

© И. С. Бахтина, С. А. Калинина, И. Н. Баландина, 2016 г.
УДК [616-036.865:614.253.5]:387

**И. С. Бахтина, С. А. Калинина,
И. Н. Баландина**

РЕАБИЛИТАЦИЯ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ. ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД (организационно-клинические аспекты)

Санкт-Петербургский центр последипломного образования для работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием

Впервые специальность «Реабилитационное сестринское дело» была введена Приказом Минздравсоцразвития РФ от 30 марта 2010 г. № 199н «О внесении изменений в Номенклатуру специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденную Приказом Минздравсоцразвития России от 16 апреля 2008 г. № 176н», однако подготовка таких специалистов велась эпизодически, а их востребованность была неочевидна. Большинство представителей среднего медицинского персонала, занятых в реабилитации и восстановительном лечении, имели сертификаты специалиста по одному из классических направлений («Физиотерапия», «Медицинский массаж», «Лечебная физкультура», «Сестринское дело»). Согласно Постановлению Правительства РФ № 291 от 16 апреля 2012 г., в редакции от 15 февраля 2013 г., «О лицензировании медицинской деятельности», требуется наличие сертификата специалиста по реабилитационному сестринскому делу для среднего медицинского персонала отделений, имеющих реабилитационный профиль или койки восстановительного лечения и реабилитации. В связи с этим подготовка специалистов по реабилитационному сестринскому делу стала весьма актуальной задачей, стоящей перед организациями дополнительного профессионального образования.

Действительно, реабилитация предполагает иную парадигму профессионального клинического мышления, в русле которой формируются специальные профессиональные компетенции медицинского работника.

«Реабилитационное сестринское дело» — это единственная специальность в настоящий момент, где законодательно регламентировано последовательное применение пяти этапов сестринского процесса, о чем свидетельствуют Порядок организации медицинской реабилитации, утвержденный Приказом МЗРФ № 1705н от 29 декабря 2012 г., и Программа «Развитие здравоохранения», утверж-

денная Распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 г. Суть сестринской диагностики заключается в выявлении проблем, стоящих перед пациентом или угрожающих ему в связи с имеющимися заболеваниями или иными обстоятельствами жизни. Именно медицинская сестра должна осуществлять проблемно-ориентированный сестринский процесс, опираясь не столько на особенности той или иной нозологической единицы, сколько на особенности адаптации пациента к изменившимся в связи с заболеванием возможностям. Именно на этом принципе построена принятая в 2000 г. Всемирной организацией здравоохранения Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), являющаяся базой реабилитационной диагностики. Так, физикальные проблемы пациента отражают ограничения жизнедеятельности со стороны структуры и функций; психологические и духовные проблемы определяются индивидуально-типологическими, антропологическими и личностными особенностями, способствующими или препятствующими реабилитации; педагогические и социальные проблемы характеризуют как ограничения активности и участия индивида (вовлечение его в жизненную ситуацию), и факторы социально-культурной и природной сред жизнедеятельности индивида, облегчающие или затрудняющие реабилитационный процесс. Для формулировки сестринских диагнозов могут использоваться основные домены МКФ, что обеспечивает единство терминологического пространства всех специалистов, занятых в процессе медико-социальной реабилитации пациента.

Сбор реабилитационного анамнеза — процесс длительный, охватывающий буквально все слои жизни пациента: от жалоб до увлечений, от особенностей функционирования организма до привычек, дружеских связей и тонкостей производственного процесса. Именно медицинская сестра, внимательно наблюдающая за пациентом и сопровождающими его лицами, находящаяся в тесном продолжительном контакте с ними, постепенно получает, даже не задаваясь такой целью, всю полноту необходимой информации. Для обеспечения динамического мониторинга состояния пациента ею используются различные специализированные шкалы — от визуально-аналоговых шкал боли или настроения до комплексных шкал оценки качества жизни.

Именно ориентация на уровень качества жизни индивидуума, буквально тотальный менеджмент качества жизни, определяет общую для всех специалистов реабилитационную парадигму клинического мышления.

В соответствии с выявленными проблемами пациента определяются долгосрочные и краткосрочные

цели реабилитации. Каждая цель должна обладать следующими характеристиками:

- специфичность (ориентированность на особенности данного пациента и членов его семьи, вовлеченных в реабилитационный сестринский процесс);
- измеримость (возможность точно и объективно оценить степень достижения цели);
- достижимость и реалистичность (наличие реальной возможности достичь цели с учетом реабилитационного потенциала);
- определенность во времени (для достижения каждой цели устанавливаются конкретные сроки, что повышает мотивацию как самого пациента и членов его семьи, так и медицинских работников).

В соответствии с поставленными целями формируется план реабилитации, исходя из которого медицинские сестры планируют непосредственно свой трудовой день. Несомненно, значительную долю рабочего времени медицинской сестры реабилитационного профиля занимает выполнение врачебных назначений, однако именно в реабилитации традиционно высок уровень автономности среднего медицинского персонала и велик удельный вес независимых сестринских вмешательств. Медицинские сестры по физиотерапии имеют наиболее точно прописанные врачебные назначения, но при этом за ними сохраняется функция динамической оценки состояния, включая ежедневный допуск к физиотерапевтическим процедурам, а также право регулировать интенсивность воздействия преформированных физических факторов.

Медицинская сестра по массажу и инструктор по лечебной физкультуре получают общие врачебные рекомендации, самостоятельно выбирая средства воздействия (массажные приемы и их комбинацию, определенные упражнения и приемы позиционирования). Эти специалисты осуществляют динамический контроль состояния, включая допуск к процедурам, кроме того, в обязательном порядке проводят обучение пациентов и/или их родственников.

Значительно расширяются функции постовых медицинских сестер реабилитационных отделений. Медицинская сестра — не только исполнитель врачебных назначений, но и организатор лечебного режима, на нее возложен контроль за его выполнением с учетом рекомендованных двигательных режимов и назначенных упражнений в режиме дня, диетотерапии, организации досуга, обеспечения противоэпидемического и лечебно-охранительного режимов. Кроме того, именно постовые медицинские сестры должны формировать необходимую терапевтическую среду пациента. С точки зрения сестринского процесса, терапевтическая среда — это обстановка, окружающая пациента и способствующая восстановлению утраченных или

поврежденных функций, повышению его эмоционального фона и мотивации к лечению, социализации и преодолению явлений госпитализма. Жизненное пространство организуется в условиях, приближенных к естественным для данного пациента, способствующих нормализации его жизни с учетом изменившихся возможностей. Особое значение при этом имеет комплексная профилактика развития осложнений. Именно профессионально грамотная и четкая организация ухода позволяет направить все силы и пациента, и реабилитационной бригады на восстановление утраченных или снизившихся функциональных возможностей, на нормализацию активности и участия человека в повседневной жизни, а следовательно, на повышение качества жизни в целом.

Особенностью реституционного ухода является постоянный неформальный контакт с пациентом, активное применение природных факторов восстановительного лечения, обеспечение общетонизирующей двигательной активности в соответствии с возможностями пациента. Например, именно постовые сестры должны проводить утреннюю гигиеническую гимнастику, контролировать прогулки, проводить обучающие и досуговые мероприятия. Перечислим задачи реституционного ухода:

- контроль двигательного режима и выполнения упражнений в режиме дня;
- контроль проведения утренней гимнастики;
- контроль паттернов поведения;
- контроль паттернов питания;
- контроль посещений реабилитационных процедур;
- психологическая и социальная поддержка;
- формирование внешней среды, способствующей реабилитации пациента.

Именно в реабилитации средний медицинский персонал затрачивает много времени и сил на обучение пациентов и их близких: это и школы пациента нозологически ориентированной или валеологической направленностей, и школы для родственников лиц с изменившимися возможностями, и индивидуальные занятия. В целях экономии усилий рационально использовать следующие приемы:

- памятки для пациентов и их родственников;
- информационные стенды на отделении;
- инструкции, алгоритмы действия при стандартных состояниях;
- прикроватная информационная (маркерная) доска, содержащая как основную информацию о пациенте, так и необходимые напоминания.

Заключительным этапом реабилитационного сестринского процесса является оценка эффективности проведенных вмешательств. В отличие от динамической оценки состояния пациента, такая оценка является этапной, она выполняется коллек-

тивно в рамках реабилитационной мультидисциплинарной бригады или совместно с пациентом и его близкими. Реализация пятого этапа сестринского процесса основана на сопоставлении запланированных и достигнутых результатов в зависимости от поставленных ранее целей. Большое значение имеет удовлетворенность итогами лечения и пациента, и медсестры. В первом случае удовлетворенность не может быть оценена на основании анкет оценки качества медицинской услуги, так как при этом невозможно ограничиться сервисным компонентом. Удовлетворенность пациента повышается при соответствии достигнутого результата его ожиданиям, что непосредственно влияет на мотивацию к дальнейшим реабилитационным мероприятиям. Следовательно, задача медицинской сестры заключается в том, чтобы с самого начала максимально вовлечь пациента в процесс реабилитации, установив равноправные отношения сотрудничества. Патерналистский подход к общению с пациентом значительно снижает результативность реабилитационных вмешательств.

Таким образом, сестринский процесс является необходимой составляющей реабилитационного процесса, а последовательное выполнение пяти этапов сестринского процесса медицинскими сестрами приводит к решению задач, поставленных перед реабилитационной службой. Исходя из вышеизложенной концепции реабилитационного сестринского дела проводится профессиональная переподготовка среднего медицинского персонала по данной специальности. Обязательной составляющей является симуляционное обучение. В условиях симуляционной лаборатории, при помощи манекенов и статистов-актеров слушатель погружается в рабочую ситуацию, где действует исходя из полученных знаний и личного опыта. Каждая кейс-задача разбирается на дебрифинге, за каждое правильное действие начисляются баллы, а оценку работы слушателей дают их коллеги, выступающие в роли клинических экспертов. Именно такой способ позволяет сформировать, а впоследствии и оценить сложившиеся профессиональные компетенции и подготовить специалиста к работе в новых для него условиях, с учетом современной парадигмы реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Камаева О. В., Полина Монро, Буракова З. Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: метод. пособие. Ч. 2: Сестринские вопросы. — СПб., 2003. — 45 с.
2. Организационные основы сестринского дела по реабилитации: учеб. пособие / Петрова Н. Г., С. А. Калинина, Т. И. Миннулин, Б. В. Эпельман. — СПб.: Спецлит, 2016. — 119 с.

3. Поляков И. В., Калинина С. А., Зеленская Т. М. Организационные формы повышения эффективности сестринского персонала отделений восстановительного лечения и реабилитации многопрофильной больницы: монография. — СПб.: СПбГМА, 2010. — 158 с.

4. Порядок организации медицинской реабилитации: Приказ МЗ РФ № 1705н от 29 дек. 2012. URL: <https://rg.ru/2013/04/25/rehabilitation-dok.html> (дата обрац. 15.09.2016).

РЕЗЮМЕ

И. С. Бахтина, С. А. Калинина, И. Н. Баландина

Реабилитация в сестринском деле. Инновационный подход (организационно-клинические аспекты)

Специальность «Реабилитационное сестринское дело» была введена Приказом Минздравсоцразвития РФ от 30 марта 2010 г. № 199н, но наиболее востребована стала в связи с Постановлением Правительства РФ № 291 от 16 апреля 2012 г. «О лицензировании медицинской деятельности». Реабилитация предполагает особую парадигму клинического мышления, в русле которой формируются специальные профессиональные компетенции. Это единственная специальность, где законодательно регламентировано применение сестринского процесса, а диагностика базируется на Международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья. Медсестра — не только исполнитель врачебных назначений, но и организатор терапевтической среды с учетом рекомендованного двигательного и противозаразного режимов, диетотерапии, досуга, комплексной профилактики осложнений. Профессиональная организация и осуществление реституционного ухода позволяет направить все силы пациента и медработников на восстановление утраченных возможностей, нормализацию активности и участия человека в повседневной жизни.

Ключевые слова: реабилитационное сестринское дело, последипломное обучение персонала.

SUMMARY

I. S. Bakhtina, S. A. Kalinina, I. N. Balandina

Rehabilitation in nursing care. Innovative approach (organization and clinical aspects)

The specialty «Rehabilitation nursing care» was introduced by the order of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation of 30.03.2010 № 199n, but became really demanded due to government ordinance of Russian Federation № 291 of 16.04.2012 «Medical practice licensing». Rehabilitation assumes a particular paradigm of clinical thinking, where special professional competences are forming. It is the only study program, where nursing process application is a matter of legislative regulation, and diagnostics is based on FIC (ICF). A nurse is not just a doctor's precept executor, but the whole therapeutic environment (including recommended motion and epidemic regimes, diet therapy, leisure and complex sequel prevention) organizer as well. Professional organization and restorative care implementation allow concentrating all the patient's and medics' forces on the recovery of lost opportunities, activity normalization and retrieval of the person to an everyday life.

Keywords: rehabilitation nursing care, postgraduate staff training.