

РОЛЬ ПОМОЩНИКА ВРАЧА ПО АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Роль помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи в осуществлении адаптивной физической реабилитации. В связи с особенностями демографической ситуации, обусловленной постарением населения, возрос уровень хронических неинфекционных заболеваний, комплексное лечение и медицинская реабилитация которых базируется на адаптивной физической культуре. Обзор проведен с целью систематизации знаний Пвр с применением аналитического метода. Изложены принципы адаптивной физической реабилитации (АФР), ее физические, психологические, профессиональные и социально-экономические аспекты. Рассмотрены условия осуществления, место применения метода, способы и средства организации

пациенту АФР. Отражена роль Пвр в обеспечении пациенту АФР, подтвержденная мировым опытом о том, что, чем в большей мере удовлетворяются потребности людей с отклонениями в здоровье, тем значимее продукт их усилий. Вместо традиционного лечения заболеваний и местного воздействия на его проявления при использовании АФР происходит восстановление человека как личности, возвращение к активной жизни в обществе через восстановление после травм, последствий инсульта (в комбинации с кинезиологией), болезней системы кровообращения, нервной системы. Значительное место в применении АФР занимает посредник между врачом и пациентом - Пвр.

Ключевые слова: адаптивная физическая реабилитация, индивидуальная программа реабилитации, пациент, помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинская реабилитация, реабилитант.

T. V. Matveychik

ROLE OF THE MEDICAL ASSISTANT ON THE OUT-PATIENT AND POLYCLINIC HELP IN EXERCISE OF ADAPTIVE PHYSICAL AFTERTREATMENT

The role of the doctor's assistant for outpatient – polyclinic work in implementing the adaptive physical rehabilitation. Due to the features of a current demographic situation resulting from the aging of the population, the incidence of chronic non-infectious diseases is increasing. Complex treatment and medical rehabilitation of these diseases is based on adaptive physical rehabilitation. This review was done using the analytical method in order to systematize the knowledge of the doctor's assistants for outpatient – polyclinic work. The principles of the adaptive physical rehabilitation (APR), its physical, psychological, professional and socio-economic aspects are stated. The conditions and the place, the methods and the means for delivering APR to a patient are considered. The role of the doctor's assistant for outpatient – polyclinic work proved by a world experience in rendering APR to a patient is reflected. The more satisfied are the needs of disabled, the more significant is the product of their efforts. When using APR, the patient is restored as a person, returns to an active social life through recovery after trauma, stroke (in combination with kinesiology), circulatory and nervous system diseases instead of getting a traditional treatment of diseases and local effects. A doctor's assistant for outpatient – polyclinic work plays in important mediated role between a doctor and a patient.

Keywords: adaptive physical rehabilitation, individual rehabilitation program, patient, doctor's assistant for outpatient – polyclinic work.

Цель исследования: систематизировать знания по АФР среди помощников врача по амбулаторно-поликлинической помощи (Пвр).

Материал и методы. Аналитический. ВОЗ выделены основные стратегии здравоохранения: укрепление здоровья, профилактика болезней, лечение, реабилитация, направленная, согласно тенденциям в мире, на работу с физически неполноценными лицами; инвалидами; больными. Девиз работы с пациентом: вместо пенсии – реабилитация, трансформированный из принципа, предложенного немецким канцлером Бисмарком: «Приоритет реабилитации перед пенсией». Девиз работы с пожилым пациентом: вместо ухода – реабилитация.

Результаты и обсуждение. О месте медицинской реабилитации (МР) и значении проблем в ее оказании свидетельствует статистика: 10 % населения мира инвалиды (в Республике Беларусь ≈ 4,1 % населения); 25 % населения европейских стран имеют расстройства, приводящие к инвалидности; 75–80 % инвалидов в развитых странах работают (в Беларуси 85 % инвалидов не работают). В Республике Беларусь планируется стабилизировать число инвалидов и социально зависимых лиц с помощью, в том числе, и МР, поскольку известно, что эффективность затрат на активную МР в ранней стадии выше [8].

Наблюдаемая тенденция к гиподинамии и гипокинезии среди лиц разного возраста является деструктивным фактором, способствующим негативным изменениям, ограничи-

вающим оптимальное психофизическое состояние пациентов и инвалидов, однако надежный заслон этому ставит АФК [9]. Исходя из потребностей лиц с отклонением в состоянии здоровья и инвалидов, можно выделить компоненты (виды) АФК: адаптивное физическое образование, адаптивный спорт и творческие художественно-музыкальные и телесно-ориентированные практики (вид двигательной активности посредством движения, музыки, образа, в т. ч. художественного, удовлетворяющего потребности человека с отклонениями в здоровье в творческом духовном саморазвитии) [1].

Цель АФР – формирование адекватных психических реакций реабилитанта на какое-либо заболевание, ориентация на использование естественных, экологически оправданных средств, стимулирующих восстановление; обучение навыкам пользоваться соответствующими комплексами физических упражнений, приемами гидровибромассажа, закаливающими, термическими процедурами, Су-Джок акупунктурой, другими средствами комплексного восстановления организма. К задачам, решаемым Пвр при помощи АФР, относятся: восстановление физического состояния пациента (подготовленности, моторики, морфо-функциональных свойств) до нормативного или доступного (при лимитирующем факторе) уровня после болезней, травм, пребывания в неблагоприятных условиях. Также сюда включено восстановление бытовых возможностей человека: способности к передвижению, самообслуживанию, выполнению несложной домашней работы; осуществление мер вторичного предупреждения развития

патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности. Изучаемыми объектами АФР являются: экосистемы (группа индивидов в процессе социального и физического взаимодействия с окружающей средой, включающей межличностные и внутри индивидуальные различия, иные составляющие реальной жизни) с психомоторными особенностями, физическая активность, обслуживание, «предоставление возможностей» – законодательная деятельность и правовая поддержка. Основными элементами деятельности Пвр и педагога-реабилитолога, осуществляемыми в комплексной работе в команде совместно с социальным работником, являются: цель, выражающая представление пациента о будущем идеальном результате; мотив, раскрывающий социально и лично значимые побуждения деятельности пациента – реабилитанта; средства, как достаточный педагогический инструментарий для осуществления деятельности; непосредственные профессионально-педагогические действия. Также это планируемый и реальный результат для пациента; оценка итога усилий, соответствующая корректировка при необходимости [4]. АФР является составной частью медицинской, профессиональной и социальной реабилитации на всех периодах и этапах, стимулируя позитивные морфофункциональные сдвиги в организме, позволяющие сформировать необходимые двигательные и физические качества для жизнеобеспечения пациента. Принципы АФР, как ее сущность, следующие [1, 9]:

1. *Раннее начало* касается пациентов с острым (хроническим) заболеванием и начинается с началом лечения, что возможно при своевременной диагностике, желателен при незначительной выраженности болезни, до развития функционального дефекта.

2. *Непрерывность* подразумевает ее оказание на стационарном этапе организации медицинской помощи, амбулаторном, санаторном, домашнем в разные фазы болезни, требуя развития преемственности этапов.

3. *Принцип комплексности* АФР проявляется в совместном участии не только медиков, но и социологов, психологов, педагогов, представителей органов социального обеспечения, профсоюзов, юристов [4].

4. *Индивидуальность реабилитационных мероприятий* как принцип реализуется лечащим врачом, реабилитологом в индивидуальной программе реабилитации (ИПР), ориентированной на конкретного человека с учетом особенностей болезни, ее последствий, индивидуальной реакции на болезнь, среды обитания.

5. Реализация ИПР должна осуществляться в строгой последовательности процедур [7], способствующих максимальной ликвидации последствий развития инвалидности для интеграции реабилитанта в общество. Пвр следует различать понятие пациент, данное в Законе «О здравоохранении», и реабилитант. К категории «реабилитант (адаптант)» относят: юридически оформленных инвалидов I, II и III групп; людей, выздоравливающих после травм и заболеваний; жителей территорий «чернобыльского следа» и подобных им; лиц преклонного возраста с устойчивыми отклонениями в состоянии здоровья, всех детей и взрослых с отклонениями в развитии, конкретного человека, которому признана целесообразной коррекция психо-двигательной сферы и функционального состояния организма с применением форм и методов АФР.

6. *Преемственность* необходима для достижения запланированного результата на отдельных этапах (стационарном, амбулаторном, домашнем, санаторном), во всех аспектах (медицинской, медико-профессиональной, профессиональной, социальной) [4].

7. *Осуществление реабилитации в группе людей*, обеспечивающей общение лиц с одинаковыми заболеваниями, желателен в разных фазах МР, когда успех и достижения

одних оказывает положительное психологическое воздействие на начинающих реабилитантов, обеспечивая экономию расходуемых средств, при сохранении эффективности метода и оптимального соотношения показателя «эффективность-экономичность» [8, 9].

8. *Возврат пациента к активному общественно полезному труду*, сглаживание противоречий между реабилитантом-адаптантом и социумом [4].

Аспекты реабилитации. И. К. Швацабая выделяет шесть основных аспектов: медицинский, физический, психологический, профессиональный, социальный и экономический, трактуя реабилитацию как комплекс мероприятий, реализуемый разными системами. *Медицинский* аспект реабилитации включает лечебные, лечебно-диагностические и лечебно-профилактические вопросы, внимание в которых должно быть сконцентрировано на профилактике последствий заболеваний и травм, ведущих к нарушению трудоспособности, их ликвидации, устранению функциональных расстройств. *Физический* аспект охватывает применение физических факторов: лечебной физкультуры, тренировок, механо-, трудо-, физиотерапии, методов исследования реакции организма на эти воздействия для повышения физической работоспособности. Важно, чтобы эффект от медикаментозного лечения дополнялся физическими факторами с более широким воздействием на функции систем организма. *Психологический* аспект предусматривает всемерное ускорение психологической адаптации к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации, профилактику и лечение развивающихся психических изменений с помощью методов психо- и фармакотерапии. *Профессиональный* аспект реабилитации содержит не только восстановление трудоспособности, но и предупреждение ее возможного снижения, определение трудоспособности, трудоустройство, профессиональную гигиену, физиологию и психологию труда, трудовое обучение, переквалификацию, элементы эргономики. *Социальный* аспект охватывает влияние общественных факторов на развитие и течение болезни, социальное обеспечение согласно трудовому, пенсионному законодательству, взаимоотношения пациента и семьи, производства, общества [10]. Экономический аспект реабилитации изучает затраты и ожидаемый экономический эффект при различных способах МР для планирования медико-социально-экономических мероприятий.

Основными условиями по внедрению АФР в образ (стиль) жизни реабилитанта – адаптанта являются развитие природных возможностей человека, взаимосвязь между воспитанием и уровнем здоровья, систематический мониторинг физического развития, вербализация итогов МР на всех уровнях. Это включает информирование потребителей АФР и общественности о нормативно-правовых основах, оздоровительных технологиях, профориентации, социальных услугах и взаимных обязательствах реабилитанта, государства и общества.

Местами применения метода АФР являются стационар, амбулаторно-поликлинические организации, диспансеры, учреждения социальной защиты населения и санаторно-курортные организации. По способам организации АФР выделяют групповой, индивидуальный в больничной организации или в домашних условиях, а также самостоятельный, досуговый способы. К многочисленным средствам АФР относятся: физические методы реабилитации (лечебная физкультура, эрготерапия); механические методы реабилитации (кинезотерапия); массаж и физиотерапия; психологические методы реабилитации (психотерапия); протезно-ортопедическая помощь (протезирование, ортезирование); санаторно-курортное лечение.

АФР – важнейший метод МР, включающий спектр применения физических факторов – ЛФК, массажа, аппаратной

физиотерапии, бальнеолечения, климатотерапии, талассотерапии, иглорефлексотерапии, мануальной терапии [1,7], спелеотерапии [2], гипербарической оксигенации, др. Среди всех методов физической реабилитации основное место отводится кинезотерапии (ЛФК) как методу, требующему активного участия пациента. Условно кинезотерапию подразделяют на местную (восстановление локального функционального дефекта) и общую (физические тренировки при различных заболеваниях, вне зависимости от характера и особенностей функционального дефекта) для достижения мобилизации саногенеза [5].

Роль среднего медицинского персонала в осуществлении АФР

Роль Пвр в предоставлении АФР пациентам возрастает, подтвержденное исследованиями по медицинскому менеджменту, доказавшими, что удовлетворение служащего контролем связано с ясным пониманием ответственности, удовлетворительной прямой и обратной связью руководителя и подчиненного (Kivimaki and Lindstrom, 1995) [6].

Феномен АФР – это системный общественно-педагогический процесс, базирующийся на концепции независимой жизни через обеспечение условий «равной личности», рассматривающей пациента с физическими и интеллектуальными отклонениями в развитии не с точки зрения патологии, а в свете обеспечения гражданских прав, адекватного устранения материально-социально-психологических барьеров окружающей среды. Исследователи (Дмитриев В. С., 2003) склоняются к мнению, что психомоторные нарушения у пациентов являются не только следствием инвалидности, зачастую коренятся в особенностях общественной организации жизни [1, 9].

Совершенствование физической активности, обучение моторным навыкам и повышение тренированности реабилитанта – не самоцель, а одна из составляющих социально значимого результата, включающего надежды, отношения и деятельность как подстройку под реальные возможности адаптации индивида к постоянно изменяющимся условиям среды, получение им положительных эмоций в ходе тренировок. При ряде заболеваний адаптивный спорт является единственной возможностью удовлетворения главной потребности человека в самовыражении, поскольку профессионально-трудовая, общественно-политическая и иные виды деятельности нередко становятся недоступными. Сущность адаптивного спорта составляют соревнования, целенаправленные на подготовку к формированию спортивной культуры инвалида, позволяющие убедиться в эффективности на примере успехов паралимпийцев с 1948 г. с их девизом: «Дух в движении» и эмблемой, символизирующей Тело, Разум и Дух, благодаря нейрохирургу Л. Гутману. Двигательную реакцию реабилитанта направляют на активизацию здоровья посредством формирования комплекса жизненно и профессионально необходимых умений и навыков, развивающих основные физические, психические, функциональные возможности органов и систем, используя в новом качестве сохранившиеся телесно-двигательные характеристики. Специалисты, занимающиеся АФР, формируют у пациентов осознанное отношение к силе, готовность к решительным действиям, потребность в систематических занятиях. Этот компонент АФК важен в случае приобретенной патологии или инвалидности, когда пациенту приходится заново обучаться жизненно и профессионально важным умениям и навыкам (ходьбе на протезах, пространственной ориентации в случае потери зрения).

Содержанием АФР Пвр становится выполнение задач, заключающихся не в одномоментной коррекции действий

реабилитанта, а в том, чтобы активизировать потенциальные реабилитационные возможности, оснастить способами для пациента свободно, самостоятельно и осознанно производить выбор [2, 5]. Совершенствование уровня жизни и здоровья пациента через АФР целесообразно через выделение ранжированной духовно-нравственной, правовой, оздоровительной, социокультурной и профессионально ориентированной структуры реабилитации [1, 3, 9].

Таким образом, мировой опыт АФР подтверждает, что чем в большей мере удовлетворяются потребности людей с отклонениями в здоровье, тем значимее продукт их материального и интеллектуального труда [1, 8, 9]. Концепция МР содержит борьбу за человека, а не только против болезни, начинаясь с острой фазы болезни и продолжаясь до максимально возможного устранения физических, психических и профессиональных нарушений [2, 4–6]. Вместо традиционного лечения заболеваний и местного воздействия на его проявления при использовании АФР происходит восстановление человека как личности, возвращение к активной жизни в обществе через восстановление после травм, последствий инсульта (в комбинации с кинезиологией), болезней системы кровообращения, нервной системы. Значительное место в мотивации пациента на применение АФР занимает посредник между врачом и пациентом – Пвр.

Литература

1. Смычек, В. Б. Медицинская реабилитация и экспертиза в Республике Беларусь / В. Б. Смычек // Здравоохранение. – 2016. – № 12. – С. 14–27.
2. Смычек, В. Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В. Б. Смычек, Г. Я. Хулуп, В. К. Милькаманич. – Минск: Юнипак, 2005. – 420 с.
3. Вальчук, Э. А. Основы медицинской реабилитации / В. А. Вальчук. – Минск: Мета, 2010. – 320 с.
4. Матвейчик, Т. В. Технология медико-социального взаимодействия как инновационное направление работы помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской сестры и социального работника: учебное пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2017. – 295 с.
5. О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организации здравоохранения [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 10 дек. 2014 г., № 1030 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2015.
6. Матвейчик, Т. В. Профилактическая работа помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи / Т. В. Матвейчик, Ю. В. Мещеряков. – Минск: Ковчег, 2016. – 244 с.
7. <http://www.belta.by/society/view/belarus-prisoedinajetsja-k-konventsii-o-pravah-invalidov-164135-2015>.
8. Делендик, Р. И., Матвейчик Т. В., Брылева И. М. Спелеолечение в медицинской реабилитации: состояние и ресурсы / Сборник научных трудов «Общественное здравоохранение: традиции, инновации, перспективы». – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2016. – С. 40–49.
9. Матвейчик, Т. В., Делендик Р. И. Сестринская помощь в санаторно-курортном лечении, ориентированном на потребности пациентов // Научно-методический электронный журнал. – 2016. – Т. 17. – Режим доступа: <https://e-koncept.ru/2016/46237.htm>.
10. Деннисон, П. И., Деннисон Г. Гимнастика мозга. – М.: Весь, 2017. – 307 с.

Поступила 20.06.2017 г.