**Теоретический материал для самостоятельного изучения.**

**Модуль 3.**

**Лечебно-профилактическая сестринская помощь в условиях общей врачебной практики различным группам населения (вне зависимости от пола и возраста).**

**План:**

1. Общие вопросы медицинской профилактики. Виды деятельности, направленные на укрепление здоровья и профилактику заболеваний

2. Концепция факторов риска. Формирование здорового образа жизни. Технологии медицинской профилактики.Санитарно-просветительская работа врача и медсестры общей практики.

3. Технологии медицинской профилактики. Санитарно-просветительской работы врача и медицинской сестры общей (семейной) практики.

3.1. Технологии выявления заболеваний, факторов риска. Скрининговые тесты.

3.2. Диспансеризация.

3.3.Информационные технологиипрофилактического консультирования

4. Основы восстановительной медицины. Реабилитация инвалидов .

1. **Общие вопросы медицинской профилактики.**

**Виды деятельности, направленные на укрепление здоровья и профилактику заболеваний.**

Организация первичной медицинской помощи всегда была и остается базисом всей системы здравоохранения. Главной целью здравоохранения было и остается решение задач улучшения здоровья населения, снижения заболеваемости и смертности, увеличения средней продолжительности жизни. Решение этих задач обеспечивают, в основном, два технологических направления медицинской помощи - лечебное и профилактическое.

Лечебное направление сегодня хорошо развито и продолжает успешно развиваться, но это не приводит к существенному снижению заболеваемости и смертности.

Профилактическое направление, усиление которого декларируют из года в год почти целое столетие, и сегодня находится в весьма скромном технологическом состоянии. Исторически сложились два типа технологий профилактики. К первому типу принадлежат технологии медицинской пропаганды. Они включают санитарное просвещение и формирование культуры здоровья, групповую и массовую работу по формированию мотиваций для здорового образа жизни, профильные школы вторичной профилактики. Ко второму типу относятся технологии индивидуального и семейного оздоровительного и/или профилактического консультирования.

**Медицинская профилактика** – вид деятельности службы здравоохранения, в основном первичного звена, направленный на раннее выявление и снижение риска развития заболеваний, а также на снижение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды.

Согласно ВОЗ, профилактика заболеваний – мероприятия, направленные на предупреждение болезней: борьба с факторами риска, иммунизация, замедление развития заболеваний и уменьшение его последствий.

Выделяют несколько уровней профилактического воздействия.

***Первичная профилактика*** – комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение отклонений в состоянии здоровья и предотвращение заболеваний, общих для всего населения и отдельных (региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных) групп и индивидуумов.

*Первичная профилактика включает различные компоненты:*

* + Меры по снижению влияния вредных факторов на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха, уровня психосоциального стресса и других, влияющих на качество жизни), проведение экологического и санитарно-гигиенического скрининга.
  + Формирование здорового образа жизни, в томчисле:
* создание постоянно действующей информационно- пропагандистской системы, направленной на повышение уровня знаний всех категорий населения о влиянии всех негативных факторов на здоровье возможностях егоснижения;
* санитарно-гигиеническоевоспитание;
* снижение распространенности курения и потребления табачных изделий, снижение потребления алкоголя, профилактика потребления наркотиков и наркотическихсредств;
* привлечение населения к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, повышение доступности этих видов оздоровления.
  + Меры по предупреждению развития соматических и психических заболеваний и травм, том числе профессионально обусловленных, несчастных случаев, инвалидизации и смертности от неестественных причин, дорожно-транспортного травматизма идр.
* Выявление в ходе проведения профилактических медицинских осмотров вредных дляздоровья.
  + Проведение иммунопрофилактики (вакцинации) различных группнаселения.
  + Оздоровление лиц и контингентов населения, находящихся под воздействием неблагоприятных для здоровья факторов с применением мер медицинского и немедицинскогохарактера.

***Вторичная профилактика*** - комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических и психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений и осложнений заболеваний, а также комплекс мер по предотвращению снижения трудоспособности, в том числе инвалидизации и преждевременной смертности.

Вторичная профилактика включает:

Проведение диспансерных медицинских осмотров с целью выявления заболевания и факторов, влияющих на их течение.

Целевое санитарно-гигиеническое воспитание (обучение) пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний.

Проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления, в том числе лечебного питания, лечебной физкультуры, медицинского массажа и иных лечебно-профилактических методик оздоровления, санаторно-курортного лечения.

***Реабилитация (восстановление здоровья)*** - комплекс медицинских, психологических, педагогических и социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности и утраченных вследствие заболеваний функций, с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса.

Встречающееся в ряде документов понятие и определение третичной профилактики (термин ВОЗ) в системе российского здраво-охранения трактуется как синоним реабилитации.

***Основные формы и методы укрепления здоровья и профилактикиегонарушений***вытекаютиззадач,изложенныхвдокументе

«Здоровье-21», по улучшению состояния здоровья населения в Европейском регионе (ВОЗ,1999): «предупреждение болезней и травм, улучшение психического здоровья, сокращение инфекционных и неинфекционных заболеваний, травматизма в результате актов насилия и несчастных случаев».

В развитых странах удалось добиться снижения смертности от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и мозговых инсультов прежде всего за счет снижения возникновения новых случаев, а не за счет улучшения качества лечения больных. В основу профилактических мероприятий было положено снижение распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний. Основные факторы риска универсальны для многих заболеваний – это курение, неумеренное употребление алкоголя, низкая физическая активность, употребление в пищу продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров и соли, дислипидемия, гипергликемия, избыточная масса тела, АГ, экологическое неблагополучие. При этом среди факторов, влияющих на здоровье человека, на образ жизни приходится 50-55%, в то время как на здравоохранение – 10%, наследственность – 20%, экологическую обстановку – 20%; причем при неблагоприятной эко- логической обстановке значение здорового образа жизни возрастает.

***Мероприятия по первичной профилактике в поликлинике***

должны включать в себя:

* проведение скрининга, в т.ч. автоматизированного анкетного скрининга по специальным опросникам, - обследование асимптомных пациентов с целью активного выявления заболеваний на ранних их стадиях. Скрининг – это идентификация фактора риска или не распознанного ранее заболевания путем опроса, физикального обследования, лабораторных исследований или с помощью других процедур, которые могут быть выполнены относительнобыстро;
* консультирование по образу жизни и предупреждению заболеваний;
* вакцинация и химиопрофилактика инфекционныхзаболеваний;
* укреплениездоровья(healthpromotion)–действия,помогающие людям усилить контроль за здоровьем и улучшить его.

***Работа по реабилитации больных и инвалидов в поликлинике*** (третичная профилактика) заключается в недопущении инвалидизации или предупреждении перехода уже имеющейся инвалидности в физические и другие дефекты.

Индивидуальные комплексные программы реабилитации должны включать в себя: диету, определенные двигательные режимы с использованием ЛФК, психотерапию и психологическую коррекцию, аппаратную физиотерапию и бальнеологические методы лечения, массаж, рефлексотерапию, фитотерапию и др. Реализованы программы реабилитации могут быть на базе отделений восстановительного лечения поликлиник.

Как уже подчеркивалось ранее, в успешном решении проблемы профилактики заболеваний приоритетное значение придается этапу первичной медико-социальной помощи. Именно работники первичного звена здравоохранения должны стать проводниками профилактической работы. Практически все население страны посещает участкового врача хотя бы 1 раз в год (по статистике до 7 раз в год). Подавляющее большинство больных (около 80 %) начинает и заканчивает лечение в условиях поликлиники. А общепрактикующий или семейный врач имеет еще больше поводов для контакта с населением. Каждое посещение может быть использовано для консультации по образу жизни, профилактического осмотра и обследования; 20% времени врач общей практики должен посвящать профилактической работе. Более того, длительное, многолетнее общение семейного врача с пациентом, порой на протяжении всей жизни человека, с охватом его семьи, вызывает доверительное отношение к врачу; и его авторитетное мнение становится основным источником информации о здоровье.

**2. Концепция факторов риска. Формирование здорового образа жизни. Технологии медицинской профилактики.Санитарно-просветительская работа врача и медсестры общей практики.**

Научной основой предупреждения основных хронических заболеваний стала концепция факторов риска.

***Факторы риска*** - это генетические, физиологические, поведенческие и социально-экономические факторы, способствующие увеличению вероятности развития заболеваний, их прогрессированию и неблагоприятному исходу.

Хотя данное понятие обычно употребляется в связи с полиэтиологическими заболеваниями, для которых не существует какой-либо одной конкретной причины развития, это особенно важно для определения кандидатов для первичных профилактических мероприятий и оценки эффективности профилактических программ, нацеленных на контроль определѐнных факторовриска.

В развитых странах удалось добиться снижения смертности от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и мозговых инсультов прежде всего за счет снижения возникновения новых случаев, а не за счет улучшения качества лечения больных. В основу профилактических мероприятий было положено снижение распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний.

**Различают следующие категории факторов риска:**

* Поведенческие факторы, такие как курение, недостаточное питание, малоподвижный образ жизни, тип-А личности, избыточное потребление алкоголя, употреблениенаркотиков
* Соматические факторы, такие как высокое артериальное давление, нарушение метаболизма липидов, избыточный вес и сахарный диабет
* Перенапряжение, включая различного рода воздействия на производстве, в социальной сфере и вбыту.
* Генетические факторы и предрасположенность играют роль в развитии артериальной гипертензии, сахарного диабета и нарушений метаболизма липидов и др.

Основные факторы риска универсальны для многих заболеваний. **При этом среди факторов, влияющих на здоровье человека, на образ жизни приходится 50-55%, в то время как на работу учреждений здравоохранения – 10%, наследственность – 20%, эко- логическую обстановку – 20%**; причем при неблагоприятной экологической обстановке значение здорового образа жизни возрастает.

Некоторые факторы риска могут поставить индивидуума в ситуацию опасности развития более чем одного заболевания, например, курение сигарет тесно связано с развитием заболеваний коронарных артерий, инсульта и рака лѐгких.

При определении степени риска развития заболеваний необходимо учитывать, что большинство факторов риска взаимосвязаны и при одновременном действии усиливают влияние друг друга. В практической деятельности врачам часто приходится иметь дело с пациентами, у которых одновременно имеется два, три и более факторов риска. Поэтому, оценивая риск развития заболеваний, следует учитывать все имеющиеся у больного факторы риска, т.е. определять суммарный риск.

Все факторы риска принято разделять на две подгруппы: немодифицируемые, воздействовать на которые невозможно, и модифицируемые, поддающиеся как немедикаментозной, так и медикаментозной коррекции.

**К немодифицируемым факторам риска относятся:**

* + - пол (мужской)
    - возраст (старше 45 лет у мужчин и старше 55 лет у женщин)
  + отягощенный наследственный анамнез (раннее начало ИБС у ближайших родственников: инфаркт миокарда или внезапная смерть у мужчин < 55 лет, у женщин < 65лет).

**К основным модифицируемым факторам риска относятся:**

* Дислипидемия
* Артериальная гипертония
* Курение
* Нарушение толерантности к глюкозе или СД 2 типа
* Абдоминальное ожирение
* Употребление алкоголя
* Низкая физическаяактивность
* Низкий социальный и образовательный
* Психосоциальный стресс.

***Здоровый образ жизни как система*** складывается из трех основных взаимосвязанных и взаимонезаменяемых элементов, трех культур: культуры питания, культуры движения и культуры эмоций.

***Культура питания***. В здоровом образе жизни питание является определяющим, системообразующим, т.к. оказывает положительное влияние и на двигательную активность, и на эмоциональную устой- чивость.

***12 принципов здорового ( рационального ) питания:***

1. Употребляйте разнообразные пищевые продукты, большинство которых составляют продукты растительного, а не животного происхождения.
2. Хлеб, изделия из муки, крупы, картофель должны употребляться несколько раз вдень.
3. Ешьте несколько раз в день разнообразные овощи и фрукты, выращенные преимущественно в местности проживания, не менее 400 г вдень.
4. Чтобы поддерживать массу тела в рекомендуемых пределах (индекс массы тела 20-25), ежедневно необходимы умеренные физическиенагрузки.
5. Контролируйте поступление жира с пищей (не более 30% от суточной калорийности) и заменяйте животный жир на жир растительныхмасел.
6. Заменяйте жирное мясо и мясные продукты на бобовые, зерновые, рыбу, птицу или постноемясо.
7. Употребляйте молоко с низким содержанием жира и молочные продукты (кефир, простоквашу, йогурт, сыр) с низким содержанием жира исоли.
8. Выбирайте продукты с низким содержанием сахара и употребляйте сахар умеренно, ограничивая количество сладостей и слад- ких напитков.
9. Ешьте меньше соли. Общее количество соли пищи не должно превышать 1 чайной ложки = 6 г в день. Следует употреблять йодированнуюсоль.
10. Если Вы употребляете спиртные напитки, то общее содержание чистого спирта в них не должно превышать 20 г вдень.
11. Приготовление пищи должно обеспечивать ее безопасность. Приготовление блюд на пару, в микроволновой печи, выпечка или кипячение позволяют уменьшить используемые в процессе приготовления количества жира, масла, соли исахара.
12. Способствуйте вскармливанию новорожденных только грудью, примерно в течение 6 месяцев. Вводить прикорм следует постепенно, не отказываясь совсем от грудноговскармливания.

***Культура движения.*** Длительное бездействие органов и тканей приводит к ослаблению их функций и изменению структуры. Это относится не только к мышцам и костям, но и к сердцу, легким, мозгу, сосудам – ко всем частям тела. Аэробные физические упражнения (ходьба, бег, плавание, лыжные прогулки, аэробика и шейпинг, игровые виды спорта и др.) укрепляют сердце и снижают риск сердечно- сосудистых заболеваний, способствуют укреплению костно- суставного аппарата, устраняют симптомы стресса, нервного напряжения; позволяют корригировать вес, стимулируют работу кишечника, активируют умственную деятельность, память, устраняют нарушения сна, помогают бороться с вредными привычками (пьянством, курением). Более того, образующиеся при двигательной активности эндорфины повышают не только настроение, но и иммунитет к раз- личным заболеваниям, адаптационные возможности организма.

***Культура эмоций.*** Обида, ревность, зависть, неудовлетворенное тщеславие, чувство вины – все эти отрицательные эмоции обладают огромной разрушительной силой. Они порождают не только неврозы, но и множество других заболеваний. Человек не может стать понастоящему здоровым, если сам не включится в процесс оздоровления, не научится управлять состоянием своей души, направлением своих мыслей. В настоящее время все более популярными становятся различные психогигиенические и психотерапевтические курсы. На этих занятиях посредством аутотренинга вырабатывают навыки владения своим духом и настроением. Однако не меньшее значение имеет принцип согласия с собственной совестью. Согласие с собственной совестью может быть нарушено при потере смысла жизни. Смысл жизни не только может, но и должен быть найден. Направленность на смысл жизни и ориентация на дело являются важными факторами и физического, и душевного здоровья.

***Вредные привычки.*** Неправильное питание, гиподинамия, стрессы, потеря смысла жизни привели к массовому распространению вредных привычек (алкоголизм, никотинизм, наркомания и др.). В оздоровлении новых поколений важнейшая роль принадлежит школе – воспитанию потребности в здоровом образе жизни и здоровье как основы всех будущих успехов.

**Проведение семейной медсестрой противоэпидемическихмероприятий**

Работу по профилактике инфекций семейная медсестра проводит совместно с врачом, работниками поликлиник, детских учреждений, центра санэпиднадзора, а также с органами местной власти, администрациями организаций и учреждений. Особенно тесное сотрудничество, доверительное отношение у семейной медсестры должны складываться с родителями детей.

Профилактика инфекционных заболеваний ведется по двум направлениям: проведение противоэпидемических мероприятий и иммунизация.

Острые инфекции характеризуются высокой контагиозностью.

С целью предотвращения распространения инфекции в каждом случае острого инфекционного заболевания проводится комплекс профилактических мер.

К противоэпидемическим мероприятиям в эпидемическом очаге относятся следующие:

1. Немедленная изоляция больного;
2. В центр санэпиднадзора в течение 24 часов подается карта экстренного извещения по установленнойформе;
3. Проводятся мероприятия по контактным: карантин, наблюдение, обследование (если необходимо). Срок разобщения, мероприятия с контактными зависят отзаболевания;
4. Предупреждение путей передачи инфекции: проводить влажную уборку; обучать детей «дисциплине» кашля; предупреждать скученность людей; при уходе за больным воздушно-капельной инфекцией организовывать масочныйрежим.
5. Предупреждение контактных путей передачи: внедрять в быт правила личной гигиены; в случае наличия инфекции, которая может передаваться контактным путем, организовывать холерныйрежим.
6. Предупреждение фекально-орального пути передачи: предохранять окружающую среду от загрязнения (борьба с мухами, тараканами); обеззараживать кал больных кишечнымиинфекциями.
7. Воздействие на все виды иммунитета: повысить неспецифический иммунитет (питание, здоровый образ жизни, закаливание); создать пассивный иммунитет; создать активныйиммунитет.

Семейная медсестра должны учитывать группы риска при инфекционных заболеваниях – это социальные категории людей, кото- рые по роду своей деятельности или по характеру своего поведения подвергаются опасности заражения инфекционным заболеваниям, и проводить просветительную работу среди данного населения.

**3. Технологии медицинской профилактики. Санитарно-просветительской работы врача и медицинской сестры общей (семейной) практики.**

В настоящее время положения о лечебно-профилактических учреждениях всех типов (поликлинике, амбулатории, больнице) предусматривают работу по санитарно-гигиеническому воспитанию населения. В арсенале профилактики мощным оружием является санитарное просвещение, позволяющее предупредить возникновение многих заболеваний. «Без санитарного просвещения нет профилактики». Приказом МЗ РФ установлено, что ежемесячно для пропаганды медицинских знаний предусматривается не менее 4 часов рабочего времени каждого врача и среднего медработника.

Санитарно-просветительная работа в лечебно-профилактическом учреждении представляет собой комплекс дифференцированных, целенаправленных санитарно-просветительных мероприятий, предусматривающих гигиеническое воспитание различных контингентов населения и органически связанных с деятельностью лечебно- профилактических учреждений. Санитарно-просветительная работа проводится в соответствии с местными условиями и задачами, стоящими перед различными типами лечебно-профилактических учреждений.

Общее руководство и контроль за организацией и проведением санитарно-просветительной работы осуществляет главный врач лечебно-профилактического учреждения, который должен обеспечивать активную работу врачей и средних медицинских работников по санитарно-гигиеническому воспитанию населения как в стенах самого лечебно-профилактического учреждения, так и на обслуживаемой территории.

Основными задачами амбулаторно-поликлинических учреждений в области санитарного просвещения является медико-гигиеническая информация посетителей поликлиник и населения по вопросам здорового образа жизни, первичной и вторичной профилактики широкого курса заболеваний. Санитарно-просветительская работа должна быть направлена на:

* предупреждениезаболеваний;
* раннюю обращаемость за медицинскойпомощью;
* повышение эффективности лечения; предупреждение обострений, рецидивов,осложнений;
* эффективность долечивания и восстановления трудоспособности; снижение частоты повторнойгоспитализации.

В современных условиях выделяют 2 основных аспекта санитарно-просветительной работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях:

* санитарное просвещение по привлечению населения на медицинские профилактическиеработы;
* санитарное просвещение диспансеризуемых контингентов в условиях динамического наблюдения заними.

Пропаганда медицинских и гигиенических знаний осуществляется в устной, письменной формах и методом наглядной агитации.

Примером устной пропаганды могут быть лекции, беседы (групповой и индивидуальной). Однако этими средствами не следует ограничивать разнообразие форм устной пропаганды. Эффективной формой устной пропаганды являются вечера вопросов и ответов, тематические вечера и устные журналы, информационные выступления,агитационныевыступления в связи с развертыванием каких- либо оздоровительных кампаний («деньздоровья»).

В практике здравоохранения большую роль играет печатный метод санитарно-просветительской пропаганды. Из средств печатной пропаганды желательно в ЛПУ использовать следующие: научно- популярные брошюры, лозунги, листовки-приглашения и тематические памятки, санбюллетени и стенгазеты, доску вопросов и ответов.

***Лозунг – это призыв выполнять те или иные советы.***

Памятка – перечень советов, правил, которые необходимо выполнять определенной группе лиц (здоровых или больных).

Санбюллетень – важное средство привлечения внимания к во-росам охраны здоровья. Санитарная стенгазета освещает несколько тем. Число заметок в стенгазете или бюллетене не должно превышать 4-5. Желательно санбюллетени и газеты оформлять красочно.

Из средств изобразительной пропаганды в лечебно- профилактических учреждениях используются: фотомонтажи, плакаты, лозунги, наглядные пособия в помощь лекторам, выставочные стенды, тематические санитарно-просветительные кинофильмы.

Находят применение смешанные формы устной, печатной и наглядной пропаганды. Цель данной работы - выработать у населения обслуживаемой территории адекватное отношение к профилактическим мероприятиям и готовность активно в них участвовать.

Дальнейшая санитарно-просветительная работа с населением проводится дифференцированно среди здоровых, лиц с повышенным риском возникновения заболевания и больных (острыми и хроническими заболеваниями).

Гигиеническое воспитание здоровых имеет целью сохранение и укрепление их здоровья. Программа медико-гигиенической информации для них предусматривает пропаганду здорового образа жизни: гигиенические советы относительно труда, отдыха, питания, занятий физкультурой и спортом, борьбы с вредными привычками и т. д.

Методика работы с этим контингентом населения включает проведение врачом индивидуальной беседы и выдачу тематической памятки, которая содержит ряд практических советов, направленных на сохранение и укрепление здоровья. В этой работе используются различные памятки о здоровом образе жизни, а также тематические брошюры.

В современных условиях профилактической работы особую важность приобретает гигиеническое воспитание групп людей,имеющих повышенный риск возникновения заболеваний. Среди преморбидных состояний наиболее прогностически опасны такие, как тенденция к избыточному весу, предгипертония, гиперхолестеринемия, предиабет и т. д. В основе многих из них лежат нарушения гигиенических норм поведения: гиподинамия, курение, злоупотребление алкоголем, нерациональной питание, неправильный режим.

Санитарное просвещение лиц, находящихся под угрозой болезни, включает вопросы первичной профилактики заболевания, возможность развития или начальные признаки которого имеются и направлены на коррекцию их гигиенического поведения. Здесь приходится перевоспитывать человека, воздействовать на уже сложившиеся привычки поведения и поэтому санитарно-просветительная работа должна строиться таким образом, чтобы была возможность прямого, повторного общения, в процессе которого реципиент мог взять на себя определенные обязательства по изменению своего гигиенического поведения, а медицинский работник - контролировать выполнение этих обязательств.

Методика санитарно-просветительной работы с указанными контингентами включает индивидуальную беседу врача, подкрепленную вручением памятки (буклета), содержащей конкретные советы, направленные на устранение имеющихся неблагоприятных для здоровья факторов, а также проведение групповой беседы-дискуссии (группы подбирают из лиц, имеющих одни и те же нарушения или подверженных влиянию одинаковых факторов риска). К проведению групповых занятий, помимо терапевтов привлекают узких специалистов поликлиники: диетолога, врача ЛФК, психотерапевта. Участие психотерапевта в гигиеническом воспитании имеет особое значение, поскольку у этих групп населения требуется создать психологическую установку на необходимость коррекции гигиенического поведения и мобилизовать их волевые усилия.

Санитарное просвещение больных имеет целью выработать у них навыки адекватного, правильного гигиенического поведения, способствующего скорейшему выздоровлению или облегчению течения заболевания. От этого в большой степени зависят успех лечения и ускорениевыздоровления.

Методика гигиенического воспитания больных дифференцируется по 2 направлениям: санитарное просвещение больных с острыми и хроническими заболеваниями.

Многие хронические заболевания являются следствием точно вылеченных острых, поэтому адекватное гигиеническое поведение больного с острым заболеванием является важным условием предупреждения развития хронических процессов. Программа гигиенической информации должна включать обязательный минимум сведений по лечению и рациональному режиму жизни в период болезни иреконвалесценции.

На выполнение больными лечебно-профилактических мероприятий немалое влияние оказывают члены их семьи. Санитарно- просветительная работа с родственниками больных и лицами, непосредственно ухаживающими за больными в домашней обстановке, имеет целью создать благоприятный психологический климат в семье, способствовать строгому выполнению назначений и предписаний врача и обеспечивать грамотный уход за больным. Методика работы с этим контингентом предусматривает индивидуальную беседу врача и выдачу тематической памятки с рекомендациями по уходу за больным. Кроме того, они знакомятся с гигиеническими предписаниями, сделанными в адрес больного.

Санитарное просвещение людей, страдающих хроническими заболеваниями, осуществляется по методике курса очно-заочного обучения. Этот курс включает:

* индивидуальную беседу, в процессе которой больной получает необходимые гигиеническиерекомендации;
* групповую беседу с участием врачей-специалистов, во время которой больной получает дополнительную медико-гигиеническую информацию, дающую возможность лучше понять советы врача, осознать необходимость следовать им. Групповую беседу лучше проводить в виде дискуссии, в процессе которой повышается познавательная активность реципиентов. Это способствует закреплению полученных знаний, выработке необходимыхубеждений;
* выдачу «Книжки диспансеризуемого», которая является основным элементом заочного обучения и где отмечают сроки явки на очередной профилактический прием. Больной получает ее вместе с соответствующей заболеванию памяткой-вкладышем. «Книжка диспансеризуемого» дает возможность больному регистрировать отдельные параметры своего гигиенического поведения, что способствует закреплению в его сознании полученных гигиенических рекомендаций, врачу - контролировать их выполнениепациентом.

***3.1. Технологии выявления заболеваний, факторов риска. Скрининговые тесты.***

Скрининг - выявление пациентов с наиболее вероятным наличием заболевании среди лиц без симптомов данной патологии.

***Скрининговые тесты*** выполняются при отсутствии симптоматики, но при наличии риска развития заболевания. Раннее выявление заболеваний повышает эффективность лечения и снижает его стоимость. Многие заболевания имеют бессимптомный период, и раннее распознавание процесса может изменить развитие болезни.

Эффективность скринингового теста подразумевает точность и надежность теста. Точность измеряется по 4 показаниям: чувствительность, специфичность, возможность предугадать положительный или отрицательный ответ. ***Чувствительность*** есть величина, определяемая по тому проценту больных, состояние которых было правильно оценено при проведении теста как «положительное». Тест с плохой чувствительностью упустит ряд таких случаев (лиц, состояние которых соответствует искомому по тесту) и даст большое количество ложноотрицательных результатов. Лица, потенциально носящие в себе заболевание, по тесту будут определены как свободные от болезни. ***Специфичность*** теста определяется процентом случаев от общего числа тестов, когда был получен правильный ответ «отрицательно». Тест с плохой специфичностью будет показывать наличие заболевания у лиц, которые на самом деле здоровы (отрицательнопо- ложительные).

Определение чувствительности и специфичности предполагает принятие своего рода точки отсчета («золотого стандарта»), так как только в этом случае мы можем отделять «истинные» результаты тес- та от «ложных».

Правильная оценка скринингового теста должна в силу этого включать также определение возможности получения ложноположительных результатов. Для этого вычисляют предсказываемое положительное значение (ППЗ) теста в той части населения, где будет проводиться массовое обследование. Предсказываемое положительное значение скринингового теста - это та доля положительных результатов, которые верны (истинно положительные). Тест с низким ППЗ может генерировать больше ложноположительных, чем истинно положительных результатов, но в значительной мере это зависит от типа популяции, на которой этот тест выполнялся. ППЗ увеличивается или снижается соответственно большему или меньшему количеству целевых состояний в той части населения, где проводится скрининг. Таким образом, в отличие от чувствительности и специфичности ППЗ не представляет собой константной характеристики скринингового теста.

Приведем пример, иллюстирующий эту математическую зависимость: если в массе обследуемого населения из 100 тысяч человек рак гипотетически может встречаться в 1 % случаев, это означает, что раком будут больны 1000 человек, а 99 тысяч не будут раковыми больными. Скрининговый тест, имеющий чувствительность 90% и специфичность 90%, обнаружит 900 из 1000 случаев гипотетического рака, но одновременно припишет рак 9900 здоровым лицам. Таким образом, ППЗ (доля лиц с положительным результатом теста, кото- рые действительно больны раком) составит 900/10 800,или 8,3%. Если бы тот же тест проводился на массиве с более низкой встречаемостью рака, скажем, 0,1%, то ППЗ упало бы до 0,9%- 111 ложнополо- жителных на каждый истинный случай обнаружения рака.

**Скрининг онкологических заболеваний**

Лабораторные тесты включают общий анализ крови, анализ мочи, анализ кала на скрытую кровь, биохимический анализ крови(включая исследование простат-специфического антигена у мужчин).Исследования с получением изображения ограничиваются производством рентгенографии органов грудной клетки, КТорганов брюшнойполости и маммографии. Исследование верхних отделов ЖКТ и ирригоскопия не являются рутинными методамиобследования. Придоступности опухолевой ткани выполнение иммуногистохимического исследования может помочь в определении первичного поражения.К дополнительным исследованиям, оказывающим помощь в диагностике крупноклеточной лимфомы, относят иммунопероксидазноеокрашивание на иммуноглобулины, исследование генных реаранжировок и электронную микроскопию, тогда как иммунопероксидазноеокрашивание на афетопротеин или р-хорионический гонадотропинможет помочь в диагностике герминогенных опухолей.

**Скрининг колоректального рака**

В мире отмечается неуклонный рост заболеваемости и смертности от рака, увеличение количества запущенных случаев. Эффективность лечения безусловно зависит от своевременной и качественной диагностики данной патологии.

Основные принципы скрининга колоректального рака:

* Пациенты с клиническими симптомами КРР не подлежат скринингу, а должны быть обследованы в соответствии с подозреваемымзаболеванием.
* Семейные и индивидуальные факторы риска должны быть оценены при решении вопроса о методе и времени началаскрининга.
* Врач должен рекомендовать дальнейшее обследование толстой кишки после положительного результата скрининговоготеста.
* Пациент должен быть проинформирован о положительных и отрицательных сторонах каждого из применяемых тестов и схем, что позволит ему сделать информированныйвыбор.

Существует 4 основных скрининговых теста для выявления колоректального рака:

* + - анализ кала на скрытую кровь,
    - гибкаясигмоидоскопия,
    - фиброколоноскопия(ФКС)
    - ирригоскопия методом двойного контрастирования толстой кишки.

Использование комбинации теста на скрытую кровь и сигмоидоскопии повышает эффективность скрининга по сравнению с любым из этих методов, взятых отдельно.

У пациентов повышенной группы риска по колоректальному раку скрининговые методы и частота их проведения не отличаются от группы лиц со средней степенью риска, но начинаться скрининг должен с 40 лет, или на 10 лет раньше, чем самый ранний возраст воз- никновения рака толстой кишки у родственника.

Рекомендуемый перечень скрининговых исследований непрерывно развивается и базируется на следующих исследованиях.

**Скрининг артериальной гипертензии**

Метод скрининга на артериальную гипертензию – измерение АД врачом. Опрос больного и физикальное обследование – скрининговые тесты для обнаружения поражения органов – мишеней и симптоматической АГ.

**Скрининг ИБС**

Для определения риска ССЗ рекомендовано использовать диаграммы риска, которые позволяют на основании подсчета суммы факторов выделить группу больных с высоким риском. Для оценки общего сосудистого риска используют шкалу SCORE, в которой учтены все варианты фатальных ССЗ, развитие которых возможно в течение предстоящих 10 лет жизни у лиц, не имеющих клинических проявлений ИБС.

**Скрининг вирусного гепатита**

Скрининг на инфекцию вирусного гепатита В проводят у пациентов групп риска: доноры, беременные, медицинские работники, пациенты с хроническими заболеваниями печени. Определяют наличие HBsAg методом иммуноферментного анализа. Дополнительно определяют HBсAg, АТ к HBсAg классов М и G, АТ к HBsAg и HBсAg для уточнения активности заболевания.

**Скрининг ВИЧ-инфекции**

Скрининг на ВИЧ-инфекцию регламентирован Федеральным за- коном от 30.08.1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека». Стандартные тесты включают исследование крови с помощью иммуноферментного анализа и последующим проведением подтверждающего Вестерн-блот или иммунофлуоресцентного анализа.

***3.2. Диспансеризация.***

**Диспансеризация** - комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Диспансеризация проводится согласно приказу Минздрава РФ от 3.12.2012 №1006н «Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

**Группы взрослого населения подлежащего диспансеризации**:

* работающее население;
* неработающее население;
* обучающиеся в образовательных организациях по очной формеДиспансеризация взрослого населения осуществляетсямедицинскими организациями, оказывающими первичную медико- санитарную помощь, и структурными подразделениями иных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, и организуется по территориально-участковому принципу (по месту жительства, месту работы и месту обучения).

**Диспансеризация взрослого населения проводится в целях**:

* 1. раннего выявления заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, а также основных факторов риска их развития (повышенного уровня артериального давления, дислипидемии, курения табака, чрезмерного потребления алкоголя, нерационального питания, низкой физической активности, избыточной массы тела и ожирения, потребления наркотических средств и психоактивных веществ без назначения врача) итуберкулеза.
  2. определения группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан, имеющих заболевания/состояния или факторы риска их развития, а также для здоровыхграждан;
  3. проведения краткого профилактического консультирования больных и здоровых граждан, а также проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и групповых методов первичной и вторичной профилактики (школ пациентов) для граждан с высоким риском развития заболеваний/состояний или осложнений имеющихсязаболеваний/состояний;
  4. определение группы диспансерного наблюдения граждан, имеющих заболевания/состояния, требующие постоянного медицинского наблюдения, а также здоровых граждан, имеющих очень высокий риск развития заболеваний/состояний и ихосложнений.

Диспансеризация взрослого населения проводится 1 раз в 3 года. Первая диспансеризация проводится гражданину в календарный год, в котором ему исполняется 21 год, последующие - с трехлетним интервалом на протяжении всей жизни. Инвалиды и ветераны Великой Отечественной войны, супруги погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны, лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда, обучающиеся в образовательных организациях, независимо от возраста проходят диспансеризацию ежегодно.

Перечень, выполняемых при проведении диспансеризации исследований и осмотров врачами или фельдшером/акушеркой меняется в зависимости от возраста и пола гражданина.

Ответственность за организацию и проведение диспансеризации взрослого населения, подлежащего наблюдению в медицинской организации, возлагается на заместителя руководителя медицинской организации/руководителя структурного подразделения иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность. Ответственность за организацию и проведение диспансеризации населения терапевтического участка (участка врача общей практики, семейного врача) возлагается на врача-терапевта участкового, врача-терапевта цехового врачебного участка, врача общей практики, семейного врача и отделение (кабинет) медицинской профилактики медицинской организации.

***Задачи врача общей практики (семейного врача), медицинской сестры при проведении диспансеризации***

1. информирование населения участка о проведении диспансеризации, ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении диспансеризации и необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации, проведение разъяснительных бесед на уровне семьи, организованногоколлектива;
2. проведение заключительного медицинского осмотра гражданина, определение группы здоровья, определение группы диспансерного наблюдения, назначение необходимого лечения, при наличии медицинских показаний направление на дополнительные диагностические исследования, не входящие в программу диспансеризации или для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, проведение краткого профилактического консультирования, направление граждан с выявленными факторами риска в отделение (кабинет) медицинской профилактики и центры здоровья для оказания медицинской помощи по коррекции факторов риска хронических неинфекционныхзаболеваний.
3. участие в оформлении (ведении) учетно-отчетной документации по диспансеризации и анализ ее результатов, участие в оформлении паспорта здоровьягражданину.

**Этапы диспансеризации**

Диспансеризация в каждом возрастном периоде человека проводятся в два этапа.

**Первый этап диспансеризации**

Первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью первичного выявления и отбора граждан с подозрением на наличие заболеваний/состояний, граждан, имеющих факторы риска их развития, высокий суммарный сердечно-сосудистый риск и высокий риск других заболеваний, а также для определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами второго этапа и включает в себя:

1. опрос (анкетирование) на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития в соответствии с Приложением №2 к настоящемупорядку;
2. антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии, расчет индекса массытела);
3. измерение артериальногодавления;
4. тонометрию глаз (для граждан 39 лет истарше);
5. определение общего холестерина крови экспресс методом (допускается лабораторныйметод);
6. определение глюкозы крови экспресс методом (допускается лабораторныйметод);
7. определение суммарного сердечно-сосудистого риска (для граждан в возрасте до 65лет);
8. электрокардиографию в покое (для всех граждан в возрасте 21 год или ранее не проходивших электрокардиографическое исследование, для мужчин в возрасте старше 35 лет, для женщин в возрасте 45 лет истарше);
9. осмотр фельдшера/акушерки с взятием мазка с шейки матки на цитологическоеисследование;
10. флюорографиюлегких;
11. маммография (для женщин 39 лет истарше);
12. клинический анализ крови (в объеме не менее определения гемоглобина, лейкоцитов и скорости оседанияэритроцитов);
13. клинический анализ крови развернутый (в возрасте 39, 45, 51, 57, 63 и 69 лет вместо клинического анализакрови);
14. анализ крови биохимический общетерапевтический (в возрасте 39, 45, 51, 57, 63 и 69 лет вместо определения в крови общего холестерина иглюкозы);
15. определение липидного спектра крови (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды) у граждан с выявленным экспресс-методом повышением уровня общего холестерина вкрови;
16. общий анализмочи;
17. исследование кала на скрытую кровь (для граждан 45 лет и старше);
18. определение простат-специфического антигена в крови (для мужчин старше 50лет);
19. ультразвуковое исследование органов брюшной полости (для граждан 45 лет истарше);
20. осмотр стоматолога (зубного врача)профилактический;
21. профилактический прием (осмотр, консультация) врача- невролога (для граждан в возрасте 51, 57, 63 и 69лет);
22. прием (осмотр) врача-терапевта участкового здоровых граждан и граждан с определившимся диагнозом заболевания, не требующих дополнительного обследования на втором этапе диспансеризации;
23. определение группы состояния здоровья и диспансерного наблюдения у граждан, не требующих дополнительного обследования на втором этапедиспансеризации;
24. краткое профилактическое консультирование врача- терапевта участкового (допускается проведение краткого профилактического консультирования граждан I группы здоровья врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинскойпрофилактики);
25. направление граждан, нуждающихся в дополнительном обследовании и углубленном профилактическом консультирования на второй этапдиспансеризации.

**Второй этап диспансеризации**

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания, проведения углубленного профилактического консультирования и включает в себя:

1. допплерографию или дуплексное сканирование брахицефальных артерий (в случае впервые выявленного в анамнезе перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения или выявленного при анкетировании подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения, по рекомендации врача-невролога, а также при наличии комбинации трех факторов риска: артериальная гипертония, дислипидемия, избыточная масса тела/ожирение у муж- чин 45 лет и старше и у женщин 55 лет истарше);
2. эзофагогастродуоденоскопию (для граждан в возрасте старше 50 лет при наличии выявленных при анкетировании жалоб, свидетельствующих о возможном онкологическом заболевании верхних отделов желудочно-кишечного тракта или отягощенной наследственности по онкологическим заболеваниям со стороны органов желудочно-кишечноготракта);
3. осмотр (консультация) врача-офтальмолога (при наличии впервые выявленного повышения внутриглазногодавления);
4. осмотр (консультация) врача-невролога (в случае впервые выявленного в анамнезе перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения или выявленного при анкетировании подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения для граждан, не прошедших осмотр врача-невролога на первом этапе диспансеризации);
5. осмотр (консультация) врача-хирурга/врача-уролога (при повышенном содержании в крови простат-специфического антигена у граждан, не находящихся под наблюдением у врача-онколога/врача- уролога);
6. осмотр (консультация) врача-хирурга/врача-проктолога (при положительном анализе кала на скрытуюкровь);
7. колоноскопия/ректороманоскопия (по назначению врача- хирурга/врача-проктолога);
8. определение липидного спектра крови (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды) (для граждан с выявленным повышением уровня общего холестерина в крови и не прошедших данное исследование на первом этапедиспансеризации);
9. прием (осмотр) врача-терапевта участкового (для граждан, не прошедших данный осмотр на первом этапедиспансеризации);
10. определение группы состояния здоровья и диспансерного наблюдения;
11. направление граждан для получения специализированной медицинской помощи и на санаторно-курортное лечение при наличии медицинскихпоказаний;
12. краткое профилактическое консультирование врачом- терапевтом участковым (для граждан, не прошедших данное консультирование на первом этапедиспансеризации);
13. углубленное профилактическое консультирование индивидуальное и/или профилактическое консультирование групповое (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики и центрах здоровья (для граждан с выявленными факторами риска, желающими провести ихкоррекцию).

При наличии у гражданина результатов осмотров и исследований, или данных о мероприятиях, которые проводились в год предшествующий или в год проведения диспансеризации, решение о необходимости повторного осмотра, исследования или мероприятий в рамках проводимой диспансеризации принимается индивидуально с учетом всех имеющихся результатов обследования и состояния гражданина.

При выявлении у гражданина в процессе диспансеризации медицинских показаний к проведению исследований, осмотров и мероприятий, не входящих в программу диспансеризации в соответствии с настоящим Порядком, они назначаются и выполняются гражданину в соответствии с порядками по профилю выявленной или предполагаемой патологии на основе стандартов оказания медицинской помощи.

По результатам диспансеризации определяется группа состояния здоровья гражданина и планируется тактики его медицинского наблюдения.

**Группы состояния здоровья**

1. **группа** - практически здоровые граждане с низким и средним риском болезней системы кровообращения и других заболеваний, не имеющие клинических проявлений заболеваний и не нуждающиеся в диспансерном наблюдении. С гражданами данной группы проводится краткое профилактическое консультирование по факторам риска, гражданам, имеющим факторы риска хронических неинфекционных заболеваний, рекомендуется их коррекция в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центрездоровья.
2. **группа** - граждане с заболеваниями/состояниями, не требующими дополнительного обследования и диспансерного наблюдения, а также граждане с высоким и очень высоким суммарным сердечно- сосудистым риском. Гражданам, включенным в данную группу здоровья, поясняется прогностическое значение имеющегося заболевания и выявленного высокого риска других заболеваний, проводится краткое профилактическое консультирование по факторам риска и рекомендуется их коррекция в отделении (кабинете) медицинской профилактики или у врача-специалиста по профилю выявленного фактора риска. Граждане с очень высоким суммарным десятилетним сердечно-сосудистым риском подлежат диспансерному наблюдению у врача (фельдшера) отделения (кабинета) медицинской профилактики и оказанию медицинской помощи по коррекции факторовриска.
3. **группа** – граждане с заболеваниями, требующими диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также граждане с подозрением на заболевание, требующее дополнительного обследования. Граждане данной группы здоровья берутся под диспансерное наблюдение врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по профилю выявленной у пациента патологии и стандартами медицинской помощи.

Первый этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения не менее 85 % от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом осмотров врачами-специалистами и исследований, выполненных ранее вне рамок диспансеризации (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации), и отказов гражданина от прохождения отдельных осмотров и исследований).

Второй этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, необходимость проведения которых определена по результатам первого этапа диспансеризации

**Критерии эффективности диспансеризации взрослого населения**

-охват диспансеризацией населения, подлежащего обслуживанию медицинской организацией;

-уменьшение частоты выявления и регистрации факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний/состояний среди граждан, проходящих диспансеризацию;

-уменьшение числа граждан с первично выявленными заболеваниями на поздних стадиях их развития;

-снижение инвалидности и смертности от хронических неинфекционных заболеваний среди граждан, проходящих диспансеризацию;

-увеличение числа граждан, относящихся к I группе здоровья, и уменьшение числа граждан, относящихся к II-III группам здоровья.

***3.3. Информационные технологии профилактического консультирования***.

В эффективном контроле хронических заболеваний большое значение имеютвзаимоотношения, складывающиеся в триаде«врач/медсестра – пациент – болезнь». Объединение усилий врача/медсестрыипациентаспособствуетповышениюпротивостоянияболезни как в острой, так и хронической стадии. Важно понимание того, что роль больного не может ограничиваться простым подчинением медицинским предписаниям. Пациент должен стать активным, ответственным участником терапевтического процесса. Часть функций пациент должен взять на себя, в частности, меры по снижению риска заболеваний и осложнений, тесно зависящих от его поведенческих особенностей и личного отношения к болезни. Такое распределение ответственности способствует формированию партнерства в долговременном контроле заболевания.

Профилактическое консультирование направлено не только на информирование больного, но и на создание у него мотивации к выполнению советов – повышение приверженности соблюдению врачебных назначений. Ключевым звеном для реализации концепции партнерства становится обучение больного через профилактическое индивидуальное или групповое консультирование с учетом особенностей обучения взрослых и формирования мотивации к изменению поведения в сторону оздоровления.

***Достижению цели профилактического консультирования содействуют принципы единства трех обязательных составляющих:***

* информирование пациента о риске заболевания, факторе риска его развития и прогрессирования, методах самоконтроля, советы и рекомендации по оздоровлению поведенческих привычек, влияющих на риск, принципах и особенностях медикаментозного лечения ипр.;
* обучение пациента с применением несложных, но важных для процесса обучения, основ педагогики, что требует от врача знания принципов обучениявзрослых;
* мотивирование пациента и побуждение к принятию с его стороны активных действий по отказу от вредных привычек, оздоровлению образа жизни и соблюдению врачебных назначений, что требует от врача знаний некоторых принципов психологии, в частности, формирования мотиваций, изменения поведения ипр.

Важное значение для эффективности профилактического консультирования и обучения имеют желание пациентов к изменению привычного образа жизни и повседневных привычек, стремление к получению знаний и умений по сохранению здоровья, что определяется мотивацией.

Мотивация – это осознанное стремление пациента получить новые навыки по снижению риска болезни. Формирование мотивации у взрослых обусловлено множеством факторов и особенностей личности и складывается на нескольких уровнях: необходимо понять, что и для чего следует изменить, важно понять значение оздоровления именно для себя, желательно проверить на опыте, ощутить или убедиться на конкретном примере в действенности и необходимости рекомендаций.

***Мотивация к оздоровлению, помимо выраженности клинической картины заболевания, зависит от целого ряда факторов:***

- знания форм поведения (привычек), способствующих здоровью;

- желания быть здоровым и позитивного отношения к жизни;

* умений и навыков оздоровления применительно кконкретным

условиям среды проживания и привычкам пациента.

Профилактическое консультирование – это не только доходчивое, понятное объяснение, но и попытка повлиять на пациента, мотивировать его к изменению, оздоровлению поведения. Важно не только то, что мы говорим, но и то, как мы говорим.

Система профилактических мероприятий, включая индивидуальное консультирование, реализовывается в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Результаты реализации профилактических мероприятий позволяют снизить распространенность факторов риска в группе наблюдения, уменьшить количество обращений за амбулаторной помощью, заболеваемость с временной утратой трудоспособности, получить экономический эффект.

Население и больные люди получают информацию о здоровье из различных источников (средства массовой информации, наглядная реклама, медицинская и популярная литература, медицинские работники, друзья, коллеги, родственники и др.). Однако наиболее авторитетным источником информации о здоровье для большинства людей, тем не менее, являются медицинскиеработники.

В процессе индивидуальной работы легче найти психологический подход к пациенту, сформировать у него мотивацию на проведение лечебных и профилактических мероприятий.

Наиболее рациональная форма создания устойчивой приверженности пациентов к выполнению врачебных рекомендаций — групповое обучение (групповое профилактическое консультирование) клинически однородных групп пациентов со сходными проблемами, особенно связанными с микросоциумом, в котором формировались факторы риска пациента и в котором ему предстоит продолжать существовать, но в ином, более здоровом режиме.Основнаяцель обучения пациентов с хроническими заболеваниями — повысить приверженность к выполнению врачебных назначений, прежде всего немедикаментозного характера, и приѐма лекарственных препаратов в строго назначенном врачом режиме.

Врач, проводящий обучение пациентов, должен владеть комплексом знаний и умений, практически междисциплинарного характера. Так, ***во-первых***, основа должна опираться на специальные профессиональные знания по проблеме. ***Во-вторых***, групповое обучение пациентов — особая педагогическая проблема, которой, как правило, врачи не владеют. Однако без этих знаний и умений врач не сможет эффективно обучать пациентов как контингент взрослых. **В-третьих**, задача обучения групп пациентов заключается в формировании партнѐрства с врачом по управлению заболеванием в досрочной перспективе, что опирается на особенности поведенческой медицины и требует применения специальных технологий медицинской психологии, мотивационных технологий.

Во врачебном консультировании по вопросам здоровья и здорового образа жизни действуют общие законы процесса общения (коммуникации). Подчеркивают, что на практике процесс общения (передачи информации, проведения диалога или беседы) между медицинским работником и пациентом менее эффективен, чем кажется.

Хорошо известно, что чтение лекций о здоровье и оздоровлении для широкой, несформированной аудитории слушателей численностью в десятки и сотни человек практически не приносит пользы. И наоборот, подбор аудитории по целевому принципу (пожилые, подростки, женщины, «гипертоники» и т.д.), выбор наиболее приемлемой формы передачи информации с максимальным приближениемеѐк особенностям целевой группы может дать высокийэффект.

В профилактическом консультировании как в индивидуальном, так и групповом, эти компоненты передачи информации одинаково важны, то есть важно не только то, что мы говорим, но и то, как мы говорим. Контроль эффективности общения - необходимый элемент успешного профилактического консультирования. Чтобы свести к минимуму искажение понимания информации, необходимо усвоить умение применять технологии "обратной связи". Обратная связь - это контроль за процессом, что услышано, что почитано или увидено. Обратный путь информации свидетельствует о мере понимания, доверия к сообщению, усвоению и реакции согласия или несогласия с полученной информацией. Обратную связь легко установить,задаваявопросы по теме беседы, а также возможность для пациента обратиться повторно по этому же поводу.

Индивидуальное профилактическое консультирование проводят участковые терапевты, а также кабинеты медицинской профилактики.

***Основные направления индивидуальной работы с пациентами в кабинете медицинской профилактики включали в себя:***

* выявление поведенческих и биологических факторов риска, определение суммарного риска развитиязаболеваний;
* оценку и формирование мотивации, знаний и навыков поведения, направленного на профилактику заболеваний и укрепление здоровья;
* разработку индивидуальной программы профилактического и оздоровительного вмешательства с учетом имеющихся медицинских показаний ипротивопоказаний;

–оказание медицинских, образовательных и информационных услуг, содействующих укреплению здоровья и снижению воздействия модифицируемых факторов риска;

* выдачу необходимых рекомендаций и/или направление пациента для проведения необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий в соответствующие подразделения лечебно- профилактического учреждения, к специалистам или в иные учрежденияздравоохранения;
* осуществление контроля за овладением знаниями и навыками, необходимыми для соблюдения правил гигиенического поведения, и применением их напрактике;
* оценку динамики и результатов реализации индивидуальной профилактическойпрограммы;
* формирование базы данных обследованныхпациентов;

–повышение знаний врачей, среднего медицинского персонала лечебно-профилактического учреждения по вопросам снижения влияния модифицируемых факторов риска, показаний и противопоказаний к проведению различных видов профилактических и оздорови- тельных услуг, их эффективности ирезультативности.

Пациентам с низким и средним риском врачи дают индивидуальные рекомендации по коррекции поведенческих факторов риска, создавалась мотивация соблюдения назначенийврача.

Для больных, состоящих на диспансерном учете, отнесенных к группам высокого и очень высокого риска, разрабатываются профилактические программы.

Важным моментом индивидуального профилактического консультирования является выдача дневников самоконтроля для пациентов с различной патологией, памяток, буклетов с перечнем продуктов для нормализации уровня холестерина, самоконтроля при физических нагрузках.

В процессе профилактического консультирования следует избегать наиболее частой ошибки – информационной перегруженности, использования специальных медицинских терминов, что, как правило, сопровождается непониманием и негативным отношением пациента.

Психологические факторы и личностные качества врача играют важную роль в эффективном профилактическом консультировании и могут, как повышать его результативность, так и создавать барьер для восприятия пациентом рекомендаций.

Восприятие больным рекомендаций зависит от его представлений о жизненных ценностях, отношения к здоровью, а также от понимания своей роли в контроле риска заболеваний. Пациент должен понимать и принимать ответственность за состояние своего здоровья и действовать не вопреки, а вместе с врачом, выполняя предписанные им рекомендации и назначения.

Важно сформировать у пациента осознанное восприятие врачебных рекомендаций, чтобы сократить несоответствие между уровнем информированности о заболевании и практическим выполнением знаний, выражающимся в изменении нездорового поведения и привычек. Изменить поведение и поведенческие привычки, особенно, с превентивной целью, взрослому человеку крайне сложно. Вместе с тем именно через этот путь лежит выполнение врачебных профилактических рекомендаций, которые передаются пациенту в процессе консультирования. Из всех рекомендаций наиболее легко пациенты воспринимают важность приема лекарственных препаратов. Этот традиционный путь лечения воспринимается адекватно как необходимый в контроле над заболеванием врачом и пациентом.

Обеспечить эффективную реализацию этих концептуальных основ профилактического консультирования на практике в полной мере позволяет обучение пациентов как школе здоровья, так форме группового профилактического консультирования, основанного на принципах эффективного обучения.

История создания Школ для пациентов с различными хроническими заболеваниями насчитывает в России около 10 лет. Накоплен достаточно богатый опыт проведения обучения пациентов в Школах при различных заболеваниях: сахарном диабете, артериальной гипертонии, бронхиальной астме, коронарной болезни сердца и др.

***Целью организации школ здоровья для различных целевых групп пациентов является:***

* + повышение информированности о заболевании и факторах риска ихразвития;
  + повышение понимания пациентом ответственности за сохранение собственногоздоровья;
  + формирование рационального и активного отношения пациента к здоровью, мотивации к оздоровлению, приверженности выполнению врачебных советов иназначений;
  + формирование умений и навыков по самоконтролю и самопомощи в неотложныхситуациях;
  + формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих факторов риска: отказ от курения, чрезмерного потребления алкоголя, оздоровление питания, режима двигательной активности, умения противостоять стрессовым нагрузкам идр.

Важно, что эффективное профилактическое консультирование (групповое и индивидуальное или их сочетание) обеспечивает не только повышение информированности пациентов о риске заболеваний и путях его снижения, но и формирует необходимую им социальную поддержку.

**4. Основы восстановительной медицины. Реабилитация инвалидов.**

.Значительная распространенность заболеваний и травм, сложность и стойкость нарушений функций, сопровождающихся длительной и зачастую стойкой утратой трудоспособности, ставят проблему восстановительной медицины и медицинской реабилитации пациентов в ряд важнейших медико-социальных проблем здравоохранения.

Возрастание интереса к проблеме восстановительной медицины и реабилитации больных, инвалидов и лиц пожилого возраста вполне закономерно и объясняется следующими факторами:

* + Неблагоприятными демографическимипоказателями.
  + Высоким и стабильным ростом заболеваемости по всем классам болезней, хронических заболеваний с тенденцией к инвалидизации. Не меньшие потери несет общество в связи с временной, но длительной утратойтрудоспособности.
  + Ростом числа подростков с хроническими формами заболеваний. Только 10 % школьников признаются здоровыми. К окончанию школы только каждая десятая девушка может считаться здоровой, у всех остальных - «букет» хронических заболеваний, половина из которых затрагивает детородные функции. В настоящее время каждый третий юноша не может быть призван на военную службу по состояниюздоровья.
  + Ростом бытового и производственного травматизма, приводящим к ощутимой инвалидизации населения, и прежде всего, лиц трудоспособноговозраста.
  + Необходимостью проведения последовательного комплекса реабилитационных мероприятий после сложных высокотехнологичных оперативных вмешательств во многом определяющих успехлечения.
    - Появлением особых контингентов населения, нуждающихся в нестандартной и разносторонней реабилитационнойпомощи.

**Восстановительная медицина -** система знаний и практической деятельности, целенаправленных на восстановление функциональных резервов и адаптивных способностей человека, сниженных в процессе неблагоприятного воздействия факторов среды и деятельности или в результате болезни, путем применения преимущественно немедикаментозных оздоровительно-реабилитационных технологий.

Под функциональными резервами понимаются адаптивные возможности регуляции основных функциональных систем организма, которые определяются наличием потенциальных механизмов их реализации в неблагоприятных условиях среды и деятельности.

**Целью восстановительной медицины** как нового профилактического направления в науке и практике здравоохранения является создание системы, обеспечивающей процессы формирования, активного сохранения и восстановления функциональных резервов организма человека, реализацию потенциала здоровья для ведения полноценной производственной, социальной и личной жизни, снижение темпов старения, преждевременной смертности, заболеваемости, инвалидизации населения, увеличение средней продолжительности и качества жизни, улучшение демографической ситуации в стране.

Особенно остро потребность в формировании самостоятельного профилактического направления в виде восстановительной медицины обнаружилась в России на фоне критически низкого уровня состояния популяционного здоровья и усилилась в связи с развившимсядемографическим кризисом, наряду с прогрессирующей нехваткой сил и средств для обеспечения необходимого объема и качества медицинской помощи все более возрастающему потоку больных людей и инвалидов. Немаловажное значение при этом имели такие факторы, как нереализованность декларированных ранее приоритетов профилактической медицины; направленность существующих правовых, экономических, социальных, медицинских институтов управления здоровьем на лечение больных и реабилитацию инвалидов, но не на предупреждение болезни; отсутствие цельной инфраструктуры оздоровительных и профилактических медицинских организаций, системы подготовки соответствующихспециалистов.

Сложилась потребность в развитии системы профилактики путем внедрения высокоэффективных с медицинской и экономической точки зрения технологий тестирования и немедикаментозных методов повышения функциональных резервов организма у лиц, ослабленных в результате воздействия неблагоприятных факторов среды и деятельности или в результате болезни, на этапе выздоровления, либо ремиссии. Речь идет о формализации очень ѐмкого направления системы оздоровительно-реабилитационной помощи населению, включающего разнообразные виды и формы: от самооздоровления до специализированной медицинской реабилитации. Особое место в этой системе занимают санаторно-курортные организации, спецификой которых является оказание оздоровительно-реабилитационных услуг на основе преимущественного применения природных лечебных факторов.

Многочисленные исследования, доказывающие высокую профилактическую и экономическую эффективность оздоровительно- реабилитационной помощи, способствовали весьма интенсивному процессу создания всѐ новых организаций и подразделений данного профиля.

**Понятие о реабилитации**

**Реабилитация** ([фр.](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%86%D1%83%D0%B7%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA)*rehabilitation*от [лат.](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA)*re*вновь+ *habilis*удобный, приспособленный) в медицине - комплекс медицинских, [психологических](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F), педагогических, профессиональных и юридических мер по восстановлению автономности, трудоспособности и [здоровья](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%8C%D0%B5)лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями в результате перенесѐнных (реабилитация) или врожденных ([абилитация](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F)) заболеваний, а также в результате [травм](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0).

В литературе можно встретить многочисленные определения понятия «реабилитация». В ряде стран Западной Европы и США реабилитацию рассматривают как «третичную профилактику», цель ко- торой заключается в том, чтобы избежать инвалидности или уменьшить ее последствия, не допуская перехода в физические дефекты. Нередко приходится слышать, что концепция реабилитации включает в себя «все и вся», т.е. профилактику, лечение, реадаптацию после заболевания или травмы. Реабилитация- это не только профилактика, лечение и реадаптация к жизни и труду, это прежде всего новый подход к больному человеку, предусматривающий лечение не болезни, а больного. Реабилитация - это процесс, длящийся до тех пор, пока физическое состояние больного не стабилизируется и пока не будет достигнута определенная степень социальной реадаптации.

По определению ВОЗ, реабилитация представляет собой динамическую систему взаимосвязанных медицинских, психологичсеких, педагогических, социальных и профессиональных мероприятий, едино осуществляемых и направленных на максимально возможное восстановление физического, психологического и социального статусов больного ли инвалида.

Разносторонность и многокомпонентность задач, состоящих перед реабилитацией, вызывают необходимость выделения нескольких ее видов или аспектов. Постоянный комитет экспертов ВОЗ утвердил единую терминологию: медицинская, социальная и профессиональная реабилитация.

В нашей стране как синоним термина «медицинская реабилитация» употребляется понятие «восстановительное лечение»; оно подчеркивает тот аспект, который решается на уровне и силами учреждений здравоохранения. К медицинской реабилитации относится все виды лечебных процедур, направленных на восстановление функциональных особенностей органа или организма в целом, его статуса, профилактику и ликвидацию осложнений и рецидивов заболеванияс помощью медикаментозного, хирургического, санаторно- курортного лечения, физиотерапии, трудотерапии, методов так называемой комплементарной медицины, а также протезирования и ортепротезирования. Таким образом, медицинская реабилитация состоит из восстановительной терапии, конструктивной хирургии, протезирования и ортопротезирования.

Профессиональная реабилитация заключается в подготовке больного или инвалида к трудовой деятельности и включает в себя профессиональную ориентацию, профессиональное образование, профессионально-производственную адаптацию и трудовое устройство. Профессиональная реабилитация является решающим условием для последующей интеграции инвалидов в обществе.

Социальная реабилитация обеспечивается медицинской, технической и профессиональной реабилитацией, вместе взятыми, и включает в себя социально-средовую ориентацию и социально-средовую адаптацию. В результате преодолевается связанное с инвалидностью чувство социальной неполноценности, устраняется сосредоточение всего внимания инвалидам на своем увечии или болезни, он обретает веру в собственные силы.

Развитие медицины и здравоохранения на современном этапе привело к выделению научно-практического направления – реабилитологии.

Реабилитология – это наука которая изучает закономерности, методы и средства восстановления морфологических структур и функциональных возможностей человека утраченных им в результате того или оного заболевания, травма или врожденных дефектов формирования и развития организма, а также связанное с этим восстановлением социальные последствия. Единицей наблюдения в медико- социальной реабилитологии является человек с различными психо- физическими нарушениями: в семье, за ее пределами, на производстве, на учебе, отдых – в том или ином социальном окружении, для достижения основной цели реабилитации – восстановление человека как личности – необходимо совместное координированная деятель- ность различных ведомств.

**Задачи реабилитации:**

* восстановление утраченных и компенсация нарушенных в результате болезнифункций;
* выявление и развитие остаточных функциональных возможностей организмабольного;

- приспособительная перестройка нарушенных функций с целью достижения доболезненного социально – трудового статуса или максимально возможного уровня самообслуживания и трудоспособности;

* ликвидация уже имеющейся инвалидности или профилактика выхода на инвалидность, сохранение и поддержание высокого уровня здоровьянаселения.

**Принципы реабилитации**

Своевременное, ранее начало реабилитации и в целях уменьшения осложнений, предотвращения неблагоприятного влияния болезни на психику больного и его трудовые навыки и, тем самым обеспечения максимальной эффективности реабилитационныхмероприятий.

Плановость (програмность).

Комплектность – использование трех и более методов восстановительноголечения.

Системность, непрерывность, этапность и преемственность реабилитационныхмероприятий.

Индивидуальный подход, дифференцированное назначение восстановительного лечения. Реабилитационные мероприятия могут быть эффективными и в то же время безопасными только в том случае, если при назначении будут учитываться специфика нарушений функций организма при данном заболевании, особенности течения заболевания у конкретного больного, стадия, степень активности патологического процесса, наличие сопутствующих заболеваний, противопоказания к физиофункциональному лечению, реакция организма на наличиенагрузок.

Оценка состояния пациента до начала реабилитационных мероприятий.

Реабилитационные мероприятия должны быть ориентированы на конкретную реально возможную цель, о которой должен знать больной, чтобы стремится к ее достижению вместе соспециалистами.

В реализации программ реабилитации должны принимать участие не только пациент, но и егоблизкие

***Оценка состояния здоровья пациента в процессереабилитации.***

Реабилитационный мониторинг. Реабилитируемый должен находится под постоянным диспансерным наблюдением для обеспечения контроля за состоянием здоровья в новых условиях жизни и труда в целях необходимой корректировки отклонений от оптимума показателей, характеризующихздоровье.

**Этапы реабилитации:**

* стационарный;
* амбулаторно-поликлинический;
* санаторно-курортный;
* социально-профессиональный;
* домашний.

**Стационарный (больничный) этап реабилитации**

**Цель:** стабилизация состояния и начальные этапы активации для подготовки к выписке из стационара или направлению в санаторий.

**Основные задачи этого этапа:**

* оценка функционального статуса пациента;
* адекватный лечебно-двигательный режим (своевременная физическая активация и физические тренировки в щадящем и щадящее тренирующемрежиме);
* разработка диетическихрекомендаций;
* психологическое тестирование и коррекция психическогостатуса;
* педагогическиемероприятия;
* выявления социальных проблем и ликвидация их отрицательного влияния на состояние больного путем психотерапевтических вмешательств;
* выявление показаний и противопоказаний для санаторно- курортноголечения.

**Санаторно-курортный этап реабилитации Цель:** подготовка к возобновлению трудовой деятельности. **Задачи:**

* физические тренировки в тренирующем режиме, контролируемые и неконтролируемые; дозированнаяходьба.
* психологическое тестирование и психокоррекция с формированием настроя на возвращение и общество и возобновление трудовой деятельности;
* обучениесамообслуживанию;
* осуществление мероприятий по вторичнойпрофилактике.

**Амбулаторно-поликлинический этап реабилитации Задачи:**

* диагностика и коррекция психологических реакций на изменившиесяусловия;
* диспансерное динамическое наблюдение; проведение вторичной профилактики;
* экспертизатрудоспособности;
* определение профессиональной пригодности;
* трудоустройство;
* рационализация жизненного уклада- проведение занятий школ для больных иродственников;
* овладение методамитрудотерапии.

**Домашний этап реабилитации (для наиболее тяжелой категории больных)**

**Задачи:**

**-** обучениесамообслуживанию;

* обучению самомассажу,ЛФК;
* овладение различными видами физических тренировок щадящего режима(неконтролируемых);
* овладение методамитрудотерапии;
* овладение профессиями, пригодными для осуществления на дому; использование аутотренинга.

**МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ**

**Курортотерапия и рекреация:** климатотерапия (аэро-, гелио-, талассо-, ландшафто-, фито-, ароматерапия). Бальнео-, гидро-, лимано-, глино-, пелоидо-, спелиотерапия; легекур, терренкур, закаливание иморжевание.

**Кинезотерапия**: ЛФК, лечебная гимнастика, массаж, вытяжение, мануальная, манипуляционная терапия, бег, прогулки, гребля, тренировки,плавание.

**Физиотерапия**(аппаратная)**:** электро-, магнитно-, фото-, свето-, лазер-, баро-, вакуум-, термо-, криотерапия, ультразвук, гало-, аэро-, ионо-,гипокситерапия.

**Механотерапия**(аппаратная, восстановительная)**:** тренажерная, снарядная, игровая, спорттерапия, инвалидыйспорт.

**Рефлексотерапия**: общая, пунктурная, сегментарно- рефлекторная.

**Социотерапия:** поведенческая индивидуальная и групповая (клубы, школы, центры, ассоциации), семейная терапия, терапия занятостью (общение, хобби, любовь и уход заживностью).

**Психотерапия:** психокоррекция, суггестия, аутотренинг, медитация,релаксация.

**Психоанализ:** катарсис, исповеди, культы, обряды, покаяния.

**Диетотерапия:** питьевая (минводы, соки, энотерапия), апитерапия, кумысолечение, вегетарианство, посты, разгрузки, лечебные столы, продукты типа «кембриджское питание», натуропатия, сыроедение, раздельное питание.

***Основные лечебные столы (по М. Певзнеру), их характеристика и показания к назначению представлены в Приложении 7 данного учебного пособия.***

**Неклассифицированные формы терапии:** лечебный костюм типа «Адели-92», биоэнерго-, хроно-, сомно-, смехо-, лито-, косметикотерапия, колонотерапия, постуральная терапия, танцы.

**Духовная терапия:** искусство-арт (музыка, живопись) Трудо-, библио-, поэзия, флоро-, эстето-, натуротерапия. Антропотерапия (согласие, любовь,примирение).

Комплексная терапия является наиболее естественным способом повышения эффективности и оптимизации восстановительного лечения. Эффективная реабилитация возможна лишь при правильном подборе в комплексе методов восстановительного лечения с учетом их взаимовлияния.

**Основные правила комплексного использования методов восстановительного лечения**

* При проведении комплексной физиотерапии необходимо отличать основную процедуру от дополнительных, которые применяются для лечения сопутствующих заболеваний, дополнительные процедуры должны бытьненагрузочными.
* В один день не назначают двух процедур общего воздействия, вызывающих выраженную генерализованную реакцию организма и провоцирующих утомление иперераздражение.
* В дни проведения сложных утомляющих диагностических исследований (компьютерная томография, рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта, эндоскопия) следует воздержаться от физиотерапевтических процедур.
* Несовместимы в один день процедуры на одну и ту же рефлекторную зону (воротниковую область, слизистую носа, сино-каротидную зону) и область проекции эндокринных желез, через которые осуществляется активное воздействие на общую реактивностьорганизма.Не применяются в один день факторы, близкие по своей физической характеристике, сходные по механизму действия, так как суммарная доза раздражителя может превышать оптимальную и вызывать неадекватную реакцию, а также не используются факторы разнонаправленного действия (кроме специальных воздействий).
* Наиболее эффективным и целесообразным является дополнение местных физиотерапевтических воздействий процедурами общеукрепляющего (ванны, общие УФО), седативного (электросон, электровнальгезия, франклинизация) или стимулирующего характера (души, контрастныеванны).
* Физиотерапевтические процедуры, несовместимые в один день, при наличии показаний могут назначаться в разныедни.
* Ультрафиолетовые облучения я в период эритемы не комбинируют с тепловыми процедурами, массажем, гальванизацией. Они совместимы с водолечебнымипроцедурами.
* С грязелечением не комбинируют холодные ванны и души, общую дарсонвализацию и влажные укутывания, а в один день- общие ванны,теплолечение.
* Не назначают в один день две процедуры, вызывающие выраженное раздражениекожи.
* При комбинации водолечения и светолечения учитывают объем воздействий: общие облучения предшествуют водным процедурам, местные- проводятся послених.
* При комбинировании физиопроцедур, массажа и лечебной физкультуры наиболее рациональны дваварианта:
* вначале проводится ЛФК, затем – массаж и через 30-90 мин.- физиотерапевтическаяпроцедура,
* первой назначается физиотерапевтическая процедура, через 2-3часа
* ЛФК и затеммассаж.

**При сочетании массажа с физиотерапевтическими факторами следует придерживаться следующих рекомендаций:**

* электрофорез лекарственных веществ назначать через 30-60 мин после массажа или за 2-3 ч передмассажем,
* диадинамические и синусоидальные модулированные токи – массаж перед этими процедурами,
* ультразвук и фонофорез - массаж перед этимипроцедурами,
* СВЧ, КВД, индуктотермия - массаж проводится после этих процедур через 2-3часа,
* общие ультрафиолетовые облучения- массаж перед приемом этих процедур,
* элекросон – массаж можно назначать до процедуры или через 2 часа посленее,
* ванны - массаж перед ваннами за 30 мин или спустя 2 чпосле,
* электростимуляция- массаж после этойпроцедуры,
* сауна - массаж сразу после выхода из парногоотделения,
* при закаливании - массаж может быть предварительным кратковременным и согревающим, восстановительным после закаливающих занятий,
* после рентгенотерапии - массаж допустим через 12-14 дней после процедур.

**Семья и реабилитация пациента**

Существенным недостатком, снижающим эффективность реабилитации и всего комплекса профилактических мероприятий, является недооценка роли семьи и врача общей практики/ семейного врача. Участие семьи в реабилитации заболевшего члена является решающим после стационарного и специализированного лечения. Восстановление профессиональной и социальной полноценности индивида, психологическая поддержка его к новому или прежнему уровню активности во многом зависит от повседневного окружения, от привычной окружающей среды, от семейного круга. Это возможно только в сфере тесного контакта семьи - семейного врача/медицинской сестры. Как правило, в семье, члена семьи, перенесшего заболевание, инвалида, стараются оградить от участия в ведении семейного хозяйства, дел по дому, подчас доводят до полной изоляции и тем самым бессознательно наносится непоправимый вред как психике, так и соматическому состоянию организма. Выздоравливающий чувствует свою неполноценность, его функции не получают развития и укрепления в посильном оздоровляющем труде. От врача и медсестры требуется проявить настойчивость в убеждении в полезности, ценности для больного труда в домашнем хозяйстве, уходе за собой как фактора реабилитации; преодолеть психологический барьер страха, неуверенности, как больного, так и семьи. Этим самым необходимо добиваться одного – расширения функции семьи в лечении, профилактике, реабилитации, поднимать ответственность и престиж семьи в борьбе за здоровье еечленов.

Образовательный уровень, культура, санитарная грамотность населения позволяют с полной уверенностью рассматривать семью как помощника семейного врача в ведении профилактической и лечебной работы, всесторонних реабилитационных мероприятий.

В семейной обстановке становится выполнимым важнейший элемент восстановительного лечения, выполнять который под силу только семейному врачу/семейной медсестре – это постепенное практическое приспособление больного (инвалида) к жизни с той или иной дефектной функцией или временном ослаблении какой-либо функции. Медперсонал должен обучить членов семьи, самого пациента элементарным упражнения для выработки у выздоравливающего установки на выздоровление, активной позиции союзника в борьбе с недугом вплоть до выработки новых навыков, развития сохранившихся функций.

Семейный врач/семейная медсестра должны обладать опытом психолога, педагога, владеть параметрами социально-гигиенической и медико-биологической характеристики семьи, проявлять этику и преемственность с врачами-специалистами поликлиники, стационара, реабилитационногоцентра.

Последствия заболеваний нервной системы, опорно- двигательного аппарата представляют особую сложность в их профилактике и реабилитации. Эти последствия, как правило, оставляют длительные и постоянные дефекты органов и систем: контрактуры, анкилозы, нарушения трофики и др. Восстановление их требует длительных действий, объединений усилий врачей и семьи. В поликлинике, на территориальном семейном участке, в домашних условиях под руководством семейного врача, с помощью медсестры на протяжении длительного временного периода возможно сочетание мероприятий лечебной гимнастики, массажа, трудотерапии и всего комплекса специальных приемов. Это позволяет восстановить или компенсировать утраченные функции за счет сохраненных функциональных возможностей, повысить активность и самостоятельность больного, когда исчезает чувство пациента как « обузы» для семьи и по отношению к самому себе.

При восстановлении больного после заболеваний ЦНС роль семьи особенно велика, так как страданию подвергаются жизненно важные функции, требующие милосердия, сочувствия и помощи отмедработников и в большой мере от семьи в развитии функции речи, движения, слуха и других.

Врач и медсестра должны сами владеть и обучить членов семьи приемам, вырабатывающим у больного установки на стимулирование утраченных функций: « стимуляции речи на слух», «обходной» метод компенсации потери речевой функции, протезирование и пр.

Мероприятия по восстановлению навыков ведения хозяйства, быта, обучение владения протезами полностью относятся к компетенции семьи, семейного врача и медсестры. Прежде всего, это выработка навыков самостоятельного передвижения, самообслуживания. Семья должна изменить подчас окружающую обстановку квартиры к физическим возможностям инвалида, вводить специальную мебель, поручни вдоль стен, с помощью медсестры выработать самостоятельность в самообслуживании, одевании, умывании и пр.

**РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ**

**Реабилитация инвалидов** - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Реабилитация инвалидов направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции вобщество.

Реабилитацию инвалидов проводят в соответствии с реабилитационными программами (базовыми и индивидуальными), определяющими содержание, объѐм, сроки и уровень проводимых реабилитационных мероприятий.

**Индивидуальная программа реабилитации инвалида** - комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий отдельные виды, формы, объѐмы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определѐнных видов деятельности.

Основными видами реабилитационных программ являются:медицинские, профессиональные и социальные.

**Медицинскую реабилитацию** инвалидов осуществляют для восстановления или компенсации утраченных или нарушенных функциональных способностей человека до социально значимого уровня. **Она включает: восстановительное лечение, хирургию, протезирование и ортезирование.**

**Профессиональная реабилитация** - система и процесс восстановления конкурентоспособности инвалидов на рынке труда. **Она включает: профессиональную ориентацию, профессиональное образование, профессионально-производственную адаптацию, рациональное трудовое устройство.**

**Социальная реабилитация** - система и процесс восстановления

способностей к самостоятельной и семейно-бытовой деятельности. **Она включает социально-средовую ориентацию, социально- бытовое образование, социально-бытовую адаптацию и социально-бытовое устройство.**

**Формирование индивидуальных программ реабилитации** Индивидуальная программа реабилитации разрабатывается для каждого пациента персонально. Индивидуальная программа реабилитации бюро медико-социальной экспертизы отличается от программ реабилитации, разработанных в других реабилитационных подразделениях. Реабилитационная программа бюро МСЭ должна отражать стратегию социальной защиты инвалида на весь период до следующего или контрольного освидетельствования, в ней должен быть представлен в первую очередь реабилитационный маршрут инвалида.

**Реабилитационный маршрут** - это перечень тех учреждений и подразделений, которые необходимо пройти инвалиду в соответствии с этапами реабилитационного процесса и индивидуальной программой реабилитации, составленной в такой последовательности, которая соответствует целям и задачам для данного больного.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида обязательна для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями не зависимо от организационно правовых форм и форм собственности. Данная программа направлена на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма; восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определѐнных видов деятельности. Индивидуальная программа реабилитации инвалида содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду с освобождением от платы в соответствии с федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимают участие сам инвалид либо другие лица или организации независимо от организационно- правовых форм и форм собственности.

Объѐм реабилитационных мероприятий, предусматриваемых индивидуальной программой реабилитации инвалида, не может быть меньше установленного федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду.

Следует отметить, что индивидуальная программа реабилитации имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от той) или иного вида, формы и объѐма реабилитационных мероприятий, и также от реализации программы в целом. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством или видом реабилитации, включая кресла- коляски, протезно- ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом, другими аналогичнымисредствами.

Инвалид, который самостоятельно приобрѐлсоответствующее средство или оплатил услугу за собственный счѐт, имеет право на компенсацию в размере стоимости технического средства реабилитации или услуги, предусмотренной федеральным перечнем. Инвалид не имеет права на получение компенсации и размере стоимости реабилитационных мероприятий в случае, если он отказался от индивидуальной программы реабилитации в целом, или от реализации отдельных еѐчастей.

Для разработки индивидуальной программы реабилитации бюро МСЭ необходимо определить потребность инвалида в реабилитационных мероприятиях (медицинских, социальных, профессиональных), а также изучить возможности имеющейся в регионе сети реабилитационных подразделений. В бюро МСЭ определяется потребность в основных формах реабилитации, а конкретные реабилитацинные мероприятия разрабатываются в соответствующих учреждениях специалистами-реабилитологами.

При составлении программ реабилитации в современной медицинской практике превалирует политерапия, т.е. комплексное применение нескольких лечебных факторов, относящихся к различным по природе и механизму действия групп. Необходимость политерапии обосновывается прежде всего наличием «букета» болезней у одного больного, т.еполиморбидностью. Также применение нескольких методов имеет целью суммирование или потенцирование терапевтического эффекта, позволяет уменьшить или нейтрализовать нежелательные побочные проявления, получить более быстрый лечебный эффект и сократить сроки реабилитации.

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНВАЛИДОВ**

В данное понятие включают медицинскую помощь, беспрепятственный доступ к объектам социальной инфраструктуры, обеспечение жилплощадью, обеспечение занятости инвалидов, а также их материальное обеспечение и социально-бытовое обслуживание. Эту сферу общественных отношений регулируют многочисленные нормативные акты: федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 г. в редакции от 01.03.2008 г., Закон РФ «О занятости населения в Российской Федерации» от 19.04.1991 г. в редакции от 18.10.2007 г., ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 02.08.1995 г. в редакции от 22.08.2004 г., большое число подзаконных актов, напри- мер, постановл**е**ние Минтруда РФ «О перечне приоритетных профессий рабочих и служащих, овладение которыми дает инвалидам наи- большую возможность быть конкурентоспособными на региональных рынках труда» от 08.09.1993 г. Также необходимо принимать во внимание весомый вклад регионального законодательства в регулирование данного вопроса.

**Обеспечение жилой площадью**

Инвалидов, нуждающихся в улучшении жилищных условий, принимаютнаучѐтиобеспечиваютжилымипомещениямивпорядке,предусмотренном законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов РоссийскойФедерации.

Основания признания инвалидов нуждающимися в улучшении жилищных условий для принятия на учѐт.

* + Обеспеченность жильѐм на каждого члена семьи нижеуровня,устанавливаемого органами исполнительной власти субъектом Российской Федерации (на федеральном уровне установлена норма 18 м2 на человека, но в регионах она может быть больше).
  + Проживание в жилом помещении (доме), не отвечающем установленным санитарным и техническимтребованиям.
  + Проживание в квартирах, занятых несколькими семьями, если в составе семьи есть больные, страдающие тяжѐлыми формами некоторых хронических заболеваний, при которых совместное проживание с ними (по заключению государственных или муниципальных лечебно-профилактических учреждений здравоохранения) в одной квартиреневозможно.
  + Проживание в смежных неизолированных комнатах по две и более семьи при отсутствии родственныхотношений.
  + Проживание в общежитиях, за исключением сезонных и временных работников, лиц, работающих по срочному трудовому договору, к также граждан, поселившихся в связи собучением.
  + Проживание длительное время на условиях поднайма в домах государственного, муниципального и общественного жилищного фонда, либо найма в домах жилищно-строительных кооперативов, либо в жилых помещениях, принадлежащих гражданам на правах собственности, не имеющим другой жилойплощади.

Учѐт нуждающихся в улучшении жилищных условий проводят:

* + по месту жительства - специально уполномоченным органом местного самоуправления либо специально назначенным должностным лицом,
  + по месту работы - на предприятиях, в учреждениях и других организациях, имеющих жилищный фонд на праве хозяйственного ведения или в оперативномуправлении.

Инвалиды могут состоять на учѐте для улучшения жилищных условий одновременно по месту работы и по месту жительства.

***Для постановки на учѐт нуждающихся в улучшении жилищных условий необходимо:***

* + заявление;
  + выписка из домовойкниги;
  + копия финансового лицевогосчѐта;
  + копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, и копия индивидуальной программы реабилитацииинвалида;
  + другие документы с учѐтом конкретных обстоятельств (справки бюро технической инвентаризации, учреждений здравоохраненияи т.п.).

Жилые помещения инвалидам предоставляются на каждого члена семьи в пределах нормы, устанавливаемой органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

При предоставлении инвалидам жилого помещения учитывают рекомендации индивидуальной программы реабилитации, состояние его здоровья, а также другие обстоятельства (приближение к лечебно- профилактическому учреждению, месту жительства родных, близких и т.п.).

Инвалидам занимаемые ими жилые помещения могут быть заменены на другие равноценные жилые помещения в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (переселение с верхних этажей домов на нижние, приближение к месту жительства родных, близких и т.п.).

Инвалидам может быть предоставлено жилое помещение по договору социального найма общей площадью, превышающей норму предоставления на одного человека (но не более чем в два раза), при условии, если они страдают тяжѐлыми формами заболеваний, предусмотренных перечнем, устанавливаемым Правительством РФ.

Инвалидам предоставляют скидку не ниже 50% оплаты жилья в домах государственного, муниципального и общественного жилищного фонда, оплаты коммунальных услуг (независимо от принадлежности жилищного фонда), а в жилых домах, не имеющих центрального отопления, - стоимости топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению. Дополнительная жилая площадь, занимаемая инвалидом, в том числе в виде отдельной комнаты, не считается излишней и подлежит оплате в одинарном размере с учѐтом предоставляемых льгот.

Для получения льгот по оплате жилья, коммунальных услуг и приобретаемого топлива инвалиды обращаются в организации, осуществляющие сбор платежей за оплату жилья, коммунальных услуг и приобретаемое топливо.

Основание для предоставления льгот по оплате жилья, коммунальных услуг и приобретаемого топлива - справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выданная органами службы медико-социальной экспертизы.

Инвалиды и семьи, имеющие в своѐм составе инвалидов, обеспечиваются в первоочередном порядке земельными участками для индивидуального жилищного строительства, ведения подсобного идачного хозяйства и садоводства на основании заявления и приложенной к нему копии справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной органом службы медико-социальной экспертизы, подаваемых в установленном порядке в органы местного самоуправления.

**Обеспечение занятости инвалидов**

В соответствии с Законом РФ «О занятости населения в Российской Федерации» от 19.04.1991 г. в редакции от 18.10.2007 г. занятость - деятельность граждан, связанная с удовлетворением личных и общественных потребностей, не противоречащая законодательству Российской Федерации и приносящая, как правило, им заработок, трудовой доход.

Государство обеспечивает дополнительные гарантии гражданам, испытывающим трудности в поиске работы, путѐм разработки и реализации программ содействия занятости, создания дополнительных рабочих мест и специализированных организаций (организации для труда инвалидов), установления квоты для приѐма на работу инвалидов, а также путѐм организации обучения по специальным программам и другимимерами.

Постановление Минтруда РФ и Минобразования РФ «Об утверждении Положения об организации профессиональной подготовки, повышения квалификации и переподготовки безработных граждан и незанятого населения» № 3/1 от 13.01.2000 г. в редакции от 08.02.2001 г устанавливает право инвалидов в приоритетном порядке пройти профессиональное обучение. Профессиональное обучение инвалидов проводят по профессиям и специальностям, пользующимся спросом на рынке труда, что увеличивает возможности инвалидов в поиске оплачиваемой работы (доходного занятия). Профессиональное обучение можно также проводить по профессиям и специальностям под конкретные рабочие места, предоставляемые работодателями.

При организации профессионального обучения инвалидам могут быть предложены с учѐтом их образования, профессионального опыта и состояния здоровья варианты выбора профессии и специальности (по которым возможно обучение), пользующихся спросом на рынке труда. Профессиональное обучение заканчивается аттестацией, проводимой в установленном порядке образовательными учреждениями, организациями. Лицам, прошедшим соответствующее обучение в полном объѐме и аттестацию после обучения, образовательными учреждениями, организации выдают документы установленного образца.

Профессиональное обучение безработных инвалидов включает следующие виды обучения:

* + профессиональную подготовку с целью ускоренного приобретения обучаемыми навыков, необходимых для выполнения определѐнной работы или группыработ;
  + переподготовка рабочих для приобретения ими новых профессий для работы (доходного занятия) по этимпрофессиям;
  + обучение рабочих, имеющих профессии, вторым профессиям для расширения их профессионального профиля и получения возможностей для работы (доходного занятия) по совмещаемым профессиям;
  + повышение квалификации рабочих с целью обновления знаний, умений и навыков, роста профессионального мастерства и повышения конкурентоспособности по имеющимся у них профессиям, а также изучения новой техники, технологий и других вопросов по профилю профессиональнойдеятельности;
  + профессиональная переподготовка специалистов для получения дополнительных знаний, умений и навыков по образовательным программам, предусматривающим изучение отдельных дисциплин, разделов науки, техники и технологии, необходимых для выполнения нового вида профессиональной деятельности, а также получение новой квалификации в рамках имеющегося направления подготовки (специальности);
  + повышение квалификации специалистов с целью обновления теоретических и практических знаний в связи с повышением требований к уровню квалификации и необходимостью освоения новых способов решения профессиональныхзадач;
  + стажировка специалистов для формирования и закрепления на практике теоретических знаний, умений и навыков, приобретения профессиональных и организаторских качеств для выполнения профессиональныхобязанностей.

Кроме того, приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2007 г. утверждѐн административный регламент предоставления государственной услуги по организации профессиональной ориентации граждан в целях выбора сферы деятельности (профессии), трудоустройства, профессионального обучения. Такая услуга предоставляется неоднократно и бесплатно. Для того чтобы получить данную услугу, гражданин, в том числе иностранный гражданин и лицо без гражданства, должен обратиться с заявлением-анкетой в государственное учреждение «Центр занятости населения». Кроме данного заявления гражданин должен представить:

* + паспорт или документ, егозаменяющий;
* документы, удостоверяющие профессиональнуюквалификацию;
* документ об образовании;
* индивидуальную программу реабилитацииинвалида.

В результате инвалиду должна быть подобрана подходящая длянегосучѐтомегопрофессиональнойквалификацииитрудоспособностиработа.

***Законодательством РФ и еѐ субъектов закреплено общее правила установления квоты для приѐма на работу инвалидов.***Согласно этому правилу организациям, независимо от организационно- правовых форм и форм собственности, численность работников в которых составляет более 100 человек, устанавливается квота для приѐма ни работу инвалидов в % к среднесписочной численности работником (но не менее 2% и не более 4%). При этом под квотированием рабочих мест понимают резервирование рабочих мест в организациях всех форм собственности для приѐма на работу инвалидов. Квота - минимальное количество рабочих мест для инвалидов.Минимально допустимые требования к условиям труда инвалидом установлены в федеральном законе «Трудовом кодексе Российской Федерации» от 21.12.2001 г. в редакции от 29.02.2008 г. При этом организации, использующие труд инвалидов, должны создавать необходимые условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида. Согласно статье 92 Трудового кодекса РФ нормальная продолжительность рабочего времени сокращается для работников, являющихся инвалидами I или II группы на 5 ч в неделю и составляет не более 35 ч в неделю с сохранением полной оплаты труда. При этом продолжительность ежедневной работы (смены) для инвалидов устанавливают в соответствии с медицинским заключением.

Привлечение инвалидов к сверхурочным работам, работе в выходные дни и ночное время допускается только с их согласия и приусловии, если такие работы не запрещены им по состоянию здоровья.При этом инвалиды должны быть в письменной формеознакомлены со своим правом отказаться от сверхурочных работ, работ в выходные дни и ночное время.

***Сверхурочной признаѐтся работа,*** производимая работником по инициативе работодателя за пределами установленной продолжительности рабочего времени, ежедневной работы (смены), а также работа сверх нормального числа рабочих часов за учѐтныйпериод. Сверхурочные работы не должны превышать для каждого работника 4 ч в течение 2 сут подряд и 120 ч вгод.

Инвалидам предоставляют ежегодный отпуск не менее 30 календарных дней. Также по семейным обстоятельствам и другим уважительным причинам работнику по его письменному заявлению может быть предоставлен отпуск без сохранения заработной платы, продолжительность которого определяется по соглашению между работником и работодателем. Работодатель обязан на основании письменного заявления работника предоставить отпуск без сохранения заработной платы работающим инвалидам до 60 календарных дней в году.

Установление условий труда инвалидов (оплата труда, режим рабочего времени и времени отдыха, продолжительность ежегодного и дополнительного оплачиваемых отпусков и другие), ухудшающих их положение по сравнению с другими работниками, не допускается ни в коллективных, ни в индивидуальных трудовых договорах.

**Материальное обеспечение инвалидов**

Материальное обеспечение инвалидов включает денежные выплаты по различным основаниям (пенсии, пособия, страховые выплаты при страховании риска нарушения здоровья, выплаты в счѐтвозмещения вредa, причинённого здоровью, и другие выплаты),компенсации в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

Пенсия по инвалидности - один из видов пенсионного обеспечения. Их подразделяют на устанавливаемые в связи с трудовой и иной общественно полезной деятельностью и вне связи с такой деятельностью. Основные законодательные акты: Федеральный закон «О тру- довых пенсиях в РФ» от 17.01.2001 г. в редакции от 01.12.2007 г., Федеральный закон «О государственном пенсионном г обеспечении в Российской Федерации» от 15.12.2001 г. в редакции от 09.04.2007 г., Закон РФ «О пенсионном обеспечении лиц, проходивших военную службуворганахвнутреннихдел,Государственнойпротивопожарной службе, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, учреждениях и органах уголовно- исполнительной системы, и их семей» от 12.02.1993 г. а редакции от 13.02.2008 г. Порядок назначения пенсий строго увязан с индивидуальными данными лица.

Инвалиды имеют право на ежемесячную денежную выплату. Порядок осуществления ежемесячной денежной выплаты отдельным категориям граждан утверждѐн приказом МинздравсоцразвитияРФ

«Об утверждении порядка осуществления ежемесячной денежной выплаты отдельным категориям граждан в РФ» от 30.11.2004 г. в редакции 20.12.2007 г.

Ежемесячную денежную выплату назначают без учѐтарайонного коэффициента, то есть она одинакова как для Центрального района, гик и районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностей.

Граждане подают письменное заявление о назначении ежемесячной денежной выплаты в территориальный орган Пенсионного фонда по месту жительства.

Граждане могут обращаться за ежемесячной денежной выплатой в любое время после возникновения права на неѐпутѐм подачи соответствующего заявления со всеми необходимыми документами.

К заявлению гражданина, обратившегося за назначением ежемесячной денежной выплаты, должны быть приложены документы:

* + удостоверяющие личность, возраст, место жительства, принадлежность кгражданству;
  + об установлении инвалидности и о степени ограничения способности к трудовойдеятельности.

Кроме того, в необходимых случаях прилагают документы:

* + о месте пребывания или фактического проживания на территории РоссийскойФедерации;
  + удостоверяющие личность и полномочия законного представителя (опекуна,попечителя).

Граждане могут обращаться за ежемесячной денежной выплатой непосредственно либо через представителя.

**Социальное обслуживание**

Основные направления социального обслуживания инвалидов закреплены в Федеральном законе «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 02.08.1995 г. в редакцииот 22.08.2004 г. Согласно данному закону инвалиды, нуждающиеся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию или передвижению, имеют право на социальное обслуживание, осуществляемое в государственном и негосударственном секторах системы социального обслуживания.

Социальное обслуживание инвалидов осуществляется по решению органов социальной защиты населения в подведомственных им учреждениях либо по договорам, заключаемым органами социальной защиты с учреждениями социального обслуживания иных форм собственности.

Социальное обслуживание осуществляется при условии добровольного согласия инвалидов на получение социальных услуг. Социальное обслуживание по желанию инвалидов может осуществляться на постоянной или временной основе.

Инвалиды, а также их законные представители имеют право отказаться от социального обслуживания, за исключением случаев, специально предусмотренных Федеральным законом «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 02.08.1995 г, и редакции от 22.08.2004 г. В случае отказа от социального обслуживания инвалидам, а также их законным представителям разъясняют возможные последствия принятого имирешения.

Отказ инвалидов от социального обслуживания, который может повлечь за собой ухудшение состояния их здоровья или угрозу дли их жизни, оформляют письменным заявлением инвалидов или их законных представителей, подтверждающим получение информации о последствиях отказа.

Различают следующие формы социального обслуживания:

* + социальное обслуживание на дому (включая социально-медицинскоеобслуживание);
  + полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания;
  + стационарное социальное обслуживание в стационарных учреждениях социального обслуживания (домах-интернатах, пансионатах и других учреждениях социального обслуживания независимо от ихнаименования);
  + срочное социальноеобслуживание;
  + социально-консультативную помощь.

Инвалидам могут предоставлять жилое помещение в домах жилищного фонда социального использования.

Социальное обслуживание на дому - одна из основных форм социального обслуживания, направленная на максимально возможное продление пребывания инвалидов в привычной для них социальной среде в целях поддержания их социального статуса, а также на защиту их прав и законных интересов.

***Государство при надомном обслуживании гарантирует следующие социальные услуги:***

* + организацию питания, включая доставку продуктов надом;
  + помощь в приобретении медикаментов, продовольственных и промышленных товаров первойнеобходимости;
  + содействие в получении медицинской помощи, в том числе сопровождение в медицинскиеучреждения;
  + поддержание условий проживания в соответствии с гигиеническими требованиями;
  + содействие в организации юридической помощи и иных правовыхуслуг;
  + содействие в организации ритуальныхуслуг;
  + другие надомные социальныеуслуги.

При обслуживании инвалидов, проживающих в жилых помещениях без центрального отопления или водоснабжения, в число надомных социальных услуг, предусматриваемых перечнем гарантированных государством социальных услуг, включают содействие в обеспечении топливом или водой.

Инвалидам могут предоставлять иные надомные услуги на условиях полной или частичной оплаты.

Срочное социальное обслуживание проводят в целях оказании неотложной помощи разового характера инвалидам, остро нуждающимся в социальной поддержке. В связи с этим могут быть оказаны следующие услуги:

* + разовое обеспечение остро нуждающихся бесплатным горячим питанием или продуктовыминаборами;
  + обеспечение одеждой, обувью и другими предметами первой необходимости;
  + разовое оказание материальнойпомощи;
  + содействие в получении временного жилогопомещения;
  + организацияюридическойпомощивцеляхзащитыправобслуживаемых лиц;
  + организация экстренной медико-психологической помощи с привлечением для этой работы психологов и священнослужителей и выделением для этих целей дополнительных телефонныхномеров;
  + иные срочные социальныеуслуги.

Социально-консультативная помощь инвалидам направлена на их адаптацию в обществе, ослабление социальной напряжѐнности,создание благоприятных отношений в семье, а также на обеспечение взаимодействия личности, семьи, общества и государства. Этапомощь ориентирована на их психологическую поддержку, активизацию усилий в решении собственных проблем и предусматривает:

* + выявление лиц, нуждающихся в социально-консультативной помощи;
  + профилактику различного рода социально-психологических отклонений;
  + работуссемьями,вкоторыхживутинвалиды,иорганизацию

**их** досуга;

* + консультативную помощь в обучении, профессиональной ориентации и трудоустройствеинвалидов;
  + обеспечение координации деятельности государственных учреждений и общественных объединений для решения проблем инвалидов;
  + правовую помощь в пределах компетенции органов социальногообслуживания;
  + иные меры по формированию здоровых взаимоотношений и созданию благоприятной социальной среды дляинвалидов.

Порядок и условия предоставления бесплатного надомного, полустационарного и стационарного социального обслуживания, а также условиях полной или частичной оплаты устанавливают органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Согласно Федеральному закону «О государственном социальном обслуживании» от 17.07.1999 г. в редакции от 01.03.2008 г. инвалиды могут обратиться с заявлением о предоставлении следующего набора услуг:

* + дополнительной бесплатной медицинской помощи, в том числе предусматривающей обеспечение необходимыми лекарственными средствами по рецептам врача, предоставление при наличии медицинских показаний путѐвки на санаторно-курортное лечение, осуществляемыхвсоответствиисзаконодательствомобобязательномсоциальном страховании;
  + бесплатного проезда на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно.