

## REABILITAREA MEDICO-SOCIALĂ ȘI PROFESIONALĂ

### 21.1. ASPECTE GENERALE

Dezvoltarea reabilitării, ca sistem de măsuri medicale și nemedicale efectuate în scop de adaptare medicală, socială și profesională, este strâns legată de majorarea nivelului de civilizare și schimbarea valorii fiecărui membru al societății. Dacă în trecut misiunea medicului era de a salva bolnavul și a-i păstra viața, actualmente el are sarcina de a-i păstra și activitatea socială, și de a-i asigura posibilitatea unei vieți fericite. În prezent, conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății, circa 11% din întreaga populație a Globului suferă de diferite grade de invaliditate. Din aceste considerente se impune crearea unui sistem adecvat de reabilitare în fiecare țară.

**Reabilitarea medicală** (lat. *rehabilitatio* – a restabili, a recupera) reprezintă un complex de măsuri medicale, pedagogice, profesionale și juridice, care au scopul de a restabili, recupera, reabilita (sau compensa) funcțiile dereglate ale organismului și capacitățile de muncă ale bolnavilor și invalizilor.

Noțiunea de reabilitare există din 1946, când a fost adoptată la Congresul de reabilitare a bolnavilor de tuberculoză (Washington). În diverse țări savanții au conceput diferite în privința definiției reabilitării, sensul ei fiind însă același.

### 21.2. SCOPUL ȘI SARCINILE REABILITĂRII MEDICO- SOCIALE ȘI PROFESIONALE

**Scopul reabilitării** este sanarea bolnavului și acordarea ajutorului pentru restabilirea sau dezvoltarea deprinderilor profesionale, în funcție de boala suportată.

Există următoarele tipuri de RMSP:

- adaptarea pacientului la locul precedent de muncă;
- readaptarea pacientului la un loc nou de muncă la aceeași întreprindere;
- activitatea la un loc nou de muncă conform calificării noi obținute, dar cu reducerea sarcinii;
- schimbarea calificării cu încorporarea la aceeași întreprindere;
- schimbarea calificării în centrul de reabilitare și încorporarea în altă specialitate.

**Sarcinile reabilitării RMSP** sunt:

- de a-l face pe pacient membru activ al societății;
- de a crea condiții necesare pentru activarea pacientului în procesul de producție, acesta fiind factorul hotărâtor în tratamentul și reabilitarea pacientului.

Conform scopului și sarcinilor indicate deosebim următoarele tipuri de asistență medicală pentru reabilitarea bolnavilor:

- *reabilitarea medicală* – constă dintr-un complex de măsuri dozate pentru recuperarea funcțiilor dereglate și însănătoșirea pacientului, măsuri realizate de diverși specialiști (traumatologi, neuropatologi, cardiologi etc.) în cabinete specializate (acupunctură, oxigenoterapie, balneoterapie etc.) cu folosirea diverselor metode de tratament (fizioterapie, gimnastică medicală, bazine curative etc.);
- *reabilitarea socială* – se efectuează de către medicii psihoneurologi și logopezi prin metode speciale și are ca scop recuperarea graiului, mersului, orientării în viața societății etc.;
- *reabilitarea activității casnice* – se efectuează în camere de locuit și bucătării amenajate corespunzător;
- *recuperarea productivă* – este realizată de către specialiști în ateliere pentru tratamentul prin activitate profesională, dotate și amenajate conform capacităților pacientului (de croitorie, lemnărie, mecanice, strungărie etc.).

### 21.3. PRINCIPIILE ORGANIZATORICE DE BAZĂ ALE REABILITĂRII

Succesul tratamentului de recuperare depinde de mai mulți factori. Cei mai importanți dintre ei sunt:

- începerea cât mai precoce a tratamentului de recuperare;
- caracterul continuu al reabilitării;
- individualizarea tratamentului;
- caracterul complex al măsurilor de recuperare;
- reintegrarea invalizilor în activitatea social-utilă.

În cazul afecțiunilor cu urmări psihice se va recurge suplimentar la metoda de apelare la persoana bolnavului prin:

- unificarea acțiunii biologice și psihice;
- acțiunea complexă asupra bolnavului, care include măsuri medicale, psihice, familiale, profesionale și odihna bolnavului.

Reabilitarea prevede folosirea modelelor organizatorice și metodice unice în ceea ce privește determinarea gradului de dereglare a funcțiilor organelor și sistemelor organismului, aprecierea capacității de muncă și prognosticului ei, întocmirea unui plan complex și concret de măsuri pentru reabilitare etc.

La preconizarea măsurilor de tratament se ține cont de cerințele enumerate mai sus, și în primul rând, de începerea precoce și caracterul continuu al tratamentului. Participarea la efectuarea acestor măsuri a medicilor, psihologilor, pedagogilor, juriștilor, lucrătorilor sociali etc., este o condiție a succesului. Multe depind de evoluția procesului patologic, de particularitățile individuale ale pacientului, calitățile lui psihice, biologice, de vârstă, nivelul studiilor, specialitate, situația familială etc. Luarea în considerare a tuturor acestor aspecte favorizează însănătoșirea, care la rândul său duce la reducerea ratei invalidității.

În efectuarea măsurilor pentru reabilitare o mare importanță prezintă vârsta. Sub acest aspect există următoarele grupe de vârstă:

- copilăria, când se impun măsuri pedagogice și de activitate în instituțiile preșcolare, școli profesionale, tehnice, colegii, licee etc.;
- vârsta tânără și medie – reabilitarea se efectuează la locul de muncă, după un program special, cu păstrarea calificării;
- vârsta prepensionară și pensionară, când trebuie create condiții pentru o muncă mai ușoară și minorizarea calificării.

Vom menționa că femeile suportă mai greu decât bărbații invaliditatea, mai cu seamă cele căsătorite. În aceste cazuri este necesară adaptarea psihologică a pacienților. Prezintă importanță și locul de trai al pacientului. Condiții mai favorabile pentru efectuarea măsurilor de reabilitare sunt, de obicei, la oraș.

Asupra eficacității procesului de reabilitare influențează și nivelul studiilor generale și profesionale. Este o dependență direct proporțională, deoarece studiile prezintă condiții mai favorabile pentru recuperarea profesiei sau însușirea uneia înrudite.

#### 21.4. ETAPELE, NECESITATEA ȘI ASPECTELE ORGANIZATORICE ALE REABILITĂRII MEDICO- SOCIALE ȘI PROFESIONALE

Procesul reabilitării medicale are un caracter permanent și decurge treptat, pe etape. În literatura de specialitate sunt descrise diverse principii de clasificare a etapelor reabilitării medicale.

Cea mai cuprinzătoare, după părerea noastră, este clasificarea propusă de I.K. Șvațebaia. Ea include patru etape: I – intraspitalicească, II – extraspitalicesc-sanatorială, III – de ambulatoriu, IV – industrială și de producție (profesională).

La etapa intraspitalicească reabilitarea se desfășoară în:

- centre spitalicești organizate în condițiile spitalului de profil larg;
- centre spitalicești și de ambulatoriu din unitățile medico-sanitare publice mari;
- spitale specializate pentru reabilitare medicală;
- centre specializate pentru reabilitarea bolnavilor cu diverse maladii ale coloanei vertebrale;
- secții (cu o capacitate de 25-60 de paturi) în componența spitalelor de profil larg sau specializate;
- secții specializate ce funcționează în componența sanatoriilor locale pentru reabilitarea bolnavilor de infarct miocardic.

La determinarea variantei optime de reabilitare se iau în considerare formele raționale de organizare și contingentul existent al bolnavilor.

În urma studiului nivelului morbidității populației din Republica Moldova s-a apreciat necesitatea populației în reabilitare medicală (*tabelul 68*).

În baza acestei informații a fost întocmită varianta optimă a rețelei instituțiilor de reabilitare medicală din republică.

Reabilitarea medicală la etapa a III-a – de ambulatoriu – include următoarele patru perioade:

**I – de pregătire sau tranziție**, care durează de la sfârșitul etapelor precedente (I–II) până când pacientul își începe activitatea profesională. La finalul acestei trepte se termină în principiu însănătoșirea pacientului, deci și incapacitatea de muncă.

Necesitatea în reabilitare medico-socială și profesională

Localitatea	Sexul	Reabilitarea în condiții	
		De ambulatoriu (la 1 000 de locuitori)	De spital (sanatoriu) (paturi la 1 000 de loc.)
Rurală	b	66,1	2,8
	f	70,2	2,9
	a/s	68,3	2,8
Urbană	b	66,0	3,021
	f	70,0	3,038
	a/s	68,0	3,075

*Sarcinile* acestei perioade sunt următoarele:

1. continuarea măsurilor de reabilitare, efectuând corecțiile ce se impun în regimul activității casnice, fizice și în tratamentul medicamentos;
2. determinarea gradului de recuperare a capacității de muncă;
3. întocmirea unui program individual de reabilitare;
4. aprecierea termenului optim în care pacientul își va putea restabili capacitatea de muncă;
5. stabilirea volumului sarcinilor de muncă pe care pacientul le va îndeplini și, în cazurile necesare, încadrarea rațională în muncă;
6. stabilirea termenelor prezentării pe viitor în instituția de reabilitare și la medicul de familie.

**II – schimbarea regimului casnic pe regimul activității profesionale**, care se efectuează ținând cont de caracterul și specificul activității în producție. Durata acestei perioade diferă de la o persoană la alta și depinde de profesie, vârstă și necesitatea de a munci conform profesiei sau de necesitatea de a o schimba.

Durata reabilitării se reduce dacă pacientul nu este nevoit să-și schimbe profesia și condițiile profesionale. În aceste cazuri ea durează de la 2 până la 4 săptămâni. În decursul acestei perioade urmează a se studia reacțiile pacientului în procesul activității profesionale și a se efectua corecțiile necesare în regimul muncii, cel casnic și al activității fizice, precum și în tratamentul medicamentos.

Perioadele **III – recuperarea parțială** și **IV – recuperarea totală** a capacității de muncă se caracterizează prin faptul că volumul activității zilnice în condiții casnice, de muncă și fizice sporește treptat. Decurgerea recuperării în aceste perioade este determinată de particularitățile și evoluția bolii respective. În cadrul lor se întreprind măsuri menite să prelungească termenul în care pacienții sunt apti de muncă, să mențină această capacitate fizică și să prevină progresarea bolii, deci să efectueze profilaxia secundară a maladiei respective.

Eficacitatea reabilitării medicale implică diverse aspecte de ordin medical, social și economic:

- 1) *Aspectul medical* include măsuri efectuate în plan de diagnostic, curativ și de profilaxie, mai cu seamă combaterea recidivelor (complicațiilor) bolilor și traumatismelor, care se soldează cu incapacitate de muncă și lichidarea consecințelor apărute după bolile și traumatismele respective. În acest scop sunt folosite metodele fizioterapeutice, balneoclimaterice, cultura fizică medicală, mecanoterapia, tratamentul prin muncă etc.

2) *Aspectul psihologic* prevede intensificarea procesului firesc de adaptare psihologică la situația creată de maladia sau traumatismul respectiv, tratamentul și profilaxia diverselor dereglări psihologice. În acest scop se recurge la diverse metode psiho-terapeutice, farmacoterapeutice și balneoclimaterice.

3) *Aspectul profesional* include nu numai recuperarea capacității de muncă, dar și profilaxia minorizării sau pierderii ei. Aici se determină capacitatea de muncă, în funcție de care se efectuează încadrarea în muncă a pacientului sau se recomandă însușirea unei noi profesii etc.

4) *Aspectul social* include aprecierea influenței factorilor sociali asupra dezvoltării și decurgerii bolii și eficacității măsurilor de reabilitare; asigurarea socială a legislației muncii și pensiei; restabilirea relațiilor favorabile ale bolnavului în familie, societate și mediul de muncă.

5) *Aspectul economic* prevede studierea cheltuielilor financiare și a efectului economic care va fi obținut în urma aplicării diverselor metode și forme de reabilitare medico-socială și profesională.

Aspectele enumerate pot fi examinate numai ca părți ale unui întreg.

Evidența statistică, darea de seamă și analiza rezultatelor RMSP parțiale și totale (reducerea gradului de gravitate a invalidității) și eficacității măsurilor de reabilitare medicală se efectuează în cadrul „Comisiei medicale de expertiză a vitalității”. Informația menționată se obține în urma reexaminării medicale și expertizei secundare a vitalității invalizilor. Indicii respectivi se includ în darea de seamă anuală, iar rezultatele analizei lor se reflectă în anexa la darea de seamă anuală.