

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини,
фізичного виховання і здоров'я

ОСНОВИ ПРАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Тема 3. ПОСАДОВІ ВИМОГИ ДО ОСІБ, ПРИЧЕТНИХ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ.
РЕАБІЛІТОЛОГ, ЙОГО РОЛЬ В ОРГАНІЗАЦІЇ, УПРАВЛІННІ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ
РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ. ПРАВА, ПОСАДОВІ ВИМОГИ,
ОЦІНКА ДІЯЛЬНОСТІ РЕАБІЛІТОЛОГА

Методичні рекомендації для практичних занять
студентів I курсу медичних факультетів
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

Запоріжжя

Затверджено:

на засіданні кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я ЗДМУ

протокол № 1 від 29.08.20 р.

на ЦМР ЗДМУ

протокол №1 від 29.08.20 р.

Автори:

Сазанова І.О., старший викладач кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я ЗДМУ;

Методичні рекомендації призначені для студентів, які навчаються за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» ЗВО МОЗ України. Містять базові питання з практичної діяльності у фізичній реабілітації, вивчення яких передбачено навчальною програмою з дисципліни «Основи практичної діяльності у фізичній реабілітації»

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №3

ПОСАДОВІ ВИМОГИ ДО ОСІБ, ПРИЧЕТНИХ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ.
РЕАБІЛІТОЛОГ, ЙОГО РОЛЬ В ОРГАНІЗАЦІЇ, УПРАВЛІННІ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ
РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ. ПРАВА, ПОСАДОВІ ВИМОГИ,
ОЦІНКА ДІЯЛЬНОСТІ РЕАБІЛІТОЛОГА

Курс: I

Спеціальність: 227 «Фізична терапія, ерготерапії»;

1.Заняття №3

2.Тривалість теми 2 (год.).

3.Навчальна мета: Ознайомитися з роботою реабілітолога, його роллю в організації, управлінні та реалізації реабілітаційних заходів

Знати: Поняття «реабілітація» та «реабілітолог».Права, посадові вимоги . до реабілітолога

4.Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція

№ з/п	Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1.	Анатомія	Знати анатомічну будову тіла людини, особливості шкіри, скелетно-м'язової системи та опорно-рухового апарату.
2.	Фізіологія	Знати особливості фізіологічного стану організму у стані фізіологічного спокою та після дії на нього масажу.

5. Зміст теми:

**ПОСАДОВІ ВИМОГИ ДО ОСІБ, ПРИЧЕТНИХ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ.
РЕАБІЛІТОЛОГ, ЙОГО РОЛЬ В ОРГАНІЗАЦІЇ, УПРАВЛІННІ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ
РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ. ПРАВА, ПОСАДОВІ ВИМОГИ,
ОЦІНКА ДІЯЛЬНОСТІ РЕАБІЛІТОЛОГА**

ЕТАПИ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦЯ З ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Загальні положення

1.1. Посада "Фахівець з фізичної реабілітації" відноситься до категорії "Фахівці".

1.2. Кваліфікаційні вимоги - вища освіта відповідного напрямку підготовки (бакалавр), спеціалізація "фізична реабілітація". Без вимог до стажу роботи.

1.3. Знає та застосовує у діяльності:

- анатомію і фізіологію людини;
- методи профілактики й корекції м'язово-скелетних дисфункцій на підставі виявлення анатомічних, фізіологічних, патологічних та психосоціальних характеристик;
- теорію фізичних занять і спорту;
- фізіологію праці, біомеханіку, моторний контроль, розвиток людини, кінезіологію та патокінезіологію;
- методiku, доцільність і обсяг застосування заходів профілактики і корекції рухових дисфункцій у осіб різного віку, зокрема при неврологічних, опорно-рухових, серцево-судинних і респіраторних захворюваннях;
- закономірності організації й розвитку систем фізичного виховання, охорони здоров'я, освіти й соціального захисту, основи національного та міжнародного законодавства в цих галузях;
- основи психології, соціології, антропології, екології та валеології, основи наукових досліджень, планування і виконання експериментальних робіт, основи організації праці, адміністрації і менеджменту в державному і приватному секторах.

1.4. Фахівець з фізичної реабілітації призначається на посаду та звільняється з посади наказом по організації (підприємству/організації).

1.5. Фахівець з фізичної реабілітації під час відсутності, заміщається особою, призначеною в установленому порядку, яка набуває відповідних прав і несе відповідальність за належне виконання покладених на нього обов'язків.

2. Характеристика робіт, завдання та посадові обов'язки

2.1. Здійснює реабілітаційні заходи з метою усунення, припинення або зменшення болю, відновлення функцій організму, досягнення нормального рівня здоров'я, фізичної самостійності та активності, оптимального фізичного стану та самопочуття осіб (дітей та дорослих) з порушеннями опорно-рухового апарату, ортопедичними вадами, побутовими, спортивними та професійними травмами, наслідками неврологічних, серцево-судинних, респіраторних та інших захворювань, людей похилого віку з віковими ускладненнями.

2.2. Проводить обстеження, визначає функціональний стан та рівень фізичного розвитку, виявляє порушення і складає індивідуальну програму реабілітації.

2.3. Розробляє і впроваджує комплекс вправ і рекомендацій, спрямованих на поліпшення діяльності опорно-м'язової системи та організму в цілому, координації, збільшення сили м'язів і вдосконалення вправності рухів, відновлення або компенсацію порушених чи відсутніх функцій.

2.4. Навчає способам досягнення самостійності в побуті, самообслуговуванні, пересуванні, а також підтримки фізичного самопочуття і здоров'я.

2.5. Аналізує хід виконання реабілітаційної програми та вносить корективи на кожному з етапів; веде відповідні записи й документацію.

2.6. Співпрацює з лікарями, педагогами, логопедами, психологами, соціальними працівниками.

2.7. Консультує щодо влаштування доступного й безпечного функціонального середовища вдома, на роботі, в громадських місцях, у соціальному оточенні осіб з обмеженими фізичними можливостями.

2.8. Консультує родичів та опікунів щодо виявлених порушень і шляхів досягнення особами з обмеженими фізичними можливостями максимальної незалежності і нормального рівня здоров'я, залучає їх до планування і проведення реабілітаційної програми та надання необхідної допомоги особам з обмеженими фізичними можливостями.

2.9. Виконує ці професійні обов'язки в реабілітаційних центрах, медичних, освітніх, санаторно-курортних закладах, соціальних службах, установах і організаціях державного, громадського й приватного секторів, а також провадить самостійну реабілітаційну практику в межах своєї компетенції.

2.10. Зберігає таємницю індивідуальних програм реабілітації.

2.11. Дотримується правил і норм професійної етики.

2.12.Знає, розуміє і застосовує діючі нормативні документи, що стосуються його діяльності.

2.13.Знає і виконує вимоги нормативних актів про охорону праці та навколишнього середовища, дотримується норм, методів і прийомів безпечного виконання робіт.

3. Права

3.1. Фахівець з фізичної реабілітації має право вживати дії для запобігання та усунення випадків будь-яких порушень або невідповідностей.

3.2. Фахівець з фізичної реабілітації має право отримувати всі передбачені законодавством соціальні гарантії.

3.3. Фахівець з фізичної реабілітації має право вимагати сприяння у виконанні своїх посадових обов'язків і здійсненні прав.

3.4. Фахівець з фізичної реабілітації має право вимагати створення організаційно-технічних умов, необхідних для виконання посадових обов'язків та надання необхідного обладнання та інвентарю.

3.5. Фахівець з фізичної реабілітації має право знайомитися з проектами документів, що стосуються його діяльності.

3.6. Фахівець з фізичної реабілітації має право запитувати і отримувати документи, матеріали та інформацію, необхідні для виконання своїх посадових обов'язків і розпоряджень керівництва.

3.7. Фахівець з фізичної реабілітації має право підвищувати свою професійну кваліфікацію.

3.8. Фахівець з фізичної реабілітації має право повідомляти про виявлені в процесі своєї діяльності порушення і невідповідності і вносити пропозиції щодо їх усунення.

3.9. Фахівець з фізичної реабілітації має право ознайомлюватися з документами, що визначають права та обов'язки за займаною посадою, критерії оцінки якості виконання посадових обов'язків.

4. Відповідальність

4.1. Фахівець з фізичної реабілітації несе відповідальність за невиконання або несвоєчасне виконання покладених цією посадовою інструкцією обов'язків та (або) невикористання наданих прав.

4.2. Фахівець з фізичної реабілітації несе відповідальність за недотримання правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці, техніки безпеки, виробничої санітарії та протипожежного захисту.

4.3. Фахівець з фізичної реабілітації несе відповідальність за розголошення інформації про організацію (підприємство/установу), що відноситься до комерційної таємниці.

4.4. Фахівець з фізичної реабілітації несе відповідальність за невиконання або неналежне виконання вимог внутрішніх нормативних документів організації (підприємства/установи) та законних розпоряджень керівництва.

4.5. Фахівець з фізичної реабілітації несе відповідальність за правопорушення, скоєні в процесі своєї діяльності, в межах, встановлених чинним адміністративним, кримінальним та цивільним законодавством.

4.6. Фахівець з фізичної реабілітації несе відповідальність за завдання матеріального збитку організації (підприємству/установі) в межах, встановлених чинним адміністративним, кримінальним та цивільним законодавством.

4.7. Фахівець з фізичної реабілітації несе відповідальність за неправомірне використання наданих службових повноважень, а також використання їх в особистих цілях

Фахівець фізичної реабілітації — людина, яка закінчила повний курс навчання за спеціальністю «Фізична реабілітація». Відповідає міжнародному терміну Physical therapy (or physiotherapy) - фізична терапія або фізіотерапія, відповідно фізичний терпавет або фізіотерапевт. Аббревіатура - РТ.

Фізичні реабілітологи працюють як незалежні практикуючі фахівці, а також в команді з іншими фахівцями сфери охорони здоров'я, дотримуючись етичних принципів Світової Конфедерації Фізичної терапії (WCPT). Вони можуть вести первинний прийом пацієнтів, а пацієнти/клієнти можуть, в свою чергу, безпосередньо звертатись до фахівців фізичної реабілітації без скерування від інших медичних фахівців. Фахівці фізичної реабілітації є провідними спеціалістами з відновлення, корекції та підтримки рухових функцій. Вони володіють системними знаннями у сфері рухової діяльності людини.

Фахівець фізичної реабілітації — це сформована і легітимна професія, з особливими професійними аспектами клінічної практики та освіти, що визначається різноманітністю соціальних, економічних, культурних та політичних умов. Але вона є окремою самодостатньою професією. Першою професійною кваліфікацією, отриманою в будь-якій країні, є успішне завершення навчальної програми, якою присвоюється кваліфікація фахівця

фізичної реабілітації, надається право використовувати назву цієї професії і працювати як незалежний спеціаліст.

Фахівці фізичної реабілітації обстежують пацієнтів з метою виявлення рухових дисфункцій та визначення рухового потенціалу, розробляють і виконують індивідуальний план фізичної реабілітації у співпраці з іншими спеціалістами (лікарями, соціальними працівниками, психологами, вчителями, тренерами) та пацієнтом. Фахівці фізичної реабілітації також проводять наукову, адміністративну, викладацьку та консультативну діяльність.

Фахівці фізичної реабілітації мають відповідну кваліфікацію для виконання таких професійних обов'язків:

- проведення комплексного обстеження/оцінки/визначення потреб окремого пацієнта/клієнта або потреб групи клієнтів (за допомогою гоніометрії, тесту Ловетта, ООРФ).
- встановлення діагнозу, визначення прогнозів і плану заходів
- надання консультації в рамках своєї компетенції та визначення того, коли пацієнтам/клієнтам слід звернутися до інших медичних фахівців
- впровадження програми втручання/лікування, складеної фахівцем фізичної реабілітації
- визначення очікуваних результатів будь-якого втручання/лікування
- надання рекомендацій для самостійного функціонування

Клінічна діяльність складається з реабілітаційного обстеження, оцінювання, визначення реабілітаційного діагнозу, складання прогнозу та здійснення реабілітаційного втручання. Обстеження обов'язково передуює будь-якому втручання. Його проходять усі пацієнти згідно з медичним діагнозом. Зазвичай, клінічна діяльність фізичного терапевта охоплює всі п'ять складових. Нерідко клінічна діяльність обмежується виконанням лише однієї (обстеження) або двох, трьох, чотирьох інших складових, наприклад, проведенням обстеження (огляду), оцінки, визначенням реабілітаційного діагнозу і прогнозу, але без втручання. Клінічна діяльність здійснюється в лікувальних та реабілітаційних установах і передбачає участь у встановленні реабілітаційного діагнозу та виконанні реабілітаційної програми. Вона охоплює втручання під час гострих станів, функціональне відновлення, підтримку досягнутих результатів, профілактику виникнення дисфункцій. Пацієнта скеровує безпосередньо до фізичного терапевта лікуючий лікар. Скерування містить перелік проблем, вирішення яких належить до компетенції фізичного терапевта. Позаклінічна діяльність фізичного терапевта

охоплює участь у наукових дослідженнях, навчальних програмах, консультуванні та адміністративній діяльності.

Фахівці фізичної реабілітації надають свої послуги у медичних закладах, навчально-реабіліційних центрах, закладах освіти та соціального захисту населення, спортивно-тренувальних центрах, спортивних командах. Згідно з діючим законодавством, вони можуть обіймати посади «спеціаліст фізичної реабілітації», «медична сестра (інструктор) з лікувальної фізкультури», «медична сестра з масажу». Наявний стан справ в українському законодавстві та в українській системі охорони здоров'я не відповідає потребам у цій професії (він не задовольняє ані пацієнтів, ані фізичних реабілітологів).

СТАВЛЕННЯ ДО ПАЦІЄНТІВ (КЛІЄНТІВ).

Міжособистісні стосунки між лікарем та хворим будуються за принципом практичної взаємодовіри, адже довіра як морально-психологічна категорія визначає ставлення як до дій іншої особи, так і до себе самої, ґрунтується на переконанні, що діє ця особа правильно, їй притаманні сумління і чесність. Довіра є обов'язковим компонентом у діяльності будь-якої соціальної групи, в якій люди спілкуються і мають тимчасові чи постійні цілі. Такими цілями у взаємовідносинах лікаря та хворого є успіхи у лікувальному процесі.

Але щоб завоювати довіру пацієнта, лікарю недостатньо бути просто фахівцем, потрібно вміти розуміти психологічний стан хворого і знаходити відповідний підхід до нього. Однак це вдається не завжди: в одних випадках, і вони переважають, лікар може завоювати довіру хворого з першого знайомства, а в інших — ніколи. Відомо, що під час перших контактів лікаря з хворим виникає інтерференція знання лікаря і незнання або напівзнання хворого. Тому кожна розмова лікаря з хворим має включати в себе елементи медичної освіти і перш за все відомості про характер захворювання, обґрунтування плану лікування та передбачення його наслідків.

Протягом усієї історії медицини провідною у відносинах між лікарем і хворим була й залишається довіра, яка раніше передбачала повне право лікаря приймати рішення, а тепер орієнтується на творчу співпрацю, де мають місце сумніви щодо результатів лікування й прогнозу, а також правдиві відомості про серйозність самої хвороби. Все це становить сучасний медичний підхід до проблеми взаємовідносин лікаря і хворого.

Що більше ці стосунки ґрунтуються на довірі, то повніше вони виконують роль емоційного захисту, здатні відгукнутися співчуттям й співпереживанням, то вища їхня моральна цінність. Така "відкритість" відносин між лікарем і

хворим дає змогу розв'язати найрізноманітніші проблеми — від діагностичного пошуку до найінтимніших питань.

ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОВІДНОСИН ЛІКАРЯ І ХВОРОГО

Взаємовідносини лікаря і хворого - це не просто обмін інформацією, це — частина лікування. Адже давно відомо, що лікарі можуть впливати на хворобу без будь-яких ліків: прикладом може слугувати ефект плацебо. Плацебо — це біологічно інертна речовина, котру лікар дає хворому як біологічно активну. Свого часу обов'язковою передумовою ефекту від плацебо вважалася сліпа віра у чудодійну силу ліків. Однак співробітництво між лікарем і хворим породжує ефект плацебо без усякого плацебо: будучи науково обґрунтованим, ефект плацебо доповнює медицину як науку і виправдовує погляд на неї як на мистецтво.

У повсякденній діяльності лікаря часто виникають конфлікти утилітарної етики, яка вчить ураховувати лише наслідки лікарської діяльності, та деонтологічної етики, згідно з якою треба орієнтуватися не на наслідки, а на загально визнані етичні принципи: чесність, вірність обов'язку, "клятві Гіппократа", дотримуватися прав людини тощо.

Важливою етичною проблемою є співвідношення свободи пацієнта і опіки над ним лікаря. Ця опіка позначається терміном "патерналізм", який може бути справжнім (наприклад, у разі непритомності хворого) або солітарним, коли пацієнт повністю довіряє лікарю і твердо переконаний, що той зробить усе для його видужання. Проте найчастіше зустрічається несолітарний патерналізм, який вимагає від лікаря великого такту для спрямування волі пацієнта на шлях видужання.

Усе розмаїття підходів до співробітництва лікаря та хворого складається із чотирьох головних компонентів:

- а) підтримки;
- б) розуміння;
- в) поваги;
- г) співчуття.

Підтримка - одна із найважливіших умов правильних взаємин лікаря і хворого. Підтримка у цьому випадку означає прагнення лікаря бути корисним для хворого. Однак це не означає, що лікар повинен взяти на себе всю відповідальність за стан здоров'я і настрої хворого. Тут повинні допомагати й сім'я та близькі друзі хворого. Однак головні ресурси, вірогідно, приховані у самому хворому, їхнє повне розкриття й використання стане можливим, якщо хворий усвідомить: лікар прагне допомогти, а не намагається примусити.

Таким чином, лікар відповідає за моральну підтримку хворого, тобто активізує роль хворого у лікувальному процесі.

Ефективність плацебо насамперед залежить від самого бажання хворого одужати і, нарешті, від його впевненості в успіху. Згода хворого на активну участь у лікувальному процесі провіщає сприятливий результат.

Розуміння хворого з боку лікаря — це підґрунтя, на якому закріплюється довіра, адже хворий переконується, що його скарги зафіксовані у свідомості лікаря і він їх активно осмислює. Розуміння може бути виражене і невербальним шляхом: поглядом, кивком голови тощо. Тон та інтонація здатні демонструвати як порозуміння, так і відстороненість, незацікавленість. Якщо хворий переконується у нерозумінні і небажанні зрозуміти, то він автоматично перетворюється з помічника лікаря на його супротивника. Невиконання лікарських рекомендацій (і, як наслідок цього - відсутність ефекту від лікування) може бути єдиною ознакою того, що хворий не впевнений у зацікавленості лікаря його конкретним випадком, у бажанні лікаря вникнути в ситуацію і розібратися професійно. Взаємини лікаря і хворого заходять у безвихідь.

Повага передбачає визнання цінності хворого як індивіда і серйозності його тривоги. Ідеться не тільки про згоду вислухати людину, головне - продемонструвати, що її слова є вагомими для лікаря: необхідно визнати значущість подій, які мали місце в житті хворого, і особливо тих, що становлять інтерес з погляду лікаря-професіонала.

Щоб продемонструвати повагу, необхідно ознайомитися з умовами життя хворого якомога ґрунтовніше, щоб спілкуватися з ним як з особистістю, а не лише як із носієм певної хвороби. Вже сам час, витрачений на з'ясування особистісних обставин життя хворого, засвідчує повагу до нього лікаря. Часто все, що вимагається від лікаря, - це активно проявити зацікавленість. Важливі прості речі, приміром, швидко запам'ятати ім'я і прізвище хворого. Невербальне спілкування здатне як закріпити довіру до лікаря, так і зруйнувати її. Якщо дивитися хворому в очі і сидіти поряд з ним, то він відчує, що його поважають. Постійно переривати розмову з хворим або самому вести у його присутності сторонні розмови - означає продемонструвати неповагу до нього.

Доцільно буває похвалити хворого за терпіння, за скрупульозне виконання ваших призначень. Якщо хворий показав вам результати своїх аналізів, рентгенограми тощо, покажіть, наскільки корисною виявилася ця інформація, тоді у такий спосіб виникне позитивний зворотний зв'язок.

Однією з найнебезпечніших і деструктивних звичок лікаря є здатність до принизливих щодо своїх пацієнтів зауважень. Хворий, який випадково почув, як лікар насміхається з нього у колі друзів, мабуть, ніколи цього не забуде і не пробачить. Аналогічна ситуація може виникнути під час збирання анамнезу, коли лікар постійно робить зауваження з приводу неточних висловлювань (формулювань) хворого, супроводжує зауваження відповідною незадоволеною мімікою обличчя, "нервовими" рухами рук.

Співчуття - ключ до співпраці між лікарем та хворим. Необхідно вміти поставити себе на місце хворого, подивитися на світ його очима. Співчуття - це певною мірою своєрідна екранізація (поглинання) почуттів іншого на свою духовну сферу. Співчувати - значить відчувати іншого всім своїм єством. Співчуття починається з факту нашої присутності, інколи мовчазної, з очікування, коли хворий заговорить.

Лікар повинен терпляче слухати хворого, навіть коли він повторюється, давати можливість обговорювати причини і наслідки хвороби, його майбутнє. Співчуття можна висловити досить просто, поклавши руку на плече хворого, що створює певний позитивно-емоційний настрій, на якому можна будувати взаємодовіру. Однак таке ставлення до хворого зовсім не означає "панібратства" або "вседозволеності". Певна "дистанція" (непомітна для хворого) між лікарем та хворим повинна завжди витримуватися, що на певному часовому відрізку взаємин (коли хворий забажає використати добрі стосунки з лікарем у своїх недобропорядних цілях) буде гарантувати лікарю збереження свого авторитету й гідності та створюватиме сприятливі умови для "відступу" і надійної "оборонної позиції".

ехнічний прогрес дещо руйнує хороші взаємини між лікарем та хворим. І коли лікар повністю дозволяє машині стати між собою і хворим, він ризикує залишити хворого без свого сильного "одужувального впливу".

Вплив ДОБРИХ ВЗАЄМОВІДНОСИН НА ЛІКУВАЛЬНИЙ ПРОЦЕС

Налагоджені стосунки лікаря і хворого не тільки цілющі самі по собі, вони посилюють і полегшують вплив інших лікувальних процедур. Наприклад, від цих взаємовідносин часто залежить дисциплінованість хворого, тобто готовність виконувати лікарські рекомендації. Бажання співпрацювати зі своїм лікарем створює своєрідну платформу для бажання хворого змінити спосіб життя.

Клінічна практика переконливо довела, що у переважній більшості випадків встановлюються добрі взаємовідносини лікаря і хворого, адже самі хворі прагнуть до плідної співпраці з лікарем. Однак зустрічаються й такі

випадки, коли хворі або свідомо, або підсвідомо не бажають такої співпраці, а лікарю, з огляду на його професійні обов'язки, необхідно все ж таки віднайти "спільну мову" з категоричними хворими.

Перша категорія - це хворі, які не хочуть співпрацювати з лікарем. Впізнати такого хворого, який скептично настроєний стосовно лікарів і медицини в цілому, зовсім не важко, але уникнути його негативної або оборонної реакції значно складніше. Це добре знають студенти-медики і лікарі швидкої медичної допомоги: у перших хворі вбачають себе у ролі "піддослідного кролика", а у других - у ролі "футбольного м'яча", який бажають "відфутболити" до будь-якого лікувального закладу, аби позбавити себе зайвого "головного болю" від їхніх численних скарг і нарікань.

І перші, і другі змушені вислуховувати від хворих такі "крилаті" вислови, як: "Не люблю я ходити до лікарів", "Відліків - одна шкода", "Я лікарям не вірю".

Друга категорія - це хворі, які мають далекі від лікування цілі. Цих хворих важко розпізнати, адже вони, на відміну від перших, уміють створювати хибне враження про плідну співпрацю; мають цілком пристойний вигляд і нібито повністю довіряють лікарям. Однак ця категорія хворих, хоч на перших порах і найбільше вихваляє своїх лікарів, постійно робить їм компліменти, частіше за інших вступає в конфліктні ситуації з лікарями. Існує два типи ситуацій, у яких хворі прагнуть до деструктивної взаємодії з лікарем.

Щодо обставин, за яких виникають різноманітні ситуації, то перший тип ситуацій — це випадки, коли хворий своїми словами і вчинками намагається схилити лікаря на свій бік до виступу проти членів своєї сім'ї.

У даній ситуації лікар стає зброєю, яку хворий намагається використати проти своїх близьких. Хворий може прямо попросити лікаря втрутитись у домашній конфлікт. Такі прохання слід розцінювати як сигнал, що передрікає небезпеку.

Другий тип ситуацій, у яких можливе зловживання довірою лікаря, - коли хвороба або нездоровий спосіб життя дають хворому певну користь. Іншими словами, хворобливий стан надає йому певну перевагу, і він намагається за будь-яких обставин підтримувати цей стан.

Користь хворий може вбачати у підвищеній увазі до своєї персони з боку оточуючих, у меншій відповідальності за свої вчинки, в ухилянні від домашніх обов'язків, у деяких пільгах, передбачених законом. Хворому хочеться бути хворим, він уже ввійшов у цю роль, і тепер це потрібно довести або

підтвердити офіційно. І тут він використовує всі ймовірні засоби, у тому числі й довірливі стосунки з лікарем.

Водночас згадані вище типи деструктивної взаємодії хворого з лікарем характеризується тим, що поведінка хворого мало змінюється з часом, отже, й лікар з часом часто переживає розчарування, відчуючи власну безпорадність.

Нарешті, ще один досить рідкісний тип людей, не здатних до плідної співпраці з лікарем, їх можна назвати конфліктними пацієнтами, їм усе не до вподоби: і порядки в лікарні, і харчування, і лікування, І нарешті, самі лікарі. В усьому вони вбачають порушення існуючого законодавства. А тому стають постійними кореспондентами різних відомств та міністерств, у тому числі правоохоронних (міліція, прокуратура, суди тощо). Починаються перевірки, надходять судові позови і т. ін. Усе це призводить до психоемоційної напруги, колосального витрачання часу на перевірки різними авторитетними комісіями тощо. І нарешті, якщо такі процеси затягуються, лікар втрачає спокій, "рівновагу" і навіть репутацію. Хворі ж продовжують "успішно боротися", затягуючи у свої "тенета" все нові й нові "жертви".

Цікаво, що такі хворі переважно не важкі у медичному плані. У більшості з них мають місце функціональні розлади (невроциркуляторна дистонія, дискінезії внутрішніх органів і т. ін.). Такого типу хворих слід відрізняти від тяжкохворих, які покладають на медицину нереалістичні надії і неодмінно відчують глибоке розчарування, коли стикаються з досить скромними результатами лікування.

Таких хворих часто по-людськи можна зрозуміти і їм поспівчувати. Але й тут виникають подібні проблеми - скарги, нарікання тощо. Вихід для лікаря лише один-єдиний - добросовісно виконувати свої професійні обов'язки, робити все можливе, щоб зменшити страждання хворих. І адміністративні перевірки не будуть приносити неприємностей, коли лікар чітко оформив медичну документацію.

Існує ще категорія хворих, з якими просто важко, їх умовно поділяють на такі типи: наполегливо-вимогливі, нав'язливі та хронічно невдоволені.

Наполегливо вимогливі вміють обґрунтувати свої найабсурдніші вимоги. В'язкі користуються медичною допомогою настільки інтенсивно, що викликають роздратування й досаду. Хронічно невдоволені доводять лікарів до розпачу своїми повідомленнями про неефективність використаного лікування. Важливо не сплутати наведені вище типи хворих із зовсім іншими

категоріями "важких" хворих, яким дійсно важко встановити діагноз через атиповий перебіг хвороби.

Незважаючи на те що згаданий вище тип хворих зустрічається рідко, сила їхнього впливу на лікаря може бути неадекватною, якщо він не вміє правильно поводити себе з ними. Наполегливі, нав'язливі або вічно невдоволені люди здебільшого викликають негативні емоції не тільки у лікарів, але й у всіх оточуючих.

Розглянуті вище довірливі стосунки з хворими безсумнівно відіграють суттєву роль у лікувально-діагностичному процесі. Однак у деяких випадках ці стосунки заважають лікарям об'єктивно оцінити ситуацію і правильно зрозуміти події. Через високий ступінь довіри до хворого можна не помітити наркоманію, медикаментозну залежність або той факт, що хворий ще лікується у іншого лікаря і виконує всі його рекомендації, які водночас суперечать вашим. І все ж таки здатність встановлювати і підтримувати довірчі стосунки - часто найголовніша властивість лікаря, яка спонукає людей звертатися до нього по допомогу.

ПРОБЛЕМА ПРАВДИ У СТОСУНКАХ МІЖ ЛІКАРЕМ І ПАЦІЄНТОМ

Розглянемо ще один аспект сучасних взаємовідносин лікаря і хворого - дізнаватися й говорити правду. Внутрішня цензура, суспільна думка і соціальні табу накладають обмеження на все, що людина хоче повідомити і здатна вислухати в повсякденному житті. Отже, ці умовності дозволяють повідомляти лише часткову правду. Медицина - це сфера, якій дозволено обговорювати найінтимніші секрети хворих, і лікар має право чекати на них відвертої відповіді. Вище було сказано, як внутрішня цензура і соціальні обмеження впливають на можливості лікаря збирати анамнез у хворого. А тому, у свою чергу, буває ще важче сказати самому собі правду про своє самопочуття або про причини хвороби.

Як дізнатися правду від хворого? Довірливі взаємини лікаря з хворим забезпечать такий рівень "відкритості", коли хворий може зізнатися щодо своїх істинних відчуттів та мотивів поведінки. Якщо ж він що-небудь приховує, то лікар зазвичай може це помітити: коли слова не відповідають невербальним сигналам і об'єктивним даним.

Водночас хворі також мають право почути правду від лікаря.

Це одна із складних, болісних тем лікарської етики. Вона розробляється головним чином самими медиками й називається медичною деонтологією.

Оскільки медична етика в різних країнах формується під сильним впливом національно-культурних традицій, не існує однозначної відповіді на

запитання: чи слід говорити хворому правду про його стан, неминучість трагічного результату і т. ін.

Оскільки у колишньому тоталітарному суспільстві безплатна медицина була найважливішим аргументом на користь соціалізму, то відповідно на таких засадах і формувалася психологія людей: медицина може все, і лікарі зобов'язані докласти всіх зусиль, щоб вилікувати хворого, незважаючи на труднощі, а якщо це необхідно, то й на власні Інтереси.

А тому в суспільстві було прийнято вважати, що лікар не повинен говорити хворому про його страшну недугу, неминучість смерті. Навпаки, лікар зобов'язаний усіляко підтримувати надію на видужання, щоб не додавати до фізичних страждань людини ще й страждання моральні.

Такі самі методологічні підходи до проблеми відвертості лікаря й пацієнта залишились і в перехідний період розвитку нашої держави. І клінічна практика - підтвердження цьому: найбільше скарг у різні інстанції надходить у випадках, коли лікарі надто вже відверті з хворими та з їхніми близькими родичами.

У деяких західних країнах, навпаки, лікар зобов'язаний повідомити пацієнтові всю правду про стан його здоров'я, в тому числі й про можливість загибелі та час, який, імовірно, ще проживе хворий. Він у цей час може завершити всі свої земні справи: розпорядитися спадщиною, сплатити борги, подбати про сім'ю, приготуватися до неминучого, виконавши релігійні обряди, якщо це віруючий, і т. ін.

Автори не віддають переваги тому чи іншому підходу до цього болісного питання медичної етики, але слід зауважити, що говорити правду про істинний стан хворого і його перспективи не варто. Можливо, це навіть гріх, коли про такий великий дар природи, як життя, можна так спокійно говорити. Адже всім відомо, що надія помирає останньою. А сказавши всю правду хворому про його невиліковну хворобу, ви свідомо знищуєте цю надію, а з нею й усі внутрішні резерви самозахисту від хвороби, які ще залишились у хворого. Клінічна практика засвідчує про випадки самовиліковування від тяжких недуг, коли традиційна медицина була безпорадною. І тут вирішальну роль відіграла віра хворого (отримана від самонавіювання або від авторитетного лікаря) у вилікування.

Повне усвідомлення сказаного вище можливе лише тоді, коли сам лікар потрапляє на ліжко хворого. І тут усі знання, практичні навички і беззаперечна логіка поступаються навіть уявній надії, яка жевріє в душі. і він чіпляється, як за соломинку, за будь-яке слово, сказане його колегою. Де поділися та

впевненість, "залізна логіка", що були притаманні йому, коли вирішувалася чужа доля? Все кудись поділося, залишився лише інстинкт самозбереження. Ось у такій іпостасі ми інколи виступаємо, забувши головну заповідь: підхід до хворого, якого лікуємо, повинен бути такий самий, як до себе.

Перш ніж призначати хворому лікування, потрібно запитати себе: "А чи зміг би я собі призначати таке лікування у разі схожого захворювання?" І коли отримаєте позитивну відповідь, тоді з полегшенням можете призначати лікування.

На превеликий жаль, медичні навчальні заклади не давали та й не дають знань із найвизначніших питань медичної етики. Адже відомо, що у такій тонкій сфері людської діяльності, як медицина, можна притягти до відповідальності за певні моральні вчинки лише в тому разі, коли сам звинувачений знає про їхнє існування. А для цього спочатку потрібно спробувати його навчити, що дозволяється говорити у присутності хворого, а що ні. Тут, можливо, справа навіть не у знаннях, а в людяності й порядності. Ось два приклади. Заходить у палату тяжкохворого лікаря професор із супроводом — лікарів-ординаторів, завідувача відділення, студентів. Формально запитавши про самопочуття хворого, він у присутності колег вдається до розгляду питань щодо віддаленого прогнозу захворювання, можливих ускладнень тощо. Уявіть собі, який душевний біль такими, з дозволу сказати, умовиводами наносить він своєму колезі? І чи має вже тут якесь значення його професійна підготовленість, коли елементарна професійна культура відсутня? Чи можуть йому стати у пригоді знання з медичної етики? Напевно, ні. Інший (протилежний) випадок: під час вечірньої зміни у цю саму палату заходить молодша медична сестра (санітарка), проста сільська жінка, і вже з порога разом з радісним привітанням наголошено заявляє, що хворий сьогодні виглядає значно краще, ніж учора. І хворому після таких слів дійсно стає краще. Ось де внутрішня культура, ось де еліксир здоров'я! І не потрібні їй знання з етики, бо в неї природний, воістину Божий, дар - уміння творити людям добро.

Лікар, який повідомляє хворому необхідну правду, повинен дати і надію.

Допомагати хворому дивитися правді у вічі, але не втрачати надії на краще - одне із найважчих і найважливіших завдань.

Погані новини повідомляти важко. Головне тут - визначитись, яку частину правди сказати хворому за одне відвідування. Зазвичай реакція й запитання хворих дають зрозуміти, яку правду вони хочуть почути. Їй дають у

малих дозах, хоча в деяких західних країнах намагаються з часом повідомити хворим усю правду.

Нарешті, звернімо увагу на такий момент: говорити правду вважається звичним для хворого стосовно лікаря і навпаки. Однак важливіше для лікаря — це сказати правду самому собі, тобто зізнатись у своїх недоліках і визначити свої можливості. Уміння встановлювати межі можливого й ефективно розподіляти свої сили дуже важливе для лікаря.

У клінічній медицині дедалі частіше зустрічаються ситуації, коли переконання лікаря і хворого не збігаються. Непримиримі суперечності виникають, наприклад, коли лікар відмовляється призначити лікування, котрого вимагає хворий, або коли хворий категорично відмовляється виконувати рекомендації лікаря. Лікар має повне право не призначати потенційно загрозливого лікувального методу, не виконати прохання призначити наркотики, припинити на прохання хворого обстеження навіть до встановлення клінічного діагнозу. Лікарі давно навчились уживатися з хворими, зважати на їхні поради. Тепер вчать працювати з хворими, які не просто висловлюють прохання, але й видають накази. Якщо є вибір, то повинен обирати хворий, але часом лікар змушений категорично сказати "ні".

СКЛАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ

Складання реабілітаційних програм є невід'ємною частиною при організації реабілітаційно-відновлювального процесу в лікувально-профілактичних установах, реабілітаційних центрах, санаторіях.

На всіх етапах реабілітаційної програми передбачається звернення до особистості хворого, поєднання біологічних і психосоціальних форм лікувального відновного впливу.

Для її складання необхідно враховувати весь комплекс змін (морфологічних, фізіологічних, психологічних) та керуватися правилами, які передбачають:

- Партнерство лікаря, реабілітолога і пацієнта, визначення реабілітаційного потенціалу хворого, особливо його рухових можливостей,
- Різнобічність впливів, тобто облік всіх сторін реабілітації для кожного хворого.
- Комплексність лікувально-відновних заходів, ступінчастість (перехідність) проводяться впливів (поетапне призначення відновлювальних заходів з урахуванням динаміки функціонального стану хворого).

Визначення реабілітаційного потенціалу хворого є істотним моментом при підготовці програми і вимагає вирішення декількох основних завдань:

1. З'ясування характеру рухових порушень і ступеня обмеження рухової функції.

2. Визначення можливості повного або часткового морфологічного і функціонального відновлення у хворого пошкодженого ланки опорно-рухового апарату, або порушеної функції пошкодженого органу чи системи.

3. Дальнейшій прогноз розвитку адаптаційних і компенсаторних можливостей організму хворого при даному захворюванні.

4. Оцінка фізичної працездатності організму в цілому та функціональної спроможності окремих органів і систем з урахуванням визначення переносимості різних за характером, обсягом та інтенсивністю фізичних навантажень в процесі реабілітації.

Результати оцінки реабілітаційного потенціалу слід розглядати в динаміці, що дозволяє об'єктивно встановлювати ефективність реабілітаційної програми та окремих занять з метою їх подальшої корекції.

РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПРОГРАМА. СКЛАДОВІ ЧАСТИНИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ

Будь-яка реабілітаційна програма повинна складатися з 2-ух частин: 1 - медична та 2 - безпосередньо програма фізичної реабілітації.

Перша частина реабілітаційної програми повинна містити паспортні дані і всі відомості про захворюваність людини від моменту появи перших ознак і до теперішнього моменту.

Медична частина реабілітаційної програми (РП) включає в себе ряд розділів, які повинні бути представлені в суворій послідовності:

1. Паспортні дані, обліково-статистичні відомості.

2. Дані суб'єктивного дослідження:

а) скарги

б) анамнез захворювання

в) анамнез життя

Приблизний режим дня хворих

7.00 - Підйом

7.30 - 8.00 - Ранковий туалет хворих (санітарно-гігієнічні процедури)

8.00 - УТГ (1 - клініко-фізіологічне обґрунтування застосування УТГ, 2 - приблизний комплекс вправ. Тут необхідно розписати вправи, функціональний контроль адекватності навантаження);

8.30 - Прийом ліків

8.30 - 9.00 - Сніданок

9.00 - 10.00 - Лікарський обхід (реабілітолог спільно лікуючим лікарем)

10.30 - Лікувальний масаж (1 - клініко-фізіологічне обґрунтування застосування масажу на даний момент, 2 - описати вид масажу і його методику, щодня або через день, а також поєднання даного виду масажу з іншими методами реабілітації)

11.30 - Лікувальна гімнастика (1 - клініко-фізіологічне обґрунтування застосування ЛГ в на даний момент, 2 - приблизний комплекс вправ, розписати зміст ЛГ, функціональний контроль адекватності навантаження)

12.10 - Фізіотерапія (1 - клініко-фізіологічне обґрунтування застосування ФЗТ в даний момент, 2 - приблизний комплекс вправ, розписати зміст ЛГ, функціональний контроль адекватності методу ФЗТ)

13.00 - 13.30 - Прийом ліків

13.30 - 14.30 - Обід

14.30 - 16.30 - Післяобідній відпочинок

17.00 - 19.00 - Відвідування хворих родичами.

17.30 - Дозована ходьба, теренкур (Т) і т.д. (1 - клініко-фізіологічне обґрунтування застосування ДХ або Т на даний момент, 2 - розписати зміст ДХ або Т, функціональний контроль адекватності навантаження)

18.30 - аеротерапія, музикотерапія або фітотерапія (те саме)

19.00 - 19.30 Прийом ліків

19.30 - 20.00 - Вечеря

20.00 - 21.30 - Вільний час (інтелектуальні ігри, аутотренінг і та ін.)

21.30 - 22.00 Вечірній туалет

22.00 - 7.00 - Сон.

ВИХОДЯЧИ З РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ОЦІНКА СТУПЕНЯ ВІДНОВЛЕННЯ

Ступінь відновлення може бути оцінений за чотирибальною шкалою: повне відновлення; часткове відновлення; без зміни від вихідного рівня; погіршення.

Згідно з матеріалами Міжнародного відділу з питань праці розроблена наступна шкала динаміки відновлення і можливих результатів захворювань та оцінка функціональних можливостей:

1. Відновлення функціональної здатності в тій або іншій мірі.

1.1. Повне відновлення.

1.2. Часткове відновлення.

1.3. Компенсація при обмеженому відновленні функцій і відсутності відновлення.

1.4. Заміщення (ортопедичне або хірургічне) при відсутності відновлення.

2. Відновлення адаптації до повсякденного і професійного життя.

2.1. Виховання готовності до праці і побутової діяльності.

2.2. Трудотерапія.

3. Залучення до трудового процесу - визначення придатності до трудової діяльності, перепідготовка.

4. Диспансерне обслуговування реабілітованих.

Вивчення найближчих і віддалених результатів реабілітаційних заходів дозволяє плановірно і ефективно вести весь процес реабілітації, визначаючи основні завдання на кожному з етапів, і шляхом підбору комплексу адекватних і ефективних засобів домагатися благополучного результату.

Фахівець фізичної реабілітації — це сформована і легітимна професія, з особливими професійними аспектами клінічної практики та освіти, що визначається різноманітністю соціальних, економічних, культурних та політичних умов. Але вона, безумовно, є окремою самодостатньою професією. Першою професійною кваліфікацією, отриманою в будь-якій країні, є успішне завершення навчальної програми, якою присвоюється кваліфікація фахівця фізичної реабілітації, надається право використовувати назву цієї професії і працювати як незалежний спеціаліст.

ПОСАДОВІ ВИМОГИ

Передмова

0.1. Документ набирає в чинності з моменту затвердження.

0.2. Розробник документу: _____.

0.3. Документ узгоджений: _____.

0.4. Періодична перевірка даного документу здійснюється з інтервалом, що не перевищує 3 роки.

1. Загальні положення

1.1. Посада "Фахівець з фізичної реабілітації" відноситься до категорії "Фахівці".

1.2. Кваліфікаційні вимоги - неповна вища освіта відповідного напрямку підготовки (молодший спеціаліст), спеціалізація "фізична реабілітація". Без вимог до стажу роботи.

1.3. Знає та застосовує у діяльності:

- анатомію і фізіологію людини;

- методи профілактики й корекції м'язово-скелетних дисфункцій на підставі виявлення анатомічних, фізіологічних, патологічних та психосоціальних характеристик;
- теорію фізичних занять і спорту;
- фізіологію праці, біомеханіку, моторний контроль, розвиток людини, кінезіологію та патокінезіологію;
- методику, доцільність і обсяг застосування заходів профілактики і корекції рухових дисфункцій у осіб різного віку, зокрема при неврологічних, опорно-рухових, серцево-судинних і респіраторних захворюваннях;
- закономірності організації й розвитку систем фізичного виховання, охорони здоров'я, освіти й соціального захисту, основи національного та міжнародного законодавства в цих галузях;
- основи психології, соціології, антропології, екології та валеології, основи наукових досліджень, планування і виконання експериментальних робіт, основи організації праці, адміністрації і менеджменту в державному і приватному секторах.

1.4. Фахівець з фізичної реабілітації призначається на посаду та звільняється з посади наказом по організації (підприємству/організації).

1.5. Фахівець з фізичної реабілітації підпорядковується безпосередньо __

1.6. Фахівець з фізичної реабілітації керує роботою _____.

1.7. Фахівець з фізичної реабілітації під час відсутності, замінюється особою, призначеною в установленому порядку, яка набуває відповідних прав і несе відповідальність за належне виконання покладених на нього обов'язків.

ХАРАКТЕРИСТИКА РОБІТ, ЗАВДАННЯ ТА ПОСАДОВІ ОБОВ'ЯЗКИ

2.1. Здійснює реабілітаційні заходи з метою усунення, припинення або зменшення болю, відновлення функцій організму, досягнення нормального рівня здоров'я, фізичної самостійності та активності, оптимального фізичного стану та самопочуття осіб (дітей та дорослих) з порушеннями опорно-рухового апарату, ортопедичними вадами, побутовими, спортивними та професійними травмами, наслідками неврологічних, серцево-судинних, респіраторних та інших захворювань, людей похилого віку з віковими ускладненнями.

2.2. Проводить обстеження, визначає функціональний стан та рівень фізичного розвитку, виявляє порушення і складає індивідуальну програму реабілітації.

2.3. Розробляє і впроваджує комплекс вправ і рекомендацій, спрямованих на поліпшення діяльності опорно-м'язової системи та організму в цілому, координації, збільшення сили м'язів і вдосконалення вправності рухів, відновлення або компенсацію порушених чи відсутніх функцій.

2.4. Навчає способам досягнення самостійності в побуті, самообслуговуванні, пересуванні, а також підтримки фізичного самопочуття і здоров'я.

2.5. Аналізує хід виконання реабілітаційної програми та вносить корективи на кожному з етапів; веде відповідні записи й документацію.

2.6. Співпрацює з лікарями, педагогами, логопедами, психологами, соціальними працівниками.

2.7. Консультує щодо влаштування доступного й безпечного функціонального середовища вдома, на роботі, в громадських місцях, у соціальному оточенні осіб з обмеженими фізичними можливостями.

2.8. Консультує родичів та опікунів щодо виявлених порушень і шляхів досягнення особами з обмеженими фізичними можливостями максимальної незалежності і нормального рівня здоров'я, залучає їх до планування і проведення реабілітаційної програми та надання необхідної допомоги особам з обмеженими фізичними можливостями.

2.9. Виконує ці професійні обов'язки в реабілітаційних центрах, медичних, освітніх, санаторно-курортних закладах, соціальних службах, установах і організаціях державного, громадського й приватного секторів, а також провадить самостійну реабілітаційну практику в межах своєї компетенції.

2.10. Зберігає таємницю індивідуальних програм реабілітації.

2.11. Дотримується правил і норм професійної етики.

2.12. Знає, розуміє і застосовує діючі нормативні документи, що стосуються його діяльності.

2.13. Знає і виконує вимоги нормативних актів про охорону праці та навколишнього середовища, дотримується норм, методів і прийомів безпечного виконання робіт.

ПРАВА

3.1. Фахівець з фізичної реабілітації має право вживати дії для запобігання та усунення випадків будь-яких порушень або невідповідностей.

3.2. Фахівець з фізичної реабілітації має право отримувати всі передбачені законодавством соціальні гарантії.

3.3. Фахівець з фізичної реабілітації має право вимагати сприяння у виконанні своїх посадових обов'язків і здійсненні прав.

3.4. Фахівець з фізичної реабілітації має право вимагати створення організаційно-технічних умов, необхідних для виконання посадових обов'язків та надання необхідного обладнання та інвентарю.

3.5. Фахівець з фізичної реабілітації має право знайомитися з проектами документів, що стосуються його діяльності.

3.6. Фахівець з фізичної реабілітації має право запитувати і отримувати документи, матеріали та інформацію, необхідні для виконання своїх посадових обов'язків і розпоряджень керівництва.

3.7. Фахівець з фізичної реабілітації має право підвищувати свою професійну кваліфікацію.

3.8. Фахівець з фізичної реабілітації має право повідомляти про виявлені в процесі своєї діяльності порушення і невідповідності і вносити пропозиції щодо їх усунення.

3.9. Фахівець з фізичної реабілітації має право ознайомлюватися з документами, що визначають права та обов'язки за займаною посадою, критерії оцінки якості виконання посадових обов'язків.

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ

4.1. Фахівець з фізичної реабілітації несе відповідальність за невиконання або несвоєчасне виконання покладених цією посадовою інструкцією обов'язків та (або) невикористання наданих прав.

4.2. Фахівець з фізичної реабілітації несе відповідальність за недотримання правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці, техніки безпеки, виробничої санітарії та протипожежного захисту.

4.3. Фахівець з фізичної реабілітації несе відповідальність за розголошення інформації про організацію (підприємство/установу), що відноситься до комерційної таємниці.

4.4. Фахівець з фізичної реабілітації несе відповідальність за невиконання або неналежне виконання вимог внутрішніх нормативних документів організації (підприємства/установи) та законних розпоряджень керівництва.

4.5. Фахівець з фізичної реабілітації несе відповідальність за правопорушення, скоєні в процесі своєї діяльності, в межах, встановлених чинним адміністративним, кримінальним та цивільним законодавством.

4.6. Фахівець з фізичної реабілітації несе відповідальність за завдання матеріального збитку організації (підприємству/установі) в межах,

встановлених чинним адміністративним, кримінальним та цивільним законодавством.

4.7. Фахівець з фізичної реабілітації несе відповідальність за неправомірне використання наданих службових повноважень, а також використання їх в особистих цілях.

Контрольні питання:

1. Етапи підготовки фахівця з фізичної реабілітації.
2. Посадові обов'язки фізичного терапевта, ерготерапевта.
3. Права та відповідальність фахівця з фізичної реабілітації.
4. Документи, які регулюють діяльність фахівця фізичної реабілітації. Ставлення до пацієнтів (клієнтів).
5. Особливості взаємовідносин лікаря і хворого. Головні компоненти співробітництва лікаря і хворого.
6. Вплив добрих взаємовідносин на лікувальний процес. Категорії співпраці хворого з лікарем.
7. Проблема правди в стосунках між лікарем і пацієнтом.
8. Складання реабілітаційних програм. Основні завдання.
9. Складові частини реабілітаційної програми (режим рухової активності хворих, оцінка ступеня відновлення).

Література

1. Андрущенко В.П., Михальченко М.І. Сучасна соціальна філософія. – К.: Генеза, 1996. – 368 с.
2. Основи екології та охорона навколишнього природного середовища: Навч. посібник / За ред. В.С. Джигиря. – Львів, 1999. – 238 с.
3. Основи соціоекології: Навч. посібник / За ред. Г.О. Бачинського. – К.: Вища школа, 1995. – 238 с.
4. Бакка М.Т., Мельничук А.С., Сівко В.І. Охорона і безпека життєдіяльності людини: Конспект лекцій. – Житомир: Льонок, 1995. – 165 с.
5. Казаков В.А. Психологія діяльності та навчальний менеджмент: Підручник у 2-ох ч. Ч.1: Психологія суб'єкта діяльності. – К.: КНЕУ, 1999. – 244 с.

6. Хижняк М.І., Нагорна А.М. Здоров'я людини та екологія. – К.: Здоров'я, 1995.
– 232 с.