

ЗМІСТ ТА ЗНАЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ЗАГАЛЬНІЙ ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦЯ З ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

В. В. КРУПА

За визначенням Міжнародної організації праці, зміст реабілітації полягає у відновленні здоров'я людей з обмеженими фізичними і психічними можливостями для досягнення максимальної фізичної, психічної, соціальної і професійної повноцінності. В резолюції ІХ наради Міністрів охорони здоров'я (1967) реабілітацію визначають як «систему державних, соціально-економічних, медичних професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів із тимчасовою чи стійкою втратою працездатності й на ефективне і раннє повернення хворих та інвалідів до суспільно корисної праці». Комітет експертів ВООЗ сформулював класифікацію окремих видів реабілітації, якою користуються більшість країн світу. Це – медична, професійна і соціальна реабілітація.

Медична реабілітація передбачає відновлення втрачених чи ослаблених функціональних та психологічних можливостей хворого, розвиток компенсаторних механізмів шляхом хірургічного, медикаментозного і курортного лікування, праце- й фізіотерапії. Медична реабілітація – галузь медичної науки, яка вивчає механізм дії фізичних лікувальних чинників, обґрунтовує та створює технології відновлювального лікування, оцінює ефективність медичної реабілітації дорослих і дітей із різноманітною патологією. Отримання нових наукових даних, удосконалення методів профілактики та відновлювального лікування захворювань і травм сприятиме збереженню здоров'я, покращанню якості життя, скороченню термінів тимчасової непрацездатності, зменшенню ускладнень й інвалідизації населення. Знання форм та методів медичної реабілітації майбутнім фахівцем фізичної реабілітації необхідне для якісного виконання обов'язків як фахівця за даним напрямом підготовки. Проблема методів фізичної реабілітації займалися такі вчені, як Морозов С., Скуміна В., Бобіна Л., Мурза П. [1]. Разом з тим, значення медичної реабілітації для майбутніх фахівців фізичної реабілітації доречно систематизувати.

Мета статті – на основі аналізу та систематизації форм і методів медичної реабілітації визначити її місце у професійній діяльності майбутнього фахівця фізичної реабілітації.

У підготовці такого фахівця дуже важливо розвивати професійне мислення, яке повинно стати складником фізично-реабілітаційної освіти, так як завдяки йому значно підвищується якість підготовки майбутнього спеціаліста. Переорієнтація патоклінічного мислення, яке притаманне більшості випускників вузів, на валеогенне виступає основною дидактичною передумовою професійної компетенції і збільшення відповідальності індивіда за своє здоров'я, що під впливом власної волі й оздоровчого виховання самозмінюється, самовиховується, досягає оптимального фізичного розвитку – саморозвитку, реабілітації – самореабілітації (С. Канішевський, М. Ларкін, М. Шнейдер). Студент, як суб'єкт власних дій і діяльності, здобуває можливість стати тією особистістю, якою він бажає бути в ідеалі, – самоактуалізованою (А. Маслоу), здатною розвивати і пізнавати саму себе (А. Камю, Ж.-П. Сартр, Г. Щедровицький), удосконалюватися в професії.

Аналіз реальної педагогічної практики, вивчення досвіду роботи зі студентами в режимі інноваційних спроб комбінувати і поєднувати різні оздоровчі програми в навчальних курсах дали змогу сконструювати і експериментально дослідити можливості мультицентричної матриці. Було визначено основні підходи й принципи її використання з метою інтегрованого підходу до фізично-реабілітаційної освіти. Порівняльна мультицентрична матриця показує переваги і можливості поєднання різних оздоровчих моделей та їх використання у навчанні. За її допомогою можна не тільки визначити можливості поєднання й взаємодії моделей і типів оздоровлення, а й внести до навчальних програм відповідні корективи для збагачення її повноти, інтегрованості та системності. З'ясовано, що фізкультурно-валеолого-натуристичні елементи матриці цілком узгоджуються між собою, оскільки відповідають сутнісним ознакам і вимогам ідеалізованої моделі розробленого концептуального підходу до фізично-реабілітаційної освіти.

Здатність оволодівати професійними знаннями і навичками, валеогенно мислити, ноосферно усвідомлювати, природо- і культуродоцільно діяти на рівні сучасних технологій відновлення здоров'я до оптимального рівня, виховання творчої особистості студента можливе лише за наявності відповідної навчальної програми, чіткої організації й управління, які здатні реалізувати компетентні викладачі – спеціалісти нової оздоровчої орієнтації. Фахівець фізичної реабілітації – це сформована і

легітимна професія, з особливими професійними аспектами клінічної практики і освіти, що визначається різноманітністю соціальних, економічних, культурних та політичних умов.

За визначенням Комітету експертів з реабілітації ВООЗ (1963), реабілітація – це процес, «метою якого є запобігання інвалідності під час лікування захворювання і допомога хворому в досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності, на яку він буде здатний у межах наявного захворювання».

Головними завданнями реабілітації є: а) функціональне відновлення (повне або компенсація при недостатньому чи відсутності відновлення); б) пристосування до повсякденного життя і праці; в) залучення до трудового процесу; г) диспансерний нагляд за реабілітованими, пристосування до повсякденного життя. Таким чином, реабілітація – це суспільно необхідне функціональне й соціально-трудова відновлення хворих та інвалідів, що здійснюється комплексним проведенням медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних, державних, суспільних й інших заходів, за допомогою яких можна повернути потерпілих до звичайного життя і праці, відповідно до їх стану.

Пріоритет медичного аспекту реабілітації незаперечний з огляду на те, що органи соціального забезпечення, народної освіти, громадські організації, зважаючи на стан здоров'я певної особи у подальшому проводять свої реабілітаційні заходи. До останніх відносять: конструювання і виготовлення технічних пристроїв, протезів, засобів пересування; будівництво санаторних та інших закладів, виробничих майстерень; юридично-правове і соціальне забезпечення життя, праці та побуту реабілітованих. І виконують це фахівці з університетською, технічною та іншою освітою. Тому при організації навчального процесу фахівців фізичної реабілітації важливе місце займають аспекти медичної реабілітації, що входять до програми навчання студентів вищих навчальних закладів із даного напрямку підготовки щодо застосування фізичних вправ, природних чинників, масажу з метою лікування, відновлення здоров'я і фізичної працездатності хворих, попередження інвалідності або зменшення її проявів та профілактики захворювань засобами фізичної культури.

Медичній реабілітації підлягають хворі з травмами і деформаціями опорно-рухового апарату, серцево-судинними, неврологічними й психічними захворюваннями; набутими і вродженими дефектами; після хірургічних утручань; інфекційними та хронічними захворюваннями і, загалом, ті особи, які потребують поступової адаптації до фізичних та психічних навантажень професійного і побутового характеру, праці з меншим обсягом навантажень чи перекваліфікації, розвитку навичок самообслуговування, вироблення постійної компенсації при незворотних змінах.

Комплекс реабілітаційних заходів, у тому чи іншому вигляді, починають проводити з першого дня перебування хворого у лікарні. Проводять їх за індивідуальною програмою протягом лікування у стаціонарі і продовжують після виписки у реабілітаційному центрі, спеціалізованому санаторії, поліклініці тощо. Найбільш ефективно реабілітація проводиться у спеціалізованих реабілітаційних центрах (ортопедичні, неврологічні, судинні та інші), що вкомплектовані лікарями відповідних спеціальностей, інструкторами з лікувальної фізичної культури та працетерапії, фізіотерапевтами, психологами, логопедами, педагогами, соціологами, протезистами та юристами. У такі центри хворих переводять з лікарні для завершення лікування і досягнення реабілітації у межах наявного захворювання. Лікар залежно від терапевтичного чи хірургічного лікування, загального стану хворого, перебігу захворювання або травми та їх наслідків, статі, віку, професії, функціональних можливостей і фізичної здатності організму визначає показання і протипоказання до застосування засобів реабілітації, призначає руховий режим, час, обсяг, вид, період та етап реабілітації, послідовність застосування її засобів. Він залучає до цього комплексного процесу відповідних фахівців, координує їхні колективні дії. Серед них фахівець із фізичної реабілітації, який закінчив вищий навчальний заклад за даним напрямом підготовки, посідає одне з провідних місць. Виконуючи призначення лікаря, він добирає засоби і форми лікувальної фізичної культури, розробляє методіку застосування фізичних вправ на ранніх етапах лікування, планує та виконує програму подальшого функціонального відновлення і фізичної дієздатності хворого, виявляє й розширює резервні можливості організму, тренує його і готує до фізичних навантажень на роботі і у побуті, повертає до активної участі у житті суспільства. У випадках інвалідизації фахівець із фізичної реабілітації допомагає інвалідові виробити нові рухи і компенсаторні навички, навчає його користуватися протезами та іншими технічними пристроями і апаратами, тренує пацієнта виконувати цілісні робочі акти, допомагає оволодіти новою професією і, взагалі, адаптує людину до життя у змінених умовах існування.

Ще однією метою реабілітації є адаптація до праці на попередньому робочому місці або реадаптація, тобто праця з меншими нервово-психічними і фізичними навантаженнями на новому робочому місці, але на тому самому підприємстві. В інших випадках метою реабілітації буде

перекваліфікація і праця на тому ж підприємстві, а у разі неможливості – перекваліфікація у реабілітаційному центрі й працевлаштування відповідно до нової професії і стану людини. У педіатрії мета реабілітації не зводиться тільки до повернення дитини до стану перед захворюванням і у дитячий колектив, але й до розвитку її фізичних і психічних здатностей, відповідних віку.

Реабілітація буде малоефективною, якщо не дотримуватись декількох основних її принципів:

1. Ранній початок реабілітаційних заходів. Це допомагає швидше відновити функції організму, попередити ускладнення і у випадку розвитку інвалідності – боротися з нею на перших етапах лікування.
2. Безперервність реабілітаційних заходів. Цей принцип є основою ефективності реабілітації, тому що тільки безперервність та поетапна черговість реабілітаційних заходів – запорука скорочення часу на лікування, зниження інвалідності і витрат на відновне лікування, довготривале матеріальне утримання інвалідів.
3. Комплексність реабілітаційних заходів. Під керівництвом лікаря реабілітація проводиться й іншими фахівцями: соціологом, психологом, педагогом, юристом та ін.
4. Індивідуальність реабілітаційних заходів. Реабілітаційні програми складають індивідуально для кожного хворого чи інваліда з урахуванням загального стану, особливостей перебігу хвороби, вихідного рівня фізичного стану, особистості хворого, віку, статі, професії тощо.
5. Необхідність реабілітації у колективі. Проходження реабілітації разом з іншими хворими чи інвалідами формує у пацієнта почуття члена колективу, морально підтримує його, нівелює дискомфорт, пов'язаний із наслідками захворювання. Добре ставлення навколишніх запалює і надає впевненості у своїх силах і сприяє швидшому одужанню.
6. Повернення хворого чи інваліда до активної праці є основною метою реабілітації. Її досягнення робить людину матеріально незалежною, морально задоволеною, психічно стійкою, активним учасником громадського життя.

Медична реабілітація є фундаментом реабілітаційного процесу. Від її ефективності залежить застосування подальших видів реабілітації, їх тривалість і обсяг. Медична реабілітація спрямована на відновлення здоров'я, усунення патологічного процесу, попередження ускладнень, відновлення або часткову компенсацію порушених функцій, протидію інвалідності, підготовку тих, котрі одужують, та інвалідів до побутових і трудових навантажень. У переважній більшості реабілітація завершується у медичних закладах.

Складовою частиною медичної реабілітації є фізична реабілітація. Вона мобілізує резервні сили організму, активізує його захисні й пристосувальні механізми, попереджує ускладнення, прискорює відновлення функцій різних органів і систем, скорочує терміни клінічного і функціонального відновлення, адаптує до фізичних навантажень, тренує й загартовує організм, відновлює працездатність. Залежно від характеру, перебігу та наслідків захворювання або травми, періоду і етапу відновного лікування фізичну реабілітацію використовують задля профілактики або лікування й, відповідно до цього вона посідає допоміжне чи головне місце у комплексі взаємодоповнюючих лікувальних заходів медичної реабілітації.

Основною метою хворих з важкими травмами, психічними захворюваннями, ураженням нервової системи та деякими іншими захворюваннями, ампутантів є розвиток навичок щодо самообслуговування. У такому процесі великого значення набуває спільна робота реабілітолога, фахівця з працетерапії. Залежно від цього реабілітолог, фахівці з працетерапії, психологи, педагоги, соціологи, юристи провадять роботу з адаптації, реадaptaції чи перекваліфікації з подальшим працевлаштуванням пацієнта. Рішення про повернення пацієнта до його попередньої роботи чи створення полегшених умов праці (звільнення від підняття важких речей, виконання точних і координованих рухів) приймає лікарсько-консультативна комісія (ЛКК). У разі різкого обмеження працездатності комісія скеровує хворих до медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) для встановлення інвалідності та визначення можливості працювати. Висновки ЛКК і МСЕК про умови і характер праці, тимчасове чи постійне обмеження працездатності у нашій державі є обов'язковими для адміністрації підприємств, установ та організацій незалежно від виду власності.

Наведені види реабілітації мають особливість ту, що кожний вид починається не після закінчення попереднього, а зароджується в ньому раніше і поступово стає основним на конкретному етапі реабілітації. Реабілітація має бути безперервною та спадкоємною, недоцільно розтягувати, продовжувати без потреби той чи інший вид її. Бо це зменшує прагнення і впевненість хворих, особливо інвалідів, відновити свою працездатність. Слід підкреслити, що всі види реабілітації містять засоби фізичної реабілітації або окремі її форми, що відновлюють втрачені рухи і цілісні виробничі та побутові рухові акти, виробляють тимчасові чи постійні компенсації, утворюють нові умовно-рефлекторні зв'язки, тренують та готують організм до фізичних навантажень побутового та виробничого характеру.

У медичній реабілітації, згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ, розрізняють два періоди: лікарняний та післялікарняний, у кожного з них є визначені етапи. Перший період включає I етап реабілітації – лікарняний (стаціонарний), а післялікарняний період – II етап – поліклінічний або реабілітаційний, санаторний і III етап – диспансерний.

I етап реабілітації – лікарняний (стаціонарний) – розпочинається у лікарні, де після встановлення діагнозу лікар складає хворому програму реабілітації. Вона містить терапевтичні або хірургічні методи лікування і спрямована на ліквідацію чи зменшення активності патологічного процесу, попередження ускладнень, розвиток тимчасових або постійних компенсацій, відновлення функцій органів і систем, уражених хворобою, поступову фізичну активізацію хворого. На цьому етапі у відновлюючому лікуванні застосовують лікувальну фізичну культуру, лікувальний масаж, засоби фізіотерапії, елементи працетерапії. Визначають функціональний стан хворого, резерви організму і наприкінці етапу коректують і накреслюють подальшу програму реабілітаційних заходів.

II етап реабілітації – поліклінічний, або реабілітаційний, санаторний – починається після виписки хворого зі стаціонару, у поліклініці, реабілітаційному центрі, санаторії в умовах покращання і стабілізації стану хворого, при значному розширенні рухової активності. На цьому етапі переважає фізична реабілітація, і всі її засоби. Основну увагу у програмі реабілітації приділяють поступовому збільшенню фізичних навантажень, загальному тренуванню, підвищенню функціональної здатності, загартуванню організму, виявленню резервних його можливостей; підготовці людини до трудової діяльності; оволодінню інвалідами пристроями для самообслуговування і засобами пересування. Наприкінці періоду, після всебічного обстеження з обов'язковим тестуванням фізичного стану подають висновки щодо функціональних можливостей пацієнта та його готовності до праці. Відповідно до цього людина повертається на своє робоче місце або стає до роботи з меншими фізичними й психічними навантаженнями. При значних залишкових функціональних порушеннях і анатомічних дефектах пацієнтам пропонують перекваліфікацію, роботу вдома, а при глибоких, важких та незворотних змінах з ними проводять подальше розширення зони самообслуговування і побутові навички.

III етап реабілітації – диспансерний. Основною метою цього етапу є нагляд за реабілітованим, підтримка і покращання його фізичного стану й працездатності у процесі життя. Програма передбачає профілактичні заходи, періодичні перебування у санаторії, заняття фізичними вправами у кабінетах лікувальної фізкультури, групах здоров'я, самостійно; медичні обстеження з проведенням тестів із фізичним навантаженням для визначення функціональних можливостей організму. Останнє дає об'єктивні показники для обґрунтованих рекомендацій щодо адекватності виконуваної роботи, змін умов праці, перекваліфікації і, загалом, способу життя.

Правильне уявлення про наслідки хвороби має принципове значення для розуміння суті медичної реабілітації та спрямованості реабілітаційних впливів. Оптимальним є усунення або повна компенсація пошкодження шляхом проведення відновлювального лікування. Однак це не завжди можливо, і в цих випадках бажано організувати життєдіяльність хворого таким чином, щоб виключити вплив на нього існуючого анатомічного та фізіологічного дефекту. Якщо при цьому колишня діяльність неможлива або негативно впливає на стан здоров'я, необхідно переключення хворого на такі види соціальної активності, які найбільшим ступенем будуть сприяти задоволенню всіх його потреб. Реабілітація хворих та інвалідів є в даний час одним із пріоритетних напрямків медицини як в нашій країні, так і за кордоном. Першочерговими завданнями, які стоять перед реабілітологами, є: вдосконалення методів відновлювального лікування; розробка критеріїв ефективності медичної реабілітації для різних груп хворих; удосконалення збору даних, що стосуються хворих й інвалідів, із подальшим створенням баз даних на місцевому, державному та міжнародному рівнях. У нашій країні, крім цього, дуже важливо зміцнення законодавчої бази, що належить до сфери медичної реабілітації, а також удосконалення системи підготовки фахівців реабілітологів на вузівському і постдипломному рівнях.

Лікувальна фізкультура (ЛФК) є одним із найбільш важливих та дієвих методів медичної реабілітації, який знаходить найширше застосування при захворюваннях нервової системи різної етіології з різноманітними клінічними синдромами як у неврологічній, так і нейрохірургічній практиці (Курелла М., 1962; Каптелін А. 1969). Масаж є одним із найдавніших способів фізичного впливу на організм хворої людини. Йому присвячені багато монографій, в яких описані техніка, тактика та особливості різних видів масажу (Федоров В., Біла Н.; Кунічев Л.).

Важливими завданнями, які вирішуються за допомогою масажу, є: тонізуюча дія – шляхом посилення крово- і лімфообігу, а також неспецифічного стимулювання екстероцептивної та пропріоцептивної чутливості (класичний, сегментарний, точковий масаж); регіонарно-тонічний вплив

на в'ялопаретичні м'язи – досягається застосуванням різних способів класичного масажу у великому обсязі, з достатньою силою, а також спеціального масажу типу реєдукації з екстерорецептивним полегшенням, завдяки подовжньому розтиранню і розминанню м'язів черевця при різних її станах (розслаблення або різного ступеня напруги) і подальшого потряхування, дрібноточкової вібрації та короткочасного до больового відчуття притиснення м'яза; розслаблюючий вплив на ригідні і локально-спазмовані м'язи, що здійснюється за допомогою загальних розслаблюючих прийомів класичного масажу (погладжування, потряхування, дрібноточкової вібрації), які виконуються в повільному темпі з обов'язковими паузами між прийомами, а також за допомогою точкового й сегментарного масажу певних точок і зон; протибольовий вплив досягається рефлекторним впливом точкового (акупресура), сегментарного, східного та класичного (в розслаблюючому варіанті) масажу. Всі прийоми масажу повинні поєднуватися з різними методами лікувальної гімнастики. Лише в особливих випадках, коли загальний стан хворого не дозволяє проводити заняття лікувальною гімнастикою, проведення масажу стає самостійним, стратегічно важливим методом [5].

Масаж – це сукупність прийомів механічної дії у вигляді тертя, тиску, вібрації, що проводяться безпосередньо на поверхні тіла людини як руками, так і спеціальними апаратами, через повітряну, водну або інше середовище. Масаж може бути загальним та місцевим. В залежності від завдань розрізняють такі його види: гігієнічний, лікувальний, спортивний, самомасаж.

Гігієнічний масаж – активний засіб профілактики захворювань, збереження працездатності.

Лікувальний масаж є ефективним методом лікування травм і захворювань. Розрізняють такі його різновиди. Класичний – застосовується без урахування рефлекторної дії і проводиться поблизу від пошкодженої ділянки тіла або безпосередньо на ньому. Рефлекторний – його проводять з метою рефлекторного впливу на функціональний стан внутрішніх органів і систем, тканин, при цьому використовують спеціальні прийоми, що впливають на певні зони. Сполучнотканинний – при цьому виді масажу впливають, в основному, на сполучну тканину, підшкірну клітковину; основні прийоми сполучнотканинного масажу проводять з урахуванням напрямку ліній Бенінгофа. Періостальний – при цьому виді масажу шляхом впливу на точки в певній послідовності викликають рефлекторні зміни надкiстниці. Точковий – різновид лікувального масажу, коли локально впливають розслаблюючим або стимулюючим засобом на біологічно активні точки (зони) відповідно до показань при захворюванні або порушенні функції, або болю, локалізованого в певній частині тіла. Апаратний масаж – проводять за допомогою вібраційних, пневмовібраційних, вакуумних, ультразвукових, іонізуючих приладів та ін..

Лікувальний самомасаж – проводиться самим хворим, може бути рекомендований лікарем, медсестрою, фахівцем з масажу, ЛФК. Вибираються найбільш ефективні для впливу на дану ділянку тіла прийоми. Тривала лікувальна практика показала, що, найбільш адекватним і ефективним засобом відновлювального лікування є лікувальна фізкультура і, в першу чергу, основна її складова частина – лікувальна гімнастика, за допомогою якої здійснюється лікування рухами. Проте, вирішальну роль відіграють методичні прийоми спеціальної лікувальної гімнастики, спрямовані на відтворення або заміщення порушених рухових функцій.

Таким чином, розглянуті вище форми та методи медичної реабілітації мають важливе значення для майбутнього фахівця фізичної реабілітації, які повинні займати вагомий частку навчального плану з підготовки фахівців даного напрямку .

Напрямом подальших досліджень доречно вважати аналіз форм і методів соціальної реабілітації, його місце у загальній підготовці фахівця фізичної реабілітації у ході навчального процесу у виші.

Список використаної літератури

1. Бендет Я. А. Психологические аспекты реабилитации больных после хирургического лечения пороков сердца / Я. А. Бендет, С. М. Морозов, В. А. Скумин // Кардиология. – 1980. – № 6. – С. 169.
2. Кукса В. О. Професійна підготовка фахівців з фізичної реабілітації у вищих навчальних закладах : дис... канд. пед. наук : 13.00.04 / В. О. Кукса ; АПН України ; Інститут вищої освіти. – К., 2002. – 317 с.
3. Коношенко С. В. Особливості роботи вихователя в умовах реабілітаційного центру : дис... канд. пед. наук : 13.00.07 / С. В. Коношенко ; Інститут проблем виховання АПН України. – К., 2002. – 217 с.
4. Скумин В. А. К проблеме психологической реабилитации больных с искусственными клапанами сердца. – В кн.: Совершенствование хирургического лечения пороков сердца / В. А. Скумин. – Киев : Здоров'я, 1978. – С. 38–41.
5. Скумин В. А. Культура здоровья. Избранные лекции / В. А. Скумин. – Чебоксары, 2002. – 264 с.

Рецензент – доктор педагогічних наук, професор А. В. Галімов.