилактики возможности дегенеративных изменений в тканях. Раннее включение в лечебный процесс реабилитационных мероприятий, адекватных состоянию больного, во многом обеспечивает более благоприятное течение и исход заболевания, служит одним из моментов профилактики инвалидности (вторичная профилактика).

Комплексность применения всех доступных и необходимых реабилитационных мероприятий.

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

Индивидуализация программ реабилитации.

В зависимости от причин, требующих применения реабилитационных мероприятий, 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 реабилитационных мероприятий.

Непрерывность реабилитационных мероприятий

Непрерывность 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 более или менее длительный перерыв в использовании реабилитационных мероприятий может привести к его ухудшению, когда приходится начинать все сначала.

Социальная направленность реабилитационных мероприятий.

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) психодиагностика.

Реабилитационный прогноз — это медицинская обоснованная вероятность достижения намеченных целей реабилитации в намеченный отрезок времени с учетом характера заболевания, его течения, индивидуальных ресурсов и компенсаторных возможностей пациента.

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.

В совокупности количественных и качественных характеристик здоровья (от полного здоровья до выраженного нарушения функций), жизнедеятельности (от обычной до полной бездеятельности и

недееспособности, в том числе к трудовой деятельности), социального положения (от обычного до полностью зависимого от других людей и социальных служб) суммарная оценка реабилитационного потенциала проводится на основании результатов последовательного изучения составляющих его элементов (уровней): биомедицинского (саногенетического) потенциала, психофизиологического потенциала, личностного потенциала, образовательного потенциала, социально-бытового потенциала, профессионального (трудового) потенциала, социального потенциала и социального-средового потенциала.

Биомедицинский (саногенетический) потенциал- возможность человека к восстановлению (регенерации, репарации, реституции) или компенсации нарушений в анатомо-функциональной целостности органов, тканей, систем и организма в целом.

Психофизиологический потенциал- возможность использования, развития и адаптации сохранившихся функциональных способностей человека для восстановления (компенсации ограничений) социальных, навыков и привычных для него видов деятельности.

Личностный потенциал-возможность, способность и направленность личности активно участвовать в реабилитационном процессе и достигать поставленные реабилитационные задачи.

Образовательный потенциал-возможности человека к овладению общеобразовательными и профессиональными знаниями, профессиональными (трудовыми) навыками и умениями.

Социально-бытовой потенциал - возможности достижения самообслуживания и самостоятельности проживания и ведения личного хозяйства.

Социальный потенциал - возможности восстановления или компенсации социального статуса.

Социально-средовой потенциал - возможности включения или возвращения в привычные условия семейной и общественной жизни.

Реабилитационный потенциал имеет 4 уровня оценки: высокий, средний (или удовлетворительный), низкий и практически отсутствует.

На основании всей совокупности факторов, характеризующих возможности инвалида к реабилитации, реабилитационный потенциал оценивается как:

— **высокий** — при возможности достижения полного восстановления здоровья, всех обычных для инвалида видов жизнедеятельности, трудоспособности и социального положения (полная реабилитация); при данном уровне реабилитационного потенциала можно ожидать возвращения человека к работе в прежней профессии в полном объеме или с ограничениями по заключению КЭК либо возможность выполнения работы в полном объеме в другой профессии, равноценной по квалификации прежней профессии инвалида;

—**удовлетворительный**— в случае неполного выздоровления с остаточными проявлениями в виде умеренно выраженного нарушения функций, выполнения основных видов деятельности с трудом, в ограниченном объеме или с помощью ТСР, частичного восстановления трудоспособности, при сохранении частичного снижения качества и уровня жизни, потребности в социальной поддержке и материальной помощи (частичная реабилитация — переход из I или II группы в III группу инвалидности); при данном реабилитационном потенциале сохраняется возможность продолжения работы в своей профессии с уменьшением объема работы или снижением квалификации либо выполнения работы в полном объеме в другой профессии, более низкой по квалификации, по сравнению с прежней профессией, или работы в других профессиях с уменьшением объема работы независимо от их квалификации;

— **низкий** — если имеет место медленно прогрессирующее течение хронического заболевания, выраженное нарушение функций, значительные ограничения в выполнении большинства видов деятельности, выраженное снижение трудоспособности, потребность в постоянной социальной поддержке и материальной помощи (частичная реабилитация — переход из I группы во II группу инвалидности); при реализации потенциала возможно возвращение или приспособление инвалида к работе в рамках своей профессии или выполнение другой профессиональной деятельности в специально созданных производственных условиях;

— **отсутствие реабилитационного потенциала** — при прогрессирующем течении заболевания, резко выраженном нарушении функций, невозможности компенсации или самостоятельного выполнения основных видов деятельности, стойкой частичной или полной утрате трудоспособности, потребности в постоянном уходе или надзоре и постоянной материальной помощи (реабилитация невозможна — стабильная инвалидность или ее утяжеление); неспособность выполнять любые виды трудовой деятельности.

При общей оценке реабилитационного потенциала решающее значение имеет прогностическая оценка возможного исхода реабилитации на высшем социальном уровне. Так, восстановление или компенсация на первом биомедицинском уровне может быть не полной, однако, благодаря компенсаторному замещению и адаптации к имеющимся ограничениям жизнедеятельности, целеустремленности, высокому уровню притязаний, личностным резервам и другим механизмам, возможно восстановление в полном объеме основных форм жизнедеятельности и прежнего социального положения инвалида (в целом реабилитационный потенциал высокий).

Недостаточный реабилитационный потенциал «более низкого» (биологического) уровня, таким образом, может компенсироваться социально-психологическими, техническими, социальными и

социально-средовыми механизмами (более высокого уровня), обеспечивая тем самым полную реабилитацию инвалида.

Интегральная оценка реабилитационных возможностей в отношении восстановления конкретных видов жизнедеятельности должна быть обобщенной и отражающей их уровень на основании четких количественных градаций показателей, полученных в результате комплексных исследований.

Реабилитационный прогноз— предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала и предполагаемый уровень интеграции инвалида в общество — возможный результат реабилитации. Реабилитационный прогноз определяется не только уровнем и содержанием реабилитационного потенциала, но и реальными возможностями применения для его реализации современных реабилитационных технологий, средств и методов. Реабилитационный прогноз определяется на основе комплексной оценки внутренних и внешних факторов, которые могут в той или иной степени оказать положительное или отрицательное влияние на процессы восстановления здоровья (клинический прогноз), трудоспособности (трудовой прогноз), личностного и социального статуса больного или инвалида (социальный прогноз).

При его оценке учитывают следующие факторы:

- особенности болезни и ее последствия (патологический потенциал);
- реабилитационный потенциал;
- социально-психологические особенности личности (ее адекватная реабилитационная активность);
- возможности применения современных реабилитационных технологий в отношении конкретного больного;
- социально-средовые условия — реабилитационная среда.

Уровни оценки реабилитационного прогноза:

- благоприятный — при возможности полного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности и полной социальной, в том числе трудовой интеграции инвалида в процессе проведения реабилитационных мероприятий;
- относительно благоприятный — при возможности частичного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности, уменьшении степени их ограничения или стабилизации, расширении способности к социальной интеграции и переходу от полной к частичной социальной поддержке и материальной помощи в процессе проведения реабилитационных мероприятий;
- неблагоприятный — при невозможности восстановления или компенсации нарушенных ограничений жизнедеятельности, каких-либо существенных положительных изменений

(незначительный результат) в личностном, социальном и социально-средовом статусе инвалида в процессе проведения реабилитационных мероприятий. Определение показаний к проведению реабилитационных мероприятий предполагает последовательное определение необходимости и целесообразности осуществления мер и средств реабилитационного воздействия в отношении выявленных расстройств по категориям ограничений жизнедеятельности. При этом по каждой категории ограничения жизнедеятельности устанавливаются возможный ожидаемый эффект реабилитации: восстановление или компенсация (полная или частичная), либо восстановлению или компенсации не подлежит. По итогам экспертно-реабилитационной диагностики, а также определения показаний к разработке индивидуальной программы реабилитации формируется экспертно-реабилитационное заключение.

В экспертно-реабилитационном заключении в краткой форме обосновывается экспертное решение:

- о нуждаемости (потребности) инвалида в конкретных мерах реабилитации;
- о показаниях к проведению основных реабилитационных мероприятий;
- о необходимости и обоснованности (целесообразности) или отсутствии необходимости и целесообразности разработки ИПР.

Содержание и структура экспертно-реабилитационного заключения определяются вынесенным экспертным решением о реабилитационном потенциале и реабилитационном прогнозе.

Результатом правильно оказанной сестринской помощи в области реабилитации пациента является:

- активная жизненная позиция пациента 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.

Наиболее значимыми являются 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.

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.

Задачи сестринского процесса:

- Создание базы информационных данных о пациенте;
- Определение потребности пациента в сестринском уходе;
- Обозначение приоритетов сестринского обслуживания;
- Оказание сестринской помощи;
- Оценка эффективности процесса ухода.

Этапы сестринского процесса

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 самостоятельного ухода за собой пациента.
- Установить эффективное общение с пациента.
- Обсудить с пациентом потребности в уходе и ожидаемые результаты.
- Заполнить сестринскую документацию.

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:

1. систематичность ,
2. осуществление координации намеченных действий,
3. вовлечение пациента и его семьи в процесс оказания помощи,
4. оказание доврачебной помощи по стандартам сестринской практики с учетом индивидуальных особенностей пациента,
5. 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.