

В.В. Горелик



**ТОЛЬЯТТИНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

**КОМПЛЕКСНАЯ
ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ
И РЕАБИЛИТАЦИЯ
БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ**

Учебное пособие

**Тольятти
Издательство ТГУ
2012**

Министерство образования и науки Российской Федерации
Тольяттинский государственный университет
Институт физической культуры и спорта
Кафедра «Адаптивная физическая культура»

В.В. Горелик

**КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА
ЗАБОЛЕВАНИЙ И РЕАБИЛИТАЦИЯ
БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ**

Учебное пособие

Тольятти
Издательство ТГУ
2012

УДК 61:615825
ББК 5:51.1(2)2
Г687

Рецензенты:

к. пед. н., доцент Волжского университета имени В.Н. Татищева
Е.А. Астраханцев;
к. пед. н., доцент Тольяттинского государственного университета
А.А. Подлубная.

Г687 Горелик, В.В. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов : учеб. пособие / В.В. Горелик. – Тольятти : Изд-во ТГУ, 2012. – 126 с. : обл.

В учебном пособии представлены основные сведения по дисциплине, теоретическая и практическая информация, контрольные вопросы и задания для самостоятельной работы.

Предназначено для студентов очной и заочной форм обучения по направлению подготовки 034400.62 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)».

УДК 61:615825
ББК 5:51.1(2)2

Рекомендовано к изданию научно-методическим советом Тольяттинского государственного университета.

© ФГБОУ ВПО «Тольяттинский
государственный университет», 2012

Введение

Государственная политика в отношении инвалидов в России базируется на приоритетах их реабилитации и интеграции в общество. Действующий с 1996 года Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» определил новое содержание понятия «инвалид». После этого в корне изменились методические подходы к установлению инвалидности; были сформированы новые общие принципы и частные положения медико-социальной экспертизы и реабилитации [4].

В соответствии со ст. 9 данного закона *реабилитация инвалидов* – система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Цель реабилитации – восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация [10].

Современные особенности инфраструктуры социальной сферы и социально-экономические условия поставили перед всеми участниками реабилитационного процесса, включая и самого инвалида либо лицо, представляющее его интересы, задачу комплексного подхода к решению проблем инвалидов и инвалидности. Реализация реабилитационных мероприятий в отношении индивида должна осуществляться через *индивидуальную программу реабилитации* (ИПР) инвалида, при разработке которой следует осуществлять интегральную оценку разнообразных медицинских, социальных и правовых аспектов в каждой конкретной ситуации. Такой подход требует действий, определенных нормами права, по алгоритмам, составляющие которых последовательно представлены в настоящих методических материалах.

Реализация вышеизложенных подходов, с одной стороны, жестко регламентирует технологии решения проблем индивида, которому установлен статус инвалида, с другой – обеспечивает возможность оптимального подбора варианта ИПР на основе экспертного прогнозирования. Это позволяет уполномоченным по разработке ИПР специалистам служб медико-социальной экспертизы действовать адекватно изменяющимся экономическим, социальным и правовым условиям реализации принимаемых решений [10].

В отношении инвалидов как определенной категории населения, а также специфической социальной группы на федеральном и региональных уровнях разрабатываются и реализуются целевые программы социальной поддержки инвалидов, в рамках которых предусматриваются подпрограммы реабилитации инвалидов [5].

1. ОСНОВЫ И ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

В последние десятилетия во многих странах мира необычайно возрос интерес к весьма важной и актуальной проблеме реабилитации больных и инвалидов. В этой области проводятся широкие исследования, задачами которых являются обоснование принципов и разработка методов реабилитации, реабилитационных программ и критериев эффективности их использования. Причина такого большого интереса – важное практическое значение реабилитации. Примером, в частности, может быть высокий процент больных, перенесших инфаркт миокарда, возвратившихся к своей прежней работе и привычному ритму жизни [8].

Основные цели и задачи реабилитации – уменьшение числа инвалидов путем увеличения процента пациентов, которые после перенесенных заболеваний и травм возвратились к своей профессиональной деятельности. В результате общество получает значительный социально-экономический эффект.

Термин «реабилитация» используется с давних пор в юридической практике применительно к лицам, восстановленным в правах, и происходит от латинского слова *rehabilitacio* (восстановление). В медицине это комплекс медицинских, педагогических, профессиональных и юридических мер, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма и трудоспособности больных и инвалидов [8].

Несмотря на широкое использование этого термина в медицинской науке и практике, в отношении сущности реабилитации, а также ее целей и задач до настоящего времени нет единой точки зрения. В одних странах под реабилитацией понимают только восстановление здоровья, в других – это понятие относится и к восстановлению трудоспособности, в третьих – к оказанию материальной помощи пострадавшим и т. д.

Во втором отчете Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения (1969) реабилитацией названо сочетание и скоординированное применение медицинских, социальных, просветительных и профессиональных мероприятий, включающих обучение или переобучение инвалидов, для достижения реабилитантами по возможности наиболее высокого уровня функциональной активности.

В резолюции IX Сопещения министров здравоохранения бывших социалистических стран реабилитация определена как система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду [10].

Итак, реабилитация значительно шире, чем восстановление здоровья. Реабилитация является важным достижением современной медицины, призванной не только вернуть здоровье больным и инвалидам, но и сохранить их профессиональную трудоспособность.

В медицине понятие «реабилитация» впервые было применено официально к больным туберкулезом, когда в 1946 году в Вашингтоне был проведен конгресс по реабилитации этих больных. Принято считать, что реабилитация восходит к годам Первой мировой войны, когда в Великобритании были созданы ортопедические госпитали для лечения инвалидов войны. В этих госпиталях широко применялась трудотерапия, проводившаяся под руководством квалифицированных рабочих. Опыт этих госпиталей был использован и в нашей стране в ортопедических и психиатрических лечебных учреждениях. Затем стала развиваться и медицинская педагогика, которая оказала большое влияние на становление реабилитации не только психических, но и соматических больных [7].

Однако корни трудотерапии как важной составной части реабилитации уходят в далекое прошлое. Об этом, в частности, свидетельствуют древние рукописи об использовании лечения трудом в монастырях. По велению Петра I на Каменном острове в Санкт-Петербурге были созданы отделения для выздоравливающих матросов, где активно применялась трудотерапия.

Применение труда с лечебной целью в психиатрии относится к концу XVIII века. В России в начале XIX века организованный труд для лечения психически больных первыми применили лейб-медик И.Ф. Рюль и старший врач московской Преображенской больницы В.Ф. Саблер. Интенсивно развивали трудовую терапию как средство лечения лиц со стойкими психическими расстройствами врачи-психиатры Н.Н. Баженов, В.И. Яковенко и др.

Принципы восстановительного лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями были разработаны в СССР в тридцатые годы прошлого столетия (Г.Ф. Ланг). Неслучайно видный американский кардиолог Рааб обратил в 1968 году внимание на то, что ежегодно 5 миллионов американцев вынуждены были выезжать за пределы США в зарубежные центры здоровья, в то время как в СССР были тысячи санаториев и курортов – важных этапов реабилитации.

Целью реабилитации является оздоровление больного (инвалида) и оказание ему помощи в восстановлении или развитии профессиональных навыков с учетом специфики перенесенной им травмы или болезни. Варианты реабилитации:

- адаптация реабилитанта на прежнем рабочем месте;
- реадаптация – работа на новом рабочем месте с измененными условиями труда, но на том же предприятии;
- работа на новом месте в соответствии с приобретенной новой квалификацией, близкой к прежней специальности, но отличающейся пониженной нагрузкой;

- при невозможности реализации вышеизложенных пунктов полная переквалификация с последующим трудоустройством на том же предприятии;
- переквалификация в реабилитационном центре с подысканием работы по новой специальности.

Основные задачи реабилитации:

- ускорение выздоровления;
- улучшение исходов травмы (болезни), в том числе профилактика осложнений;
- направленность всех реабилитационных мероприятий на сохранение жизни больного;
- предупреждение инвалидности или смягчение ее проявлений;
- возвращение человека к активной жизни, трудовой и профессиональной деятельности;
- возвращение в общество профессиональных кадров, имеющее значительный экономический эффект для общества: трудовой вклад выздоровевших граждан в экономику страны, уменьшение расходов на выплату пенсий и пособий, высвобождение лиц, осуществляющих уход за инвалидами, для общественно полезной деятельности.

Таким образом, основные задачи реабилитации заключаются в том, чтобы сделать больного или инвалида способным к жизни в обществе, создать соответствующие предпосылки для вовлечения его в общественный трудовой процесс исходя из того, что трудовая деятельность является не только необходимым социальным условием полноценного существования человека, но и подчас решающим фактором излечения.

Основы реабилитации:

- биологические – свойства организма человека адаптироваться к новым условиям в результате компенсаторно-восстановительных процессов;
- психические – стремление человека к полезности для общества, которое выражается в производственной (профессиональной) деятельности и в социально-экономических отношениях;

- морально-этические – принцип высокого гуманизма, моральный эффект для общества;
- научно-медицинские – разработка, апробация и внедрение современных достижений медицинской науки и практики в области восстановительного и заместительного лечения;
- социально-экономические – полезность для общества, обусловленная профессиональными знаниями, жизненным и производственным опытом, а также экономический эффект реабилитации, значительно перекрывающий необходимые материальные затраты для ее осуществления. Так, по данным медиков США, при некоторых заболеваниях каждый вложенный в реабилитацию доллар возвращается 35 долларами. По нашим данным, 80% больных, перенесших инфаркт миокарда, после реабилитации приступили к трудовой деятельности.

Реабилитация достигается сочетанным применением реабилитационных мероприятий: медицинских, психологических, физических, педагогических, социальных, трудовых, технических и правовых, составляющих единый комплекс [7].

Контрольные вопросы

1. Что означает в медицине термин «реабилитация»?
2. Когда в СССР были разработаны принципы восстановительного лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями?
3. В чем заключаются основные задачи реабилитации?
4. Какие разработаны направления в реабилитации инвалидов?

2. СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ

На современном культурно-историческом этапе, когда цивилизованное сообщество осознало роль человеческого капитала в социальном развитии, все большее значение приобретает социокультурная реабилитация как направление социальной реабилитации инвалидов. Социокультурная реабилитация – это комплекс мероприятий с использованием средств культуры, искусства, творчества, осуществляемых в интересах инвалидов и направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма [10].

Целесообразность включения культуры, искусства, творчества в систему комплексной реабилитации инвалидов продиктовано как основополагающей ролью этих средств в развитии и самореализации личности, так и накопленным практическим опытом социокультурной работы учреждений культуры с инвалидами, убедительно подтверждающим благотворное влияние средств культуры, искусства, творчества на образ жизни инвалидов.

Эффективное использование этих средств в процессе реабилитации инвалида способствует формированию у него позитивных духовно-нравственных и социальных установок, чувства уверенности в жизни, обеспечивающих корректирующее и восстанавливающее воздействие на здоровье и мотивацию независимости в различных сферах жизнедеятельности.

Культура – совокупность материальных и духовных ценностей, созданных человечеством в процессе общественно-исторической практики, единый процесс созидания (творческой деятельности людей) и освоения всего богатства общества, особая система средств и механизмов деятельности, которая охватывает и результаты

деятельности, и отношения, складывающиеся в процессе деятельности, и саму деятельность. В широком плане культура есть технология воспроизводства человеческой жизни. Уровень личной культуры определяет степень готовности участвовать в освоении и преобразовании окружающего мира и общества.

Искусство – специфическая форма общественного сознания и человеческой деятельности, отражение действительности в художественных образах, один из важнейших способов эстетического освоения мира. Искусство выполняет специфическую функцию – удовлетворение эстетических потребностей людей путем создания произведений, могущих доставить человеку радость, наслаждение, духовно обогатить его и вместе с тем пробуждать в нем художника, способного в конкретной сфере своей деятельности творить по законам красоты. Через эстетическую функцию искусства проявляется его познавательное значение и осуществляется его идейно-воспитательное воздействие на людей.

Творчество – процесс человеческой деятельности, связанный с созданием, преобразованием, порождением нового, качественно оригинального результата, так как предполагает всегда творца, субъекта творческой активности.

Репродуктивная деятельность в сфере социокультурной реабилитации позволяет использовать инвалидам свой интеллектуальный, творческий, художественный потенциал не только для своего блага, но и для обогащения всего общества. Технологии социокультурной реабилитации через воздействие на эмоционально-чувствительную сферу положительно влияют не только на процесс воспитания духовности, культуры чувств, развития познавательных сторон личности, но и на здоровье. Это воздействие исходит из возможности невербальной, недирективной, многообразной по форме выражения эмоциональной связи различных элементов культуры, искусства, творчества. Каждый из этих элементов – носитель собственных характерных черт и обладает индивидуальной силой воздействия на человека.

Существенное положительное влияние социокультурная реабилитация может оказать на инвалидов всех возрастных и социальных групп, но особое значение она имеет для детей-инвалидов и молодых инвалидов. В отношении этой категории лиц главная задача этого реабилитационного направления деятельности – приобщение к культурным, духовно-нравственным ценностям, к здоровому образу жизни, гармоничное развитие на основе включения в прекрасный мир искусств, культуры, творчества. В основе данных подходов – идея свободной, гармонично развитой личности, ориентированной на духовно-нравственные ценности и стремящейся к постоянному самоопределению, самосовершенствованию, а также к признанию важной роли искусства, культуры, творчества в формировании и развитии личности.

Личность – это человек, взятый в системе таких его психологических характеристик, которые социально обусловлены, проявляются в общественных по природе связях и поступках человека, имеющих существенное значение для него самого и окружающих [7].

Наряду с понятием «личность» употребляются термины «человек», «индивид», «индивидуальность». Содержательно эти понятия переплетены между собой. Именно поэтому анализ каждого из этих понятий, их соотношение с понятием «личность» позволит более полно раскрыть последнее.

Человек – это родовое понятие, указывающее на отнесенность существа к высшей ступени развития живой природы – к человеческому роду. В понятии «человек» утверждается генетическая предопределенность развития собственно человеческих признаков и качеств.

Специфические человеческие способности и свойства (речь, сознание, трудовая деятельность и пр.) не передаются людям в порядке биологической наследственности, а формируются прижизненно, в процессе усвоения культуры, созданной предшествующими поколениями. Никакой личный опыт человека не может привести к тому, чтобы у него самостоятельно сформировались логическое

мышление и системы понятий. Участвуя в труде и различных формах общественной деятельности, люди развивают в себе специфические человеческие способности, которые уже сформировались у человечества. Как живое существо человек подчиняется основным биологическим и физиологическим законам, как социальное – законам развития общества.

Индивид – это единичный представитель вида *Homo sapiens*. Как индивиды люди отличаются друг от друга не только морфологическими особенностями (такими как рост, телесная конституция и цвет глаз), но и психологическими свойствами (способностями, темпераментом, эмоциональностью).

Индивидуальность – это единство неповторимых личностных свойств конкретного человека, своеобразие его психофизиологической структуры (тип темперамента, физические и психические особенности, интеллект, мировоззрение, жизненный опыт). При всей многогранности понятия «индивидуальность» оно в первую очередь обозначает духовные качества человека. Сущностное определение индивидуальности связано не столько с понятиями «особенность», «неповторимость», сколько с понятиями «целостность», «единство», «самобытность», «авторство», «собственный способ жизни». Сущность индивидуальности связана с самобытностью индивида, его способностью быть самим собой, быть независимым и самостоятельным.

Соотношение индивидуальности и личности определяется тем, что это два способа бытия человека, два его различных определения. Несовпадение же этих понятий проявляется в том, что существуют два отличающихся процесса становления личности и индивидуальности. Становление личности есть процесс социализации человека, состоящий в освоении им своей родовой, общественной сущности. Это освоение всегда осуществляется в конкретно-исторических обстоятельствах жизни человека. Становление личности связано с принятием индивидом выработанных в обществе социальных функций и ролей,

социальных норм и правил поведения, с формированием умения строить отношения с другими людьми. Сформированная личность есть субъект свободного, самостоятельного и ответственного поведения в социуме.

Однако не каждая личность несет положительное в социум. Деструктивные явления для общества и самой личности – это алкоголизм, токсикомании, увлечение тоталитарными идеологиями, участие в фанатических сектах, ведение асоциального образа жизни [7].

Социальная личность складывается в общении людей, начиная с первичных форм общения матери с ребенком. По сути дела она предстает как система социальных ролей человека в разных группах, мнением которых он дорожит. Все формы самоутверждения в профессии, общественной деятельности, дружбе, любви, соперничестве и т. д. формируют социальную структуру личности. Психологи отмечают, что довольство или недовольство собой всецело определяется дробью, в которой числитель выражает наш действительный успех, а знаменатель – наши притязания.

Личностные притязания не должны разрушать гармонии отношений личности с другими личностями и окружающим миром. Чрезвычайно важно, чтобы эта гармония находила отражение в отношениях различных возрастно-половых, социальных групп, межнациональных и межконфессиональных взаимодействиях. Только при этих условиях наступает удовлетворение бытием и достижение человеком успехов в различных сферах жизнедеятельности. Фактически человек есть «личность» и «индивидуальность» со всеми отмеченными признаками индивидуальности в той мере, в какой он что-либо значит для других, может им что-либо дать, тогда как замкнутость в себе и подлинная обособленность есть признак утраты личности. Инвалидам в той или иной мере присущи обособленность и замкнутость, что обусловлено нарушением здоровья и неготовностью социальных институтов удовлетворять их потребности. В связи с этим особое значение имеет содействие в самоопределении

личности ребенка, молодого человека, ставших инвалидами. Самоопределение, включающее становление личности и ее самоидентификацию с той или иной социальной группой, социальной общностью, – длительный процесс. Становление личности происходит в процессе усвоения людьми опыта и ценностных ориентаций данного общества, что называют социализацией. Человек учится выполнять социальные роли, т. е. учится вести себя в соответствии с ролью ребенка, студента, служащего, супруга, родителя и т. д. Все они имеют выраженный культурный контекст и, в частности, значительно зависят от стереотипа мышления. Творческое мышление существенно изменяет качество социализации.

Самоопределение личности следует рассматривать сквозь призму соотношения биологической и социальной сущностей личности. Влияние окружающей среды на судьбу человека начинается до появления его на свет. Каждый нормально родившийся ребенок наделен своим собственным темпераментом, задатками множества способностей и инстинктами, которыми определяется его любознательность, впечатлительность и стремление к имитации. Мозг новорожденного свободен от каких-либо знаний, программ и т. п. Его развитие только начинается. Он готов к восприятию и обработке огромного объема информации. Заложенные в его подсознании инстинкты нацеливают ребенка на поиск и переработку информации, т. е. использование все новых и новых возможностей своего мозга, его тренировку и развитие.

Вероятность возникновения творческой личности может осуществляться только в процессе непрерывного общения ребенка со своими воспитателями при благоприятных условиях в окружающей среде. В противном случае из ребенка может вырасти существо, неспособное жить в человеческом обществе. В реальной жизни в огромном большинстве случаев громадные потенциальные возможности психического развития ребенка реализуются только частично. Влияние культуры и искусства на формирование личности огромно, оно помогает становлению

человеческого сознания, овладению формами человеческой деятельности, осознанию себя членом человеческого общества [7].

Вся жизнь человека до самой старости представляет собой либо сознательный процесс самовоспитания личности, либо бессознательное приспособление не получившего достаточного нравственного развития человека к требованиям окружающей среды. Основные закономерности формирования личности во многом определяются состоянием и свойствами личности. Учитывая этот факт, представляется необходимым рекомендовать оценку общего потенциала человека для последующего использования в социокультурной реабилитации. Социокультурная реабилитация способствует самореализации личности.

Самореализация личности выступает как процесс целенаправленного сознательного раскрытия существенных сил человека, основанного на их адекватном самопознании и самооценке. Становление системы самореализации личности начинается с раннего возраста, развивается в период обучения в школе, профессиональном образовательном учреждении, последующей жизнедеятельности. Система самореализации личности может обеспечить возможность и свободу выбора человеком своей жизнедеятельности. Самореализация достигается только в рамках ненасильственной парадигмы управления развитием личности. Средства искусства, культуры, творчества позволяют оптимально решать проблему на условиях указанной парадигмы [7].

Важнейшее условие для самореализации личности возможность познавательной самостоятельности, т. е. интегративное образование личностных качеств, детерминирующее умения и способности человека приобретать и творчески применять без непосредственной посторонней помощи знания для решения новых познавательных задач. Составляющей познавательной самостоятельности является умение использовать различные познавательные стратегии в решении проблем, что означает адекватное использование логических операций

мышления для установочной переработки информации. Это операции сравнения (сопоставления двух и более объектов и нахождение у них общих и различительных черт); идентификации (установления подобия объектов, явлений с уже имеющимися в сознании эталонами); последовательности (установления порядка непрерывного следования одного за другим); сериации (установления закономерностей в чередовании, в динамике расположения объектов, нарастании или уменьшении какого-то явления). Самореализации личности способствует повышение уровня общественной активности индивида. В связи с этим необходим широкий спектр и разнонаправленность деятельности различных организаций, в том числе в сфере культуры и искусства, где лицам с ограниченными по состоянию здоровья возможностями были бы созданы условия, позволяющие ускорить процесс социализации человека, преобразования социального опыта в установки, ценности, ориентации, усвоение социальных норм и ролей, а также способствовать его самовыражению и самореализации [7].

Большое значение для самореализации личности имеют взаимоотношения индивида с лицами, осуществляющими социокультурную реабилитацию. Осмысленное, личностно ориентированное взаимодействие определяет особую роль этих лиц, создающих условия для активного приобретения актуальных социально-психологических установок, раскрывающего способности и возможности реабилитанта. Взаимодействие такого рода требует организовать активацию и стимуляцию процессов осмысленной социокультурной деятельности.

Таким образом, социокультурная реабилитация способна сыграть значимую роль в самоопределении и самореализации личности, которые неразрывно связаны с процессами социализации и познавательной самостоятельности.

Отметим значимые особенности российской культуры и искусства, которые необходимо учитывать при разработке и проведении социокультурной реабилитации

инвалидов. Для российской культуры и искусства всегда были характерны традиции придания особой значимости коллективистскому началу общественного и личностного развития как гаранту справедливости, взаимопомощи, поддержки и страховки. Вместе с тем было найдено удачное сочетание личной свободы, что важно для творчества, с коллективистским началом: осуждался эгоизм, отрыв от корней, себялюбие, т. е. те черты, которые рано или поздно приводят человека к антиобщественной деятельности в разных ее проявлениях; придавалось особое значение для экономического благосостояния личному труду, талантливости, навыкам, умениям. В традициях российской культуры и искусства – нести уважение к возрасту и старшинству, приветствовать тот факт, что лица старшего возраста и инвалиды в нашей стране всегда старались не быть обузой, занимаясь посильным трудом, и вносили свою лепту в общее хозяйство, в воспитание детей и молодежи. Все эти компоненты определяют значение социокультурной реабилитации для личностного развития и социализации индивида.

Одно из направлений социокультурной деятельности – организация досуга людей. В российской традиции – коллективное общение по праздникам, когда устраиваются народные гуляния, игрища, песнопения, танцы, концерты и т. д. Для инвалидов такое общение – это и расширение коммуникативного пространства, и осознание своего единения с другими членами общества, и приобщение к народным корням, и способ проявить себя и, наконец, на практике ощутить замечательное правило праздников – «людей посмотреть и себя показать», что значит для лиц с ограниченными возможностями «быть как все». Последнее для них крайне важно.

Обратим также внимание на то, что в организации досуга и в праздники, и в выходные дни, а порой и в будни используются игры. Для наших национальных игр, увлекающих и взрослых и детей в России, присущи некая удаль, смелость и дерзновенный порыв. Поэтому игровые элементы социокультурных технологий имеют

и воспитательное, и лечебно-оздоровительное, и эмоциональное воздействие на инвалида, создавая не только благоприятное психоэмоциональное состояние, но и обеспечивая настрой на жизненный оптимизм.

Важнейшее воспитательное воздействие средствами культуры и искусства – формирование представления о счастье – нередко связывается с нравственной чистотой и душевной гармонией, развитию которых не способствует безудержное стремление к богатству, физическому совершенству. Осознание этого факта инвалидами также имеет большое значение для установления их душевного покоя, переориентации на ценности высшего порядка, ухода от самоуничтожения и агрессии.

Еще одна значимая для социокультурной реабилитации характеристика российской культуры и искусства – ориентированность на будущее, ценность будущего (особый тип отношения к будущему), осознание сопричастности каждого человека к происходящим в обществе социальным процессам.

Таким образом, социокультурная реабилитация:

- способствует становлению социальной личности, ее успеху, что, безусловно, определяется усвоением отечественной и зарубежной культуры и искусства, навыков творческого освоения действительности, активным участием в социокультурной деятельности в личных и общественных интересах;

- является средством развития разнообразных жизненных познавательных навыков, повышения самооценки личности, возможностью творческого самовыражения и объединения индивидуальностей в общность;

- становится одним из способов приобщения людей с инвалидностью к активной жизни общества, замечательной возможностью изменить позицию общества по отношению к инвалидам и инвалидов к обществу, одним из путей гуманизации общества в целом.

Анализ зарубежного и отечественного опыта показал большую значимость социокультурной реабилитации как для самих инвалидов, так и для общества в целом.

В России это направление реабилитации не получило должной поддержки на государственном уровне, и для его практического осуществления в стране нет достаточной правовой, организационной, институциональной, материально-технической, финансовой и кадровой базы. Многие виды социокультурной деятельности – это плод энтузиазма отдельных личностей, находящих поддержку в лице местных руководителей и некоторых предпринимателей. Для развития механизмов социальной реабилитации и интеграции инвалидов средствами искусства, культуры, творчества необходимо решить следующие приоритетные проблемы:

- формирование правового поля для социокультурной деятельности в интересах инвалидов и легализации социокультурной реабилитации;
- использование программно-целевого метода управления в решении проблем социокультурной реабилитации, в том числе в аспекте формирования индивидуальных и целевых социальных программ реабилитации инвалидов;
- формирование инфраструктуры для улучшения качества жизни инвалидов, включая доступность учреждений культуры и искусства;
- обеспечение инвалидам доступности различных видов социокультурной информации;
- упорядочение разработки технологий и расширение практики социокультурной реабилитации инвалидов, включая формы социализации, профессиональной реабилитации, культурно-образовательной, рекреативно-досуговой деятельности;
- формирование благоприятного общественного мнения в отношении инвалидов, расширяющего возможности и повышающего эффективность процесса их социокультурной реабилитации;
- разработка и последовательное осуществление политики социокультурной реабилитации, в том числе научно-информационное, правовое, кадровое и организационное обеспечение процесса.

Необходимо на практике осуществлять нормативно-правовое регулирование социокультурной деятельности органов культуры, образования, социальной защиты, общественных объединений инвалидов всех субъектов Российской Федерации, способствуя координации и консолидации их целенаправленных усилий. В ряде регионов России накоплен в этих вопросах успешный опыт.

Контрольные вопросы

1. В чем заключается особенность социокультурной реабилитации?
2. Какие мероприятия проводятся в рамках социокультурной реабилитации?
3. Какую роль играет социокультурная реабилитация в самоопределении и самореализации личности инвалида?
4. Какие приоритетные проблемы позволяет решать социокультурная реабилитация?
5. Какое влияние оказывает социокультурная реабилитация на детей-инвалидов и молодых инвалидов?

3. ОСНОВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Анимационная терапия – реабилитационная технология с использованием разнообразных видов деятельности, включая социально значимые акции, участие в проектной работе, художественные виды творчества в группе, участие в массовых мероприятиях. Функции анимации, с одной стороны, заключаются в разблокировании общественных связей, установлении теплых, доверительных отношений, с другой – в обучении и овладении языками мышления, эстетики, поэтики. Среди форм организации анимационной терапии следует выделить клубы общения, широко используемые в технологии социально-культурной реабилитации. Их деятельность может содержать элементы групповой психотерапии и психологические тренинги, релаксационные программы, пантомимические сцены, участие в конструктивном споре, разыгрывание ролевых ситуаций, изложение биографий, обсуждение анонимной истории жизни, описание содержания сновидений, фантазий, ассоциаций, использование процедур трансактного анализа и другие.

Участие в таких видах деятельности позволяет членам анимационной группы выступать одновременно в роли активного участника и в роли наблюдателя, предоставляет возможность для тренинга эмоциональной сферы, проведения интеллектуального анализа, поиска и выбора конкретной подходящей модели поведения [1].

Ведущий метод анимационной терапии – художественное творчество. Различные направления художественного творчества (драматическое исполнительство, театральная импровизация, изобразительное искусство, самодеятельное музыкальное исполнительство, авторские виды творчества и др.) являются основными средствами анимации инвалидной среды. Основной принцип применения творчества – искусство для участника, а не искусство для зрителя, т. е. доставить эстетическое

и нравственное удовлетворение участнику, а не публике, что является и терапевтическим моментом для реабилитанта. Поэтому пациент может апробировать себя в разнообразных ролях – как исполнитель, автор, ассистент, организатор и т. д.

Арттерапия – реабилитационная технология, основанная на использовании возможных средств изобразительного искусства. Активно применяется в деятельности педагогов, психологов, социальных работников, дефектологов, аниматоров и других специалистов в коррекции и развитии, а также в реабилитации людей, имеющих ограниченные возможности здоровья. Используемые виды деятельности: художественно-творческая, прикладная, изобразительная.

Арттерапия связана с визуальным искусством и подразумевает возможность актуализации психических резервных возможностей, формирования на их основе адекватного поведения за счет творческой изобразительной деятельности.

Для арттерапии не нужны художественные способности. Главное, чтобы человек, имеющий ограничения в здоровье, через рисунок смог отразить внутреннее состояние, ощущения, переживания, без акцента на художественные достоинства.

Для успешного освоения материала, выработки навыков повышения самооценки в процессе социокультурной реабилитации следует уделять внимание комплексным методикам: занятие рисунком в сочетании с речью, музыкой, светом и др.; сочетание музыкальных и физкультурных занятий, гарденотерапии и лечения цветом и т. д.

При реализации программ социокультурной реабилитации желательно использовать различные приемы популяризации успехов и достижения инвалидов – участников реабилитационного процесса: выставки их работ, проведение концертов, фестивалей, презентации авторов, отдельных исполнителей и целых коллективов, конкурсы изделий, поделок, творческих работ; приглашение СМИ, выделение рубрик социальных проблем; подготовка

и распространение рекламного материала (буклетов, листовок и т. д.); создание проектов, их защита и реализация; получение информации посредством компьютерной техники [1].

Особенно эффективно протекает реабилитационный процесс при синтетическом использовании арттерапии и музыкотерапии.

Библиотерапия – социально-культурная реабилитационная технология, в основе которой реализуются различные виды деятельности с книжно-печатным материалом, включая художественное чтение, дискуссии, литературные вечера, встречи с персонажами произведений и их авторами, тренинг-конкурс на скорочтение, литературные и поэтические клубы, выставки книг и, конечно, регулярная работа читального зала и абонемента библиотеки. С библиотерапией тесно связана *терапия литературным творчеством*. Оба эти вида психотерапии используют образы, ассоциации для оживления погасших чувств пациента, для того чтобы превратить внутреннее беспокойство в творческое вдохновение.

Музыкотерапия – реабилитационное воздействие с использованием музыки и музыкального воспитания путем обучения инвалидов игре на различных музыкальных инструментах, вовлечения их в концертную деятельность, привития навыков и увлеченности прослушиванием музыкальных произведений, музыкальных спектаклей, сочинительством, а также использования фоновой музыки в психотерапевтических сеансах.

Эстетотерапия – активное вовлечение инвалидов в художественно-эстетическую деятельность путем организации концертов, смотров-конкурсов, фестивалей для инвалидов и с их участием, в том числе вместе с профессиональными артистами.

Художественно-эстетическое воспитание театральной деятельностью – реабилитация посредством эмоционально-эстетического воздействия на лиц с ограниченными возможностями. Среди инвалидов наибольшее распространение получило участие в следующих видах

театров: камерный, пластический, моды, фольклорного, циркового, кукольного искусства, музыкального, драматического, литературного творчества, мюзикла, постановки жестовой песни, эстрадных миниатюр, комедийного водевиля, истории в костюмах, рождественских историй, балета, мимики и жеста, эстрады, иллюзионного жанра.

Терапия творческой фотографией – реабилитационная технология, ориентированная на выявление, отражение в снимке душевной особенности фотографирующего. Фотокамерой инвалид отбирает свое, помогающее понять себя, испытывает вследствие этого вдохновение-отреагирование.

Гарденотерапия – это особое направление психосоциальной, трудовой и педагогической реабилитации при помощи приобщения детей и взрослых к работе с растениями, в том числе выращивание, сбор, сушка растений, составление плоских и объемных композиций. Реабилитационная направленность – развитие тонкой моторики, ориентации в пространстве, логического мышления, эстетического вкуса, расширение круга общения, релаксация.

Коммуникативные технологии – интерактивный способ реабилитационной деятельности, включающий рассказ, беседу, диалог, дискуссию, вербальное и невербальное общение. Основная цель – преодолеть коммуникативные барьеры. Реабилитационный эффект возникает в результате тренинга эмоциональной сферы, апробации индивида в социальных ролях, познания своего статуса, овладения навыками этикета, развития логического мышления.

Сказкотерапия – реабилитационное воздействие с использованием сказок. Сказка – один из основных жанров фольклора, эпическое, преимущественно прозаическое произведение волшебного, авантюрного или бытового характера с установкой на вымысел. В социально-культурной деятельности является одним из ведущих видов и способов эмоционально-психологического, педагогического влияния, социально-нравственного формирования. Применяется в реабилитации как разно-

видность социально-культурных технологий. Реабилитационный эффект состоит в терапевтическом воздействии на инвалида: формирование отношения к персонажу, действию на эмоциональном уровне (тренинг эмоциональной сферы); проявление собственных поведенческих позиций, необходимых для социализации; идентификация собственного «я» с тем или иным персонажем; удовлетворение потребности в познании волшебных, загадочных явлений жизни; коллективное участие в совместном действии; приобщение к жанрам народной художественной культуры [7].

Терапия физкультурой и спортом – средство развития и совершенствования физических, психических, функциональных и волевых качеств и способностей, позволяющих обрести самостоятельность, независимость, повысить качество жизни. В спорте заключены огромные возможности для социально-психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями, их интеграции в общественную жизнь.

Иппотерапия – реабилитационное воздействие верховой езды и общения с лошадьми на здоровье человека. Список противопоказаний для иппотерапии относительно незначительный, тогда как установлен широкий спектр заболеваний, поддающихся корректировке с ее помощью. В их ряду на первом месте – детский церебральный паралич, посттравматические состояния, заболевания внутренних органов (простатит, болезни желудочно-кишечного тракта), отдельные сенсорные расстройства (нарушения зрения и слуха), некоторые заболевания мышечно-связочного аппарата; группа психических расстройств (детский аутизм, шизофрения, олигофрения, болезнь Дауна). Эти занятия помогают инвалиду обрести уверенность в себе, стимулируют реализацию заключенных в нем способностей.

Виртуальные реабилитационные технологии – компьютерные технологии, используемые для образовательных, просветительских, культурно-досуговых целей.

Социокультурная реабилитация может осуществ-

вляться в различных организациях культуры, искусства, творчества (библиотеках, клубах, музеях, театрах, специализированных учреждениях для инвалидов, центрах реабилитации, на базе спортивных организаций и др.). В каждом случае необходимо обеспечить соответствующие условия безбарьерной среды для занятий с инвалидами, подготовку специалистов, владеющих методиками социокультурной реабилитации и правилами безопасности ее применения в работе с инвалидами, а также навыками оказания первой помощи этим лицам. Государственные службы медико-социальной экспертизы и реабилитации обязаны обеспечить динамический контроль за инвалидами, вовлеченными в социокультурную деятельность. Нередко досуговая направленность такой деятельности приобретает характер профподготовки к дальнейшей трудовой деятельности инвалидов.

Контрольные вопросы

1. В чем заключаются особенности анимационной терапии?
2. Арттерапия, ее технологии в процессе реабилитации.
3. Охарактеризуйте виртуальные реабилитационные технологии
4. В чем особенность коммуникативных технологий?
5. Для какой категории инвалидов наиболее эффективна гарденотерапия?

4. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДА: СУЩНОСТЬ И СОДЕРЖАНИЕ

Профессиональная реабилитация инвалида – это многопрофильный комплекс мер, направленных на восстановление трудоспособности инвалида в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда. Доступность условий для инвалида может быть достигнута:

- на его прежнем рабочем месте;
- на новом рабочем месте по прежней специальности;
- путем профессиональной подготовки с учетом прежних профессиональных навыков и соответствующим трудоустройством;
- путем профессионального обучения новой специальности;
- адаптацией инвалида к такой трудовой деятельности, которая бы не имела существенного значения для его материального самообеспечения, а рассматривалась бы как гуманная акция.

Цель профессиональной реабилитации – стабильная занятость и достижение инвалидом материальной независимости. Профессиональная реабилитация включает экспертизу потенциальных профессиональных способностей, профессиональную ориентацию, профессиональную подготовку, профессиональное обучение, рациональное трудовое устройство инвалида.

Экспертиза потенциальных профессиональных способностей инвалида – это комплексная оценка ограничений трудоспособности инвалида, а также выявление медико-социальных факторов, вызывающих эти ограничения, и определение мер, способствующих их компенсации или замещению.

Экспертиза должна проводиться на основе комплексного анализа психофизиологических данных человека, его личностных установок на труд (обучение), профессиографических характеристик рабочих (учебных) мест.

В зависимости от степени ограничения трудоспособности инвалидов можно подразделить на следующие категории:

- лица, которым недоступно выполнение каких-либо видов трудовой деятельности;
- лица, остаточная трудоспособность которых не обеспечивает им экономической самостоятельности;
- лица, чья трудовая деятельность обеспечивает им экономическую самостоятельность, но ограничена определенным кругом профессий и условий труда, за пределами которых возникает повышенный риск усугубления болезни.

Потенциальные профессиональные способности инвалида – это такие способности к выполнению профессиональной деятельности, которые могут быть реализованы в конкретных условиях.

Потенциальные профессиональные способности инвалида обусловлены, с одной стороны, его психофизиологическим и социально-экономическим статусом; с другой – возможностью и готовностью общества предоставить инвалиду условия для получения общего и профессионального образования и рабочие места [9].

В оптимальном варианте рабочее место должно соответствовать личностным способностям, желанию человека, его профессиональной подготовке, состоянию здоровья и социальным установкам. Это реально при определенных социально-экономических, правовых и нравственных основах общества и государства [9].

В действительности имеет место противоречие мотиваций на трудовую деятельность личности и общества (и прежде всего, в лице специалистов, выносящих трудовые рекомендации, занимающихся трудовым устройством, отбором на профобучение, а также работодателей).

В связи с этим особое практическое значение приобретает работа служб медико-социальной экспертизы и занятости. Согласно действующему законодательству бюро медико-социальной экспертизы при освидетельствовании должно выносить трудовые рекомендации,

а также по заявлению инвалида разрабатывать индивидуальную программу реабилитации, включающую комплекс мер по профессиональной реабилитации. Органы службы занятости оказывают содействие в трудоустройстве и поддержании занятости инвалидов. Делать это им следует, опираясь на вышеуказанные решения бюро медико-социальной экспертизы. От согласованности действий этих двух служб во многом зависит успех решения проблемы эффективной занятости инвалидов [3].

Проблемами профессиональной реабилитации также занимаются в соответствии со своей компетенцией различные учреждения и предприятия систем здравоохранения, образования, социальной защиты, охраны труда.

Таким образом, экспертная оценка трудовых возможностей инвалидов в аспекте оценки их потенциальных профессиональных способностей имеет актуальное практическое применение и требует определенной унификации действий специалистов различных заинтересованных ведомств и служб.

Указанная экспертиза – трудоемкий процесс, требующий оценки многоаспектной информации и оптимального выбора варианта, включающий следующие компоненты: медико-социальную экспертную профдиагностику, психологическую оценку личности, профессиональную ориентацию, экспертную оценку специальных условий труда, экспертную оценку рациональности трудового устройства инвалида [3].

Медико-социальная экспертная профдиагностика осуществляется специалистами государственной службы медико-социальной экспертизы, и в ходе ее должны устанавливаться основания для признания лица инвалидом и обосновываться медико-социальные параметры нарушений функций организма. Нарушение той или иной функции организма обуславливает определенные противопоказания к выполнению каких-либо аспектов трудовой деятельности, так называемые факторы трудовых ограничений. Исходя из этих позиций определяются трудовые факторы, имеющие место в тех или

иных профессиях и неблагоприятные для трудовой деятельности инвалида, – факторы трудовых ограничений. На этом основании выносятся трудовые рекомендации. Таким образом, выстраивается цепочка обусловленных друг другом оснований, объективизирующих принимаемое решение [7].

Предлагаемая экспертная система построена таким образом, что трудовые рекомендации определяются при тех состояниях, которые ограничивают, но не исключают полностью трудовых возможностей инвалида. Также выявляется потенциал трудовых возможностей индивида, в соответствии с которым возможна социально-трудовая адаптация инвалида.

Использование методических подходов позволяет избежать разночтений при трактовке взаимозависимости функциональных нарушений и ограничений в трудовой деятельности. Данная информация может быть использована и при формировании индивидуальных программ реабилитации инвалидов с целью уточнения мер адаптации конкретного рабочего места к возможностям инвалида.

Для формирования трудовых рекомендаций и соответственно им разработки ИПР составлены модели профессиограмм. Каждая профессия оценивается с точки зрения тех факторов, которые предъявляют определенные требования к здоровью человека.

Психологическая оценка личности и профессиональная ориентация инвалидов

Психологическая оценка личности и профессиональная ориентация инвалидов определяют научно обоснованный выбор трудового пути инвалида, общественно необходимой профессии, наиболее соответствующей его индивидуальным возможностям, интересам, мотивам личности, с учетом максимальной эффективности обучения и с перспективой дальнейшего трудоустройства.

Если для здорового человека профориентация заключается в достижении максимальной эффективности его

труда, успешности профессиональной деятельности, то в отношении инвалидов она предусматривает и адаптацию их к трудовой деятельности при минимальной напряженности функциональных систем организма [7].

Профориентация инвалидов требует комплексного клинико-психофизиологического подхода и предполагает участие специалистов разного профиля. Особая роль принадлежит психологам.

До настоящего времени психологи испытывали известные трудности, поскольку психологические требования, предъявляемые к профессиям, не имели единых формализованных критериев оценки, что приводило к субъективности психологического заключения и отсутствию комплексности в подходе к трудоустройству и профориентации.

Все это позволяет преодолеть предлагаемая методика оценки психологических особенностей личности для профориентации и трудоустройства инвалидов. Суть ее в следующем. Для экспертной оценки психологических особенностей инвалидов в плане их трудового устройства из всех факторов трудового ограничения выделены факторы, содержащие значимые психологические характеристики, а именно труд, связанный:

- с необходимостью руководства коллективом;
- с ответственностью за безопасность и жизнь людей;
- с потенциальной опасностью для других.

Анализ значимости тех или иных психологических параметров для конкретных видов трудовой деятельности позволяет дать заключение о соответствии профессии потенциальным профессиональным возможностям инвалида.

Для конкретизации интересов инвалида и предпочтения той или иной профессии в зависимости от предмета труда, а также от степени его сложности предполагается использование дифференциально-диагностического опросника Климова, хорошо зарекомендовавшего себя и широко применяемого в психологической практике. Он позволяет определить предпочтения

инвалида в плане предмета труда («человек – человек»; «человек – техника»; «человек – природа»; «человек – художественный образ»; «человек – знак»).

Первоначально реабилитация отождествлялась с восстановлением трудоспособности, которая, в свою очередь, является критерием эффективности реабилитации. Профессиональный аспект реабилитации шире. Это не просто восстановление трудоспособности, а восстановление профессиональной деятельности. Профессиональный аспект реабилитации следует рассматривать с точки зрения не только восстановления утраченной трудоспособности, но и дальнейшей профилактики возможного ее снижения [7].

Успешное восстановление и сохранение трудоспособности являются производными многих факторов: правильной экспертизы трудоспособности, систематической вторичной профилактики, а также выполнения программы, направленной на повышение физической и психической толерантности больных (инвалидов).

В докладе Комитета экспертов ВОЗ указывается, что «целью восстановления трудоспособности является не только стремление вернуть больного к прежнему состоянию, но и развить его физические и психические функции до оптимального уровня. Это означает вернуть больному самостоятельность в повседневной жизни, вернуть его к прежней работе, если это возможно, подготовить больного к выполнению другой работы с полным рабочим днем, соответствующей его физическим возможностям, или подготовить к работе с неполным рабочим днем или к работе в специальном учреждении для инвалидов».

В решении этих важнейших задач принимают участие не только клиницисты, но и специалисты смежных областей: профессиональной гигиены, физиологии и психологии труда, эргономики, трудового обучения и воспитания, трудового законодательства и др. Таким образом, в решении задач профессиональной реабилитации необходимы комплексный подход и сотрудничество различных специалистов, среди которых ведущими должны быть клиницисты.

Трудовые мероприятия (профессиональная реабилитация) заключаются в подготовке инвалидов к трудовой деятельности. Они должны начинаться как можно раньше и проводиться параллельно с медицинскими, психологическими и другими реабилитационными мероприятиями. Еще до получения определенных производственных навыков или переквалификации инвалид (больной) должен быть профессионально ориентирован в основных специальностях и знать требования к избираемой им профессии.

Трудовая (профессиональная) реабилитация завершается трудовым устройством инвалидов.

В соответствии с требованиями, предъявляемыми к трудоспособности и трудоустройству, профессия должна:

- не усугублять тяжести общего состояния инвалида (больного);
- способствовать наибольшему проявлению способностей инвалида (больного);
- обеспечить инвалиду (больному) максимальное удовлетворение;
- соблюдать принцип соответствия физической работоспособности инвалида (больного) уровню энергозатрат при данной профессиональной деятельности.

Трудотерапия, несомненно, способствует восстановлению физической работоспособности, оказывая и благоприятное психологическое воздействие на инвалида (больного). Не случайно римский ученый Авл Корнелий Цельс говорил, что «безделье ускоряет наступление старости, труд продлевает нашу молодость». А.П. Чехов писал: «Надо поставить свою жизнь в такие условия, чтобы труд был необходим. Без труда не может быть чистой и радостной жизни».

Трудотерапия меняет отношения инвалида с другими людьми, т. е. улучшает его социальную реабилитацию. Различают функциональную трудовую терапию, направленную на восстановление функций организма, нарушенных в связи с болезнью, и производственную, подготавливающую больного (инвалида) к трудовой

деятельности и помогающую восстановить профессиональные возможности инвалида (больного).

М.С. Лебединский и В.Н. Мясичев (1966) выделяют несколько сторон лечебного воздействия труда: стимуляция жизненных процессов и повышение сопротивляемости организма; отвлечение от болезненных переживаний; укрепление интеллектуально-волевых качеств в соответствии с условиями и требованиями реальности; повышение психического тонуса инвалида (больного); освобождение его от чувства своей неполноценности и ущербности; восстановление связи инвалида (больного) с коллективом.

Деятельный образ жизни является одним из средств, стимулирующих умственное и физическое развитие человека. В процессе трудовой деятельности происходит формирование полноценной личности. Бездеятельный образ жизни ведет к слабости, снижению уровня жизненных функций организма [7].

Труд должен доставлять радость, не быть обременительным, не приводить к утомлению, соответствовать физическим возможностям организма. При выполнении любой работы высокая работоспособность достигается не сразу. Для этого требуется определенное время, так называемый период вработываемости. Поэтому во всякий труд надо входить постепенно, как бы набирая темпы. Стремительное начало в работе приводит к преждевременному утомлению. Постоянный труд положительно влияет на организм человека в любом возрасте. В подтверждение благотворного влияния труда можно привести следующие высказывания известных людей: «Праздность более утомляет, чем труд» (Л. де К. де Вовенарг); «Нет ничего более невыносимого, чем безделье» (Ч. Дарвин); «Труд – наилучшее лекарство, нравственное и эстетическое» (А. Франс); «Отдых после умственного труда несколько не состоит в том, чтобы ничего не делать, а в том, чтобы переменить дело. Труд физический является не только приятным, но и полезным отдыхом после труда умственного» (К.Д. Ушинский).

Трудотерапия – важный фактор в системе реабилитационных мероприятий. Ведь часто из-за соматических и психических расстройств человек надолго отрывается от любимой работы и коллектива, начинает забывать ранее приобретенные трудовые навыки. При хронических заболеваниях именно безделье, отрыв от систематической работы являются главными факторами, которые вызывают инертность, безразличие, пассивность, отход от друзей. Задача и цель трудотерапии – не дать больному (инвалиду) возможность впасть в безделье, восстановить его активное отношение к труду и вновь создать начинающие утрачиваться стереотипы трудовой деятельности с их комплексом социальных связей. Целесообразная работа в коллективе помогает найти обратный путь в коллектив и общество. Активный и разнообразный режим дня способствует еще и тому, что тускнеют и становятся менее актуальными мотивы, определяющие поведение больного (инвалида), то есть болезненные переживания и явления [7].

Великий отечественный педагог К.Д. Ушинский писал: «Материальные плоды трудов составляют человеческое достояние, но только внутренняя, духовная, животворная сила труда служит источником человеческого достоинства, а вместе с тем и нравственности, и счастья».

Контрольные вопросы

1. В чем заключается профессиональная реабилитация инвалида?
2. Трудотерапия, ее значение для инвалидов.
3. Медико-социальная экспертная профдиагностика, ее предназначение.
4. Охарактеризуйте потенциальные профессиональные способности инвалида.
5. В чем состоит цель профессиональной реабилитации?

5. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ ТРУДОВОГО ПРОЦЕССА ДЛЯ ИНВАЛИДОВ – РАБОТНИКОВ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО ТРУДА

Интеллектуальный труд, включая в той или иной мере параметры трудового процесса, указанные в разделе 4, имеет специфику, в силу которой одни параметры преобладают, другие имеют относительно малое значение. Анализ этих факторов позволил выделить психологические характеристики, значимые для трудовой деятельности человека, причем эти психологические характеристики различаются в зависимости от выраженности интеллектуальной нагрузки [7].

Для практической работы специалистов служб, занимающихся решением проблем профессиональной реабилитации инвалидов, разработан представленный перечень факторов, характеризующих содержание и условия интеллектуальной трудовой деятельности на примере профессий в интеллектуальной сфере труда, и трудовых факторов, ограничивающих трудовую деятельность инвалидов в них.

Данный перечень не претендует на охват всего спектра профессий в интеллектуальной сфере. Вместе с тем он составлен с учетом профессий, рекомендованных действующими нормативно-правовыми документами, регламентирующими приоритеты труда инвалидов по методу выбора.

Санитарно-гигиенические требования к условиям труда инвалидов

К оптимальным условиям труда для инвалидов относятся: оптимальные и допустимые санитарно-гигиенические условия производственной среды (1 и 2 категории) по физическим (шум, вибрация, инфразвук, ультразвук, электромагнитные излучения, пыль,

микроклимат), химическим (вредные вещества, аллергизирующие вещества, аэрозоли и др.) и биологическим (микроорганизмы, включая патогенные, белковые препараты) факторам.

- Допускается работа с незначительной (1 категория) или умеренной (2 категория) физической динамической и статической нагрузкой, в отдельных случаях – с выраженной физической нагрузкой (3 категория).

- Работа должна:

- осуществляться преимущественно в свободной позе, сидя, с возможностью смены положения тела; в отдельных случаях – стоя или с возможностью ходьбы;

- осуществляться преимущественно в одну (дневную) смену;

- характеризоваться незначительной (1 категория), умеренной (2 категория), а в отдельных случаях – выраженной (3 категория) интеллектуальной, сенсорно-эмоциональной нагрузкой, без риска для жизни и ответственности за безопасность других людей.

- Рабочее место должно соответствовать эргономическим требованиям.

- Работа не должна быть:

- связана со значительными перемещениями (переходами);

- выраженной монотонной нагрузкой.

К противопоказанным условиям труда для инвалидов относятся:

- условия труда, относящиеся к 4, 5, 6 категориям и отчасти к третьей категории условий труда по методике НИИ труда и социального страхования Министерства труда и соцзащиты РФ;

- воздействие повышенных уровней шума, вибрации, электромагнитных полей, неблагоприятного микроклимата (высокая или низкая температура воздуха, сквозняки, влажность воздуха и пр.) и других опасных и вредных физических факторов, токсических веществ;

- значительные постоянные физические, динамические и статические нагрузки при подъеме, перемещении и удержании тяжестей. В отдельных случаях допускается значительная физическая, динамическая и статическая нагрузка, относящаяся к 3 категории;
- работа преимущественно в вынужденных позах, стоя, сидя без смены рабочего положения тела, а также длительная ходьба;
- заданный (регламентированный) темп работ;
- выраженная монотонность труда;
- значительно выраженные интеллектуальные и эмоциональные нагрузки, в отдельных случаях допускается значительная нервно-психическая нагрузка, относящаяся к 3 категории;
- работа в экстремальных условиях, на высоте, с повышенным риском для жизни.

Относительно противопоказанной следует считать работу в большом коллективе (в контакте с большим количеством людей), а также в ночную смену.

Для инвалидов должен быть организован оптимальный режим труда и отдыха в одну смену (дневную) с дополнительными перерывами в работе.

В отдельных случаях, при ухудшении самочувствия инвалида, для него необходимо установить индивидуальный режим работы: временно увеличить имеющиеся перерывы для отдыха, при необходимости перенести время начала или окончания работы.

Для инвалидов I и II групп должна быть установлена сокращенная продолжительность рабочего времени (не более 35 часов в неделю) с сохранением полной оплаты труда.

Привлечение инвалидов к сверхурочным работам, работе в выходные дни и ночное время допускается только с их согласия и при условии, если такие работы не противопоказаны им по состоянию здоровья.

Инвалидам должен предоставляться ежегодный отпуск не менее 30 календарных дней.

Гигиенические, физиологические и эргономические требования к рабочему месту инвалида

Гигиенические, физиологические и эргономические требования к рабочему месту инвалида основаны на нижеследующих подходах.

Во избежание неблагоприятных воздействий окружающей среды на состояние здоровья инвалида возникает необходимость строгого соблюдения санитарно-гигиенических критериев требований к производственным помещениям, включая оценку показателей микроклимата, содержания в воздухе вредных веществ, уровней шума, вибрации и иных данных, предусмотренных действующими нормативными документами. Остановимся на некоторых из этих факторов [9].

Микроклимат производственных помещений – климат внутренней среды этих помещений – определяется действующими на организм человека сочетаниями температуры, влажности и скорости движения воздуха, а также температуры окружающей поверхности. Оптимальные микроклиматические условия (комфортные и благоприятные) – сочетание параметров микроклимата, которые при длительном и систематическом воздействии на человека обеспечивают сохранение нормального функционирования и теплового состояния организма без напряжения реакций терморегуляции. Они обеспечивают ощущение теплового комфорта и создают предпосылки для высокого уровня работоспособности (в течение рабочего дня, недели, года). Показатели микроклимата зависят от времени года. Теплый период года – период года, характеризующийся среднесуточной температурой наружного воздуха 10°C и выше. Холодный период года – период года, характеризующийся среднесуточной температурой наружного воздуха ниже 10°C. Физические характеристики воздуха в учебном и учебно-производственном помещении должны соответствовать следующим показателям:

– температура воздуха в теплый период года – 18–20°C, в холодный период года – 20–22°C;

- относительная влажность (%) – 40–60;
- скорость движения воздуха (м/с) – 0,1–0,2.

Вредные вещества – это вещества, которые при контакте с организмом человека в случае нарушения требований безопасности могут вызывать травмы, заболевания или отклонения в состоянии здоровья как в процессе работы, так и в отдаленные сроки жизни настоящего и последующих поколений. По степени воздействия на организм вредные вещества подразделяются на четыре класса опасности:

- 1-й – вещества чрезвычайно опасные;
- 2-й – вещества высокоопасные;
- 3-й – вещества умеренно опасные;
- 4-й – вещества малоопасные.

Класс опасности устанавливается в зависимости от специальных норм и показателей соответствующих нормативных документов.

Вибрация. Частоты колебаний, способные вызвать у человека специфическое вибрационное ощущение, расположены в диапазоне до 8000 Гц. Вибрация в зависимости от частоты, площади контакта с источником колебаний, позы и т. д. может распространиться на отдельные участки (локальная вибрация) или на все тело (общая вибрация). Умеренные дозы невысокой по интенсивности вибрации оказывают стимулирующий эффект на различные системы организма. Увеличение дозы вибрации выше предельно допустимого уровня ведет к прогрессирующим функциональным и морфологическим нарушениям в организме. При превышении допустимого уровня локальной вибрации страдает регуляция тонуса периферических кровеносных сосудов, возникают патологические изменения в нервно-мышечном аппарате, нарушается двигательная координация. При превышении допустимого уровня общей вибрации особенно сильно страдает центральная нервная система, в результате чего общее физическое и психическое состояние организма ухудшается. Это выражается в утомлении, депрессии или раздражительности, головных болях и других нервных

расстройствах вплоть до устойчивых неврозов. У инвалидов с различными нарушениями здоровья указанные неблагоприятные воздействия на центральную нервную систему могут спровоцировать манифестное развитие обозначенных патологических проявлений [7].

Шум – один из наиболее распространенных неблагоприятных физических факторов окружающей среды. Нормируемые параметры бытового шума составляют 45–60 дБ, предельно допустимый уровень (ПДУ) производственного шума – 80 дБ. Для работы с вычислительной техникой и аппаратно-техническими средствами допустимый уровень шума должен находиться в диапазоне 50–55 дБ. Длительное воздействие на организм человека шума, превышающего ПДУ, приводит к дисфункциям различных систем организма, утомлению, нередко переходящему в переутомление, снижению работоспособности и качества работы (учебы). Особенно неблагоприятно шум действует на орган слуха, в том числе, и у лиц с дефектами слуха, вызывая прогрессирование поражения всех уровней слуховых анализаторов, а также центральной нервной системы.

Необходимо обратить внимание на оценку возможного неблагоприятного воздействия на организм работника *ультразвука, инфразвука и ионизирующих излучений*, а также *биологических факторов*, которые, с большей или меньшей вероятностью могут иметь место в зоне расположения рабочего (учебного) места инвалида. С этой целью необходимо руководствоваться действующими нормативами.

Для работников и учащихся из числа инвалидов, работа или образование которых связано с вычислительной техникой и программно-аппаратными средствами, актуальна проблема воздействия *электромагнитного поля*. Превышение предельно допустимой плотности потока энергии электромагнитного поля в установленном диапазоне радиочастот может привести к общей астенизации, вегетативным расстройствам, главным образом, со стороны сердечно-сосудистой системы (радиоволновой

синдром), диэнцефальным кризам, изменениям функций щитовидной и половых желез, а также гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы и другим нарушениям функций организма.

Требования к рабочему месту инвалида, содержащие охранные гигиенические, физиологические и эргономические компоненты условий труда

Особенности организации рабочих мест инвалидов на основе применения компьютерной техники

В настоящее время широкое применение находит компьютерная техника в различных видах интеллектуальной трудовой деятельности. В этой связи представляется значимым уделять внимание особенностям использования компьютеров и оргтехники при создании рабочих мест для работников интеллектуального труда из числа инвалидов.

Результаты изучения влияния персонального компьютера (ПК) на здоровье человека позволили выявить следующие неблагоприятные воздействия на работника. Всех пользователей персональных компьютеров объединяли общие жалобы со стороны органа зрения. Они, как правило, связаны как со зрительными расстройствами – затуманиванием зрения, трудностями при перемене фокусировки взгляда с изображения близко расположенных предметов на дальние и наоборот, так и с ощущением зрительного дискомфорта – болями в орбитальной и надбровной области, чувством жжения, ощущением «песка» за веками, покраснением век и конъюнктивы. Этот симптомокомплекс получил название «астенопический синдром», развивающийся из-за переутомления глазодвигательного аппарата и аккомодационных глазных мышц.

Ведущие факторы развития «дисплейной астенопии» – особенности экранного изображения: самосветящийся характер, наличие дискретных точек (пикселей), мерцающее изображение, наличие дрожания и бликов.

К зрительному утомлению приводит необходимость постоянного перемещения взгляда с экрана на клавиатуру

и текст, часто по-разному освещенные. Также возможно влияние погрешностей организации рабочего места (неправильное расстояние от глаз до экрана, блики на экране от внешних источников света, повышенная яркость экрана и неадекватный подбор цветов). Работа за ПК часто обуславливает статичную позу, длительное монотонное действие с повторяющимися движениями, что приводит не только к зрительному и общему утомлению, но и к болевым ощущениям в позвоночнике и различных группах мышц [7].

Однако часто возникновение или усиление зрительного дискомфорта связано с изменениями оптической системы глаза пользователя ПК, среди которых наиболее часто встречаются следующие.

Миопия (близорукость) – аномалия рефракции. Для коррекции близорукости используют очки, контактные линзы и хирургические операции. Адекватная помощь инвалиду существенно улучшит его работоспособность и качество профессиональной деятельности, а также общее самочувствие.

Гиперметропия (дальнозоркость). «Дальнозоркость» – чисто бытовой термин, на самом деле пациенты, страдающие гиперметропией, плохо видят как вдаль, так и вблизи. В этой связи важно для работы с программно-аппаратными средствами подобрать оптимальный вариант коррекции зрения работника. Желательно провести контроль в динамике, чтобы убедиться в удачности выбора метода коррекции.

Астигматизм – это аномалия рефракции, связанная с нарушением сферичности роговицы. Жалобы пациента зависят от вида и степени астигматизма (снижение зрения вдаль и вблизи в сочетании с нечеткостью контуров, размытостью изображения). Астигматизм корректируется так же, как и другие аномалии рефракции (очками, контактными линзами, хирургическими методами). Также требуется контроль состояния зрения работника по истечении установленного для наблюдения срока.

Особое внимание охране зрения следует уделять не только у лиц с нарушением зрения, но и с дефектами слуха. Последнее обусловлено рядом причин.

По утверждению американских специалистов (Barrett, 1979), для человека со значительной потерей слуха (3-я степень тугоухости, 4-я и 2-я степени глухоты) хорошее зрение имеет особое значение как компенсаторный механизм коррекции его жизнедеятельности. В этом случае зрение – одно из основных средств, компенсирующих недостаток слуха в процессе обучения, общения, активного отдыха, социального взаимодействия, профессиональной деятельности глухого человека. Хорошее зрение особенно важно в процессе обучения и длительной занятости глухого и слабослышающего человека (Barrett, 1979, с. 745).

Известно, что 99% информации человек получает через сенсорные пути: зрение и слух, поэтому нарушение как слуховой, так и зрительной функций у работника значительно затрудняет трудовой процесс и требует создания для него специальных реабилитационных программ сопровождения в труде и условий, включающих специальные технологии, методологические, социальные, психофизические, профессиональные предпосылки для успешного интеллектуального труда в условиях любого производства общего или специального типа [7].

Следовательно, при вынесении трудовых рекомендаций, а также разработке индивидуальных программ реабилитации работников из числа инвалидов, рабочее место которых основано на применении программно-аппаратных средств, важно осуществить комплексную оценку состояния их слухового и зрительного анализаторов. Необходимо провести комплексное методическое медицинское и психологическое освидетельствование вновь поступивших и уже работающих специалистов. Только при соблюдении этих подходов можно успешно сформировать и реализовать индивидуальную программу профессиональной реабилитации инвалида. Очень важным является проведение мониторинга зрения на протяжении всего периода профессионального обучения

и трудовой деятельности с регулярным занесением результатов обследования в медицинскую карту работника (учащегося) и последующим преемственным контролем состояния здоровья работника.

При обследовании работников с дефектом слуха, чья деятельность связана с компьютерной техникой, среди выявленных нарушений зрения преобладают нарушения дальней остроты зрения, бинокулярного зрения, цветовосприятия или же сочетание этих проблем.

Существуют области профессий, требующих точного различения цвета (обработка цветных фотографий, компьютерная графика, вообще графика). В этой связи следует построить окружающую производственную обстановку таким образом, чтобы помочь работникам с дефектами различения цвета добиться успеха в соответствующей профессиональной деятельности, а не запрещать им заниматься этой деятельностью.

Оптимизация трудовой деятельности инвалидов, ориентированной на интеллектуальную работу с применением вычислительной техники, может быть достигнута с учетом оптимизации:

- параметров окружающей среды (расстояние, угол, освещение, фон и т. д.);
- материалов и методик, используемых в работе;
- использования оптических средств помощи (очки, контактные линзы, вспомогательные средства при незначительном ослаблении зрения) и ухода за ними;
- коррекции зрения работника (комфортное зрение на расстоянии 60–70 см от монитора и 30–35 см от клавиатуры).

Лица, поступающие на работу, где используется ПК, должны быть обязательно осмотрены офтальмологом. При профотборе учитывается как степень тяжести работы, так и степень расстройств зрения.

- Работы 1-й категории тяжести (считывание информации до 20 тыс. знаков за смену, ввод информации до 15 тыс. знаков или работа в диалоговом режиме до двух

часов за смену) не относятся к зрительно-напряженным. Однако желательно, чтобы у работника острота зрения с коррекцией была не меньше 0,4 хотя бы на одном глазу, что позволяет читать стандартный шрифт с расстояния 60–70 см. При снижении остроты зрения рекомендуется увеличивать размер рабочего шрифта.

- Работы 2-й категории тяжести (считывание информации до 40 тыс. знаков за смену, ввод информации до 30 тыс. знаков или работа в диалоговом режиме до четырех часов за смену) относятся к зрительно-напряженным. Поступающие на такую работу могут иметь гиперметропию или миопию до 8,0 D, астигматизм до 3,0 D, остроту зрения с коррекцией 0,2–0,4. Не допускаются лица с некомпенсированной и субкомпенсированной глаукомой.

- Работы 3-й категории тяжести (считывание информации до 60 тыс. знаков за смену, ввод информации до 40 тыс. знаков или работа в диалоговом режиме до шести часов за смену) предъявляют еще более высокие требования к профотбору. Поступающие на работу могут иметь гиперметропию до 2,0 D, миопию до 5,0 D, астигматизм до 1,5 D, остроту зрения с коррекцией – не ниже 0,6–0,9. Кроме того, вновь поступающие должны иметь объем аккомодации в пределах возрастной нормы, бинокулярное зрение. Не допускаются лица со склонностью к повышению внутриглазного давления.

- Для работников 2-й и 3-й категорий, имеющих дело с дисплеями, в которых цвет несет информационную нагрузку, противопоказаниями являются слепота на красный (протанопия) и зеленый (дейтеранопия) цвета.

Наряду с коррекцией зрения у лиц с изменениями оптической системы глаза следует правильно сформировать рабочее место. Для этого при оборудовании рабочего места необходимо установить дисплей так, чтобы задняя панель была обращена к стене, а источник освещения находился слева от монитора.

Контрольные вопросы

1. Какой перечень факторов характеризует условия профессиональной реабилитации инвалидов?

2. Какое неблагоприятное воздействие может оказать работа на персональном компьютере на здоровье на работника-инвалида?

3. За счет чего может быть организована оптимизация интеллектуальной трудовой деятельности инвалидов с применением вычислительной техники?

4. Какие санитарно-гигиенические требования предъявляются к условиям труда инвалидов?

5. В чем заключается особенность гигиенических, физиологических и эргономических требований к рабочему месту инвалида?

6. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Основные направления медицинской реабилитации:

- ранняя диагностика болезни (травмы);
- своевременная госпитализация;
- полноценное лабораторно-инструментальное обследование;
- раннее комплексное лечение (режим, диета, медикаменты и др.);
- контроль за динамикой болезненного процесса и эффективностью лечения;
- определение прогноза течения болезни;
- диспансерное наблюдение за больными после выписки из стационара с проведением лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий [2].

Таким образом, своевременное и полноценное лечение имеет решающее значение в эффективности реабилитационных мероприятий. Следовательно, лечение и реабилитация – это неразрывные части единого процесса. В связи со сказанным следует напомнить об одном неверном положении, высказанном Г. Раском, который назвал реабилитацию третьей фазой лечения. Речь шла о том, что реабилитация следует после острой фазы болезни и фазы выздоровления. Это положение неверно, так как реабилитационные мероприятия следует начинать как можно раньше, разумеется, с учетом состояния больного [2].

Итак, медицинские мероприятия (медицинская реабилитация) объединяют лечебные меры, направленные на восстановление здоровья. Их следует начинать тотчас по выявлении заболевания и проводить комплексно с использованием всех средств, способствующих развитию компенсаторных процессов и приспособительных реакций организма. Медицинские мероприятия в большинстве случаев проводятся на всех этапах реабилитации и нередко надолго сохраняются в плане диспансерного обслуживания.

В СССР была создана стройная система реабилитации больных и инвалидов, включавшая:

- в амбулаторно-поликлиническом звене – ряд кабинетов восстановительного лечения (физиотерапии, психотерапии, лечебной физкультуры и др.), объединенных в единый комплекс отделений восстановительного лечения. При многих из них были организованы группы здоровья, которые кроме реабилитационного имеют и профилактическое предназначение;

- в стационарном звене – самостоятельные реабилитационные отделения и специализированные больницы восстановительного лечения для реабилитации определенных контингентов больных. К числу последних относятся организованные в послевоенные годы госпитали для восстановительного лечения раненых и инвалидов Великой Отечественной войны. В системе поэтапной реабилитации лиц, перенесших инфаркт миокарда, большое значение имел 24-дневный бесплатный курс лечения в специально созданных для этой цели санаториях;

- широкую сеть домов отдыха, санаториев, в том числе специализированных;

- профильные специализированные центры реабилитации (всесоюзные, республиканские), главным образом, на базе профильных научно-исследовательских институтов.

К сожалению, в настоящее время в России эта система разрушена. Больные после выписки из стационара остаются один на один со своими проблемами.

Контрольные вопросы

1. Какие имеются направления медицинской реабилитации?
2. Что входит в понятие медицинская реабилитация?
3. Что входило в систему реабилитации больных и инвалидов в СССР?

7. ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Физический аспект реабилитации включает все вопросы, относящиеся к применению физических факторов в восстановительном лечении больных.

Сюда относятся лечебная гимнастика и другие элементы лечебной физкультуры, интенсивные тренировки, санаторно-курортное лечение и др.

Физический аспект является частью медицинской реабилитации и предусматривает мероприятия по восстановлению трудоспособности больных путем применения лечебной физкультуры и проведения нарастающих по интенсивности физических тренировок [5].

Основное предназначение использования физических факторов – всемерное повышение физической работоспособности больных, инвалидов, ограниченной болезнью или инвалидностью.

В отличие от медикаментозных средств использование физических факторов оказывает более широкое воздействие на центральную нервную и сердечно-сосудистую системы, обмен веществ и газообмен в легких.

Механизмы положительного воздействия физических нагрузок:

- благоприятное влияние на регуляторные системы, что ускоряет выздоровление и процесс адаптации;
- нормализация нарушенных функций различных органов;
- становление, улучшение деятельности компенсаторно-приспособительных механизмов;
- тренировка мышц, в том числе сердечной;
- нормализация обмена веществ;
- улучшение пищеварения, нормализующее влияние на желчеотделение и функцию кишечника;
- укрепление защитной функции иммунной системы организма;

- психологический эффект, благотворное влияние на эмоциональную сферу человека;
- ускорение выздоровления, сокращение сроков лечения.

Пренебрежительное отношение к физическому аспекту реабилитации в прошлом приводило к весьма неблагоприятным последствиям: более затяжному периоду течения болезненного процесса и увеличению частоты осложнений. В результате неоправданно затягивались сроки постельного режима, стационарного лечения и нетрудоспособности больных. Следовательно, увеличивались и экономические затраты. Значительная часть больных была не в состоянии в течение первого года болезни вернуться к трудовой деятельности. У больных развивался страх активных движений, а также возникали соматические расстройства, что значительно снижало эффективность проводимого лечения [5].

Более раннее и широкое применение физических факторов при комплексной реабилитации больных, например при наличии инфаркта миокарда, улучшает течение болезни, предупреждает развитие ряда осложнений, сокращает сроки стационарного лечения и временной нетрудоспособности и предупреждает развитие инвалидности у большинства больных [5].

Применение физических факторов имеет ту особенность, что они эффективны только при адекватном назначении. Неадекватная физическая нагрузка не только бесполезна, но и может вызвать серьезные последствия. В настоящее время существуют точные и надежные методы определения индивидуального темпа, объема физических нагрузок, гарантирующие их эффективность и безопасность. Эти методы позволяют осуществлять контрольную функцию, т. е. получение точной объективной информации о реакции больных на расширение режима двигательной активности и введение новых элементов лечебной физкультуры. «Суть человеческого естества – в движении. Полный покой означает смерть» (Б. Паскаль).

Некоторые методологические аспекты применения физических нагрузок

1. Физические нагрузки – часть медицинской реабилитации, составная часть комплекса реабилитационных мероприятий. Одна физкультура без правильного питания, здорового образа жизни, полноценного отдыха, без отказа от алкоголя и курения не может обеспечить хорошее здоровье.

2. Физическую реабилитацию следует начинать как можно раньше. Говоря о стратегии физического воспитания и развития человека, следует помнить о необходимости преемственности осуществляемых мер на протяжении всех периодов индивидуальной жизни человека. Решать проблему физического воспитания и физического развития населения необходимо с дошкольного возраста, а затем в школах, училищах, институтах, на предприятиях и т. д.

3. Перед тем как приступить к физическим тренировкам, необходимо пройти серьезное медицинское обследование с использованием различных нагрузок. Ясно, что определение вида и интенсивности физической нагрузки и контроль над ее эффективностью должен взять на себя специалист этого дела – врач. Врач, давая советы, должен учитывать не только фактическое состояние здоровья человека, но и степень его физической подготовленности, тренированности.

4. Во всякий труд нужно входить постепенно. Не следует сразу перенапрягать свои усилия, а необходимо, входя в работу, развивать свои усилия постепенно.

5. Необходим контроль за эффективностью использования физических нагрузок. От оценки эффекта зависит оптимальный выбор вида, темпа, интенсивности и продолжительности физических нагрузок с учетом состояния здоровья, индивидуальных особенностей организма и уровня его тренированности.

Повышение физической работоспособности с помощью лечебных и физических факторов не является самоцелью. Высокая физическая работоспособность зависит

от хорошего состояния здоровья и является необходимым условием сохранения профессиональной активности. Таким образом, существует тесная связь между медицинским, физическим и профессиональным аспектами реабилитации. Применение физических факторов способствует сокращению сроков лечения, т. е. уменьшению экономических затрат на реабилитацию. Установлено благоприятное воздействие физических факторов на психологическое состояние больных. Следовательно, физический аспект реабилитации связан с другими реабилитационными аспектами – экономическим и психологическим.

Контрольные вопросы

1. Что включает физический аспект реабилитации?
2. В чем заключаются методические особенности физической реабилитации?
3. Каковы особенности воздействия физических нагрузок на человека?
4. Как влияют физические упражнения на психологическое состояние больных?

8. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Цель психологической (психической) реабилитации – преодоление отрицательных реакций со стороны психики у больных и инвалидов, возникающих в связи с болезнью или инвалидностью. Конечной целью любых реабилитационных программ является восстановление личностного и социального статуса больного (инвалида). Для достижения этой цели необходим комплексный подход к больному человеку (инвалиду) с учетом не только клинико-биологических закономерностей болезни, но и психосоциальных факторов, особенностей окружающей его среды [7].

Психологический аспект реабилитации имеет для многих больных и инвалидов не меньшее значение, чем физический. Так, например, почти в половине случаев психические изменения и психические факторы являются основной причиной, препятствующей возвращению человека к труду после перенесенного инфаркта миокарда.

Это вызвано прежде всего тем, что течение инфаркта миокарда часто сопровождается психическими нарушениями. Депрессия, «уход в болезнь», страх перед физическим напряжением, уверенность в том, что возвращение на работу может причинить вред сердцу, – все эти психические изменения могут свести на нет усилия кардиолога и методиста по лечебной физкультуре, стать непреодолимым препятствием для восстановления трудоспособности и решения вопросов трудоустройства.

Однако и при нормальном психическом состоянии особенности личности больного (инвалида), ее установка, характер психологической реакции на болезнь (инвалидность) существенным образом влияют на отношение к врачебным рекомендациям и во многом определяют уровень социальной активности после болезни или инвалидности.

В свою очередь, психические нарушения оказывают неблагоприятное воздействие на течение основного заболевания, нарушают функционирование различных органов.

Психологические мероприятия (психологическая реабилитация) неразрывно связаны с медицинскими, так как содействуют еще в период лечения психологической подготовке больного (пострадавшего) к необходимой адаптации, реадаптации или переквалификации при неполном восстановлении его профессиональных навыков [7].

Психологическая реабилитация имеет большое значение при подготовке больного к хирургическому вмешательству для вселения в него веры в способность после операции продолжить трудовую деятельность и восстановить свою социальную полноценность.

Психопрофилактика и психотерапия облегчают реабилитацию на последующих этапах. Психологическая подготовка пострадавшего более эффективна, если ею занимается специалист – врач-психотерапевт.

Важнейшие задачи психической реабилитации – всемерное ускорение нормального процесса психологической адаптации к изменившейся в результате болезни (инвалидности) жизненной ситуации, профилактика и лечение развивающихся болезненных психических нарушений.

Решение этих задач возможно только на основе глубокого изучения всего диапазона психических изменений в динамике, на всех этапах заболевания, природы этих изменений, анализа «внутренней картины» болезни, включая динамику доминирующих переживаний, исследование социально-психологических факторов, определяющих психическое состояние больного (инвалида) в разные сроки от начала болезни.

Основные психологические факторы, определяющие психическое состояние больных (инвалидов):

- характер динамики основного болезненного процесса;
- длительность постельного режима и сроков пребывания в стационаре;

- характер инвалидности;
- психогенное влияние медицинского персонала, семьи, других больных или инвалидов, друзей, родственников;
- начало возвращения к трудовой деятельности.

Учет этих факторов и устранение тех из них, которые оказывают отрицательное воздействие, могут оказаться действенным средством психогигиены и психопрофилактики.

Основные методы психической реабилитации:

- различные психотерапевтические воздействия (аутотренинг, гипноз и др.);
- психогигиена;
- психопрофилактика;
- в некоторых случаях – лекарственные препараты психотропного действия;
- благожелательная обстановка в семье и коллективе;
- эстетотерапия;
- физические тренировки;
- лечение трудом (трудотерапия).

Трудовая деятельность немаловажна для сохранения и укрепления психики больного (инвалида). Так, изучались показатели психического состояния неработающих и работающих инвалидов, у которых до инфаркта миокарда психические нарушения не выявлялись. Разница оказалась разительной. Если среди неработающих инвалидов число лиц с психическими нарушениями составило 90,5%, то среди работающих инвалидов – лишь 13,3%.

Большое значение в психической реабилитации имеет благожелательная обстановка в семье и коллективе, в том числе и юмор, живительные свойства которого всегда высоко ценились. Известны случаи благоприятного исхода неизлечимых заболеваний благодаря смехотерапии – ежедневному просмотру кинокомедий по 5–6 часов подряд.

К сожалению, недостаточно внимания уделяется состоянию психического здоровья населения. Довольно

часто можно встретить людей, которые непростительно мало заботятся о своем психическом статусе, а то и вовсе не думают о нем. Только халатностью можно объяснить отсутствие режима в работе и отдыхе, сокращение времени сна и злоупотребление вредными привычками. Отсутствие культуры взаимоотношений, конфликтное поведение, взаимные оскорбления приводят к хроническим стрессам и подрывают психическое здоровье наших сограждан. Увы, основные истины психогигиены далеко не так популярны, как правила сохранения физического здоровья. С одной стороны, люди меньше знакомы с условиями сохранения психического здоровья, с другой – не придают значения тому, что им известно. Все это может привести к развитию психических расстройств [7].

Контрольные вопросы

1. В чем состоит цель психологической (психической) реабилитации?
2. Какое значение имеет психологическая реабилитация в предоперационный период?
3. В чем состоят основные методы психической реабилитации?
4. Какие основные психологические факторы определяют психическое состояние больных (инвалидов)?
5. Каковы основные методы психологической реабилитации?

9. ДРУГИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Педагогические мероприятия в большинстве случаев относятся к детям и подросткам с врожденными или приобретенными дефектами. Для их обучения и воспитания была создана сеть специализированных учреждений.

Технические мероприятия (техническая реабилитация) предусматривают применение достижений научно-технического прогресса для восстановления функциональной полноценности организма инвалида (больного) и для включения его в общественно полезный труд. Практически технические средства широко используются на всех этапах восстановительного процесса. Особенно велика роль их при повреждениях опорно-двигательного аппарата (протезы, тренажеры, различные средства передвижения и т. п.).

Правовые мероприятия реализуют гарантии, обусловленные Конституцией России. Наряду с этим инвалидам обеспечены дополнительные гарантии, например, нуждающимся в облегченных условиях труда предоставляется работа в соответствии с трудовой рекомендацией ВТЭК.

Социальный аспект реабилитации – это часть единого целого, каким является комплексный процесс реабилитации, и его следует, конечно, рассматривать во взаимодействии с другими аспектами реабилитации. Медицинская, профессиональная и техническая реабилитация, вместе взятые, обеспечивают социальную реабилитацию больного (пострадавшего), восстановление его нормальных отношений в обществе, в первую очередь в сфере труда. В результате преодолевается связанное с инвалидностью чувство социальной неполноценности, устраняется сосредоточение всего внимания на своем увечье или болезни, инвалид обретает веру в собственные силы [6].

Социальный аспект реабилитации предусматривает изучение влияния социальных условий на болезнь (травму), выявление механизмов их действия, что дает возможность устранить причины, мешающие эффективному восстановлению личности обществе. В социальный аспект реабилитации входят многие вопросы: влияние социальных факторов на развитие и последующее течение болезни, на эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий, социальное обеспечение инвалидов, наличие свободных трудовых мест, вопросы трудового и пенсионного законодательства, взаимоотношения больного (инвалида) и общества и т. д.

Социальный аспект реабилитации предусматривает и применение социальных методов воздействия на больного (инвалида) для успешного восстановления личности как социальной категории путем организации соответствующего образа жизни, устранения воздействия социальных факторов, мешающих успешной реабилитации, восстановлению или усилению социальных связей. В решении задач социальной реабилитации особенно велика роль государства [6].

Экономический аспект реабилитации. Эффективная реабилитация, как это уже установлено по отношению ко многим болезням и травмам, снижает расходы государства на лечение и социальное обеспечение за счет сокращения сроков лечения, предотвращения нетрудоспособности, уменьшения размеров и количества пособий по инвалидности, сохранения опытных квалифицированных профессиональных кадров.

Так, например, японцы давно уже выяснили, как полезны для производства хорошая физическая подготовленность и здоровье рабочих. На предприятиях организованы перерывы для физических упражнений. В свободное время рабочие посещают оздоровительные центры. Учитывая такое внимание к физической подготовленности рабочих, нетрудно понять, почему производительность труда в Японии самая высокая в мире.

В настоящее время специальные оздоровительные программы применяются и на предприятиях США. С 1979 по 1982 год в такие программы было вложено около 2 млрд долларов. Эти программы используются для повышения тонуса людей в рабочее время. Но оказалось, что эти мероприятия также улучшают и отношение к работе, уменьшают текучесть кадров, снижают расходы на нетрудоспособность и страховые выплаты. После введения оздоровительной программы в компании Prudential уровень временной нетрудоспособности упал на 59%, что за год дало 248 000 долларов прибыли.

Этапы реабилитации

Всемирная организация здравоохранения предложила следующую классификацию фаз реабилитации:

1) больничная фаза, начинающаяся с момента поступления больного (пострадавшего) в стационар;

2) фаза выздоровления (реабилитационные мероприятия выполняются в центрах реабилитации, поликлиниках, санаториях);

3) фаза поддерживающая, которая длится всю жизнь и проводится при длительном диспансерном наблюдении.

В рамках каждой из этих фаз решаются в том или ином объеме задачи каждого вида реабилитации. Эффективность всей системы реабилитации больных определяется тем, насколько успешно будут решаться задачи каждой из фаз реабилитации. При этом от того, какие задачи ставятся перед каждой из фаз реабилитации, зависят продолжительность фазы и ее организационная структура.

Целью больничной (стационарной) фазы реабилитации является восстановление физического и психологического состояния здоровья настолько, чтобы больной был подготовлен к проведению второй фазы реабилитации.

По завершении больничной фазы реабилитации больной оказывается подготовлен к выполнению программы второй фазы реабилитации – фазы выздоровления. Выполнение этой программы оптимально осуществлять

в специализированных реабилитационных отделениях местных санаториев, являющихся по своим задачам и оснащённости загородными реабилитационными центрами. Эта фаза реабилитации является, по существу, рубежом между периодом, когда человек находится в статусе больного, и возвращением его домой, к активной деятельности. Основная цель второй фазы реабилитации – подготовить больного к активной жизни, возвращению в семью, к рациональной перестройке жизненного уклада, изменению некоторых привычек, к систематическому проведению профилактических мероприятий, включая вторичную профилактику. Задачи физического, физиологического и других аспектов реабилитации решаются в этой фазе на новом, по сравнению с больничным этапом, уровне.

По завершении фазы выздоровления больной вступает в третью (поддерживающую) фазу реабилитации, целью которой являются поддержание достигнутого уровня физической работоспособности с некоторым его повышением у ряда больных, завершение психологической реабилитации уже в условиях возобновления его социальной жизни и предупреждение прогрессирования заболевания. Решение всех задач третьей фазы реабилитации возможно только при отработке организационной структуры ее в условиях районной поликлиники [7].

Во второй и третьей фазах реабилитации следует энергично проводить мероприятия вторичной профилактики, которая включает борьбу с первичными факторами риска, играющими важную роль в возникновении данного заболевания. Основная задача вторичной профилактики – предупреждение прогрессирования заболевания, его рецидивов и развития осложнений. Составными частями вторичной профилактики являются лечебная физкультура, лечебное питание, физиотерапевтические процедуры, медикаментозное лечение и др.

Единая система борьбы с хроническими заболеваниями должна быть построена по типу последовательности и преемственности этапов: первичная профилактика –

распознавание болезней, лечение их – реабилитация – вторичная профилактика. Эффективность реабилитационных и профилактических мероприятий обусловлена тесным контактом (преемственностью) врачей больницы, реабилитационного центра, поликлиники, санатория. Практика показала, что использование реабилитационных мероприятий наиболее эффективно тогда, когда они проводятся в системе диспансерного наблюдения.

Государственные структуры должны субсидировать научные исследования по созданию новых высокоэффективных реабилитационных программ, материально-техническую базу, обеспечивающую проведение реабилитационных мероприятий, систему наблюдения.

Некоторые аспекты реабилитации инвалидов

По данным ООН, каждый десятый житель планеты – инвалид.

В энциклопедическом словаре реабилитация инвалидов рассматривается как «комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма, а также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов». Как видно из этого определения, в понятие «реабилитации» входят функциональное восстановление или компенсация того, что нельзя восстановить, приспособление к повседневной жизни и приобщение к трудовому процессу больного или инвалида.

Патологические процессы, развивающиеся в результате болезни, с одной стороны, нарушают целостность и естественность функционирования организма, а с другой – вызывают у инвалида комплексы психологической неполноценности, характеризующиеся тревогой, потерей уверенности в себе, пассивностью, изолированностью или наоборот, эгоцентризмом, агрессивностью, а подчас и антисоциальными установками.

Создание оптимальных условий для жизнедеятельности, восстановления утраченного контакта с окружающим миром, успешного лечения и последующих

коррекций, психолого-педагогической реабилитации, социально-трудовой адаптации и интеграции этих людей в общество – первостепенная государственная задача.

В Декларации ООН о правах инвалидов (1975) говорится: «Инвалиды имеют неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства, ... на образование, ремесленную профессиональную подготовку и восстановление трудоспособности, на помощь, консультации, на услуги по трудоустройству и другие виды обслуживания, которые позволят им максимально проявить свои возможности и способности и ускорят процесс их социальной интеграции или реинтеграции».

Любая патология, которая привела человека к инвалидности, независимо от вызвавшей ее причины и нозологической формы непременно отражается на двигательной функции. Малоподвижность инвалида приводит к гипокинезии и гиподинамии, проявляющимся целым рядом негативных последствий: снижением функциональных возможностей и работоспособности, нарушением социальных связей и условий самореализации, потерей бытовой и экономической независимости, что, в свою очередь, вызывает стойкий эмоциональный стресс. Поэтому борьба с гипокинезией – это избавление от ряда негативных изменений всех органов, это профилактика ряда заболеваний, это также становление адаптации инвалидов к жизни и профессиональной деятельности [7].

Привлечение инвалидов к занятиям физкультурой и спортом – наиболее целесообразное реабилитационное мероприятие. Активная физическая культура – это средства, приемы и методы физического воспитания для формирования у инвалидов и лиц с ограниченными функциональными возможностями жизненно и профессионально необходимых двигательных умений и навыков, развития и совершенствования физических, психических, функциональных и волевых качеств и способностей, позволяющих им обрести самостоятельность, бытовую и психологическую независимость, совершенствоваться в профессиональной деятельности, уметь отдыхать.

Помимо основных принципов реабилитации при проведении реабилитационных мероприятий у инвалидов необходимо соблюдать принцип партнерства – включение самого инвалида и членов его семьи в лечебно-восстановительный процесс, привлечение их к участию в восстановлении тех или иных функций и социальных связей.

Врожденные пороки развития

К числу наиболее распространенных врожденных пороков развития относятся умственная отсталость, дефекты зрения, слуха и опорно-двигательного аппарата, причем эти пороки развития нередко сочетаются.

Особенности реабилитации детей с умственной отсталостью

Распространенность этого порока развития в разных странах достигает 1–3%. Принято считать, что до 75% всех случаев умственной отсталости обусловлено генетическими факторами. Эти лица нуждаются в специальных методах воспитания и обучения. Очевидно, что характер реабилитационных мероприятий зависит от глубины умственного недоразвития. Так, лица с относительно неглубоким интеллектуальным недоразвитием могут обучаться по специальной школьной программе и получить доступные профессиональные навыки. В то же время у лиц с глубокой умственной отсталостью невозможны ни школьное обучение, ни профессиональная ориентация. По данным ряда исследователей, занятия физической культурой способствуют улучшению психического развития детей и инвалидов.

Особенности реабилитации при дефектах зрения и слуха

Свыше 40 млн человек во всем мире оцениваются юридически как слепые (незрячие), и каждый год теряют зрение еще 2 миллиона человек. Ведущая роль в происхождении врожденных дефектов зрения и слуха принадлежит генетическим факторам. Степень выраженности

дефекта зрения или слуха имеет большое значение для возникновения вторичных нарушений развития ребенка (замедление нервно-психического развития). При небольшом дефекте слуха – тугоухости существует возможность нарушения самостоятельного овладения речью, а полная глухота при отсутствии специального обучения обычно приводит к немоте.

При слепоте и глухоте задерживается развитие навыков общения, нарушаются формирование предметных представлений (из-за отсутствия контакта, общения) и развитие эмоциональной сферы. Оба вида нарушений требуют соответствующей коррекции. Общие закономерности дефектов зрения и слуха – недоразвитие способностей к приему, переработке, хранению информации и недостаточность словесного опосредования. В результате возникает тенденция к определенному замедлению темпа развития мышления, в частности, процессов обобщения и отвлечения. К числу мероприятий коррекции при дефектах зрения и слуха основная роль принадлежит стимуляции развития остаточного слуха и зрения.

У слепых часто имеет место гипокинезия (гиподинамия), поэтому понятно большое значение адаптивной физической культуры. Обучение слепых детей и их родителей проводится на специальных курсах обучения по программам:

- академической (получить образование);
- профессиональной (помочь слепым подготовиться к трудовой деятельности);
- самосовершенствования (обучение для внутреннего удовлетворения и радости).

Особенности реабилитации при дефектах нижних конечностей

По данным ВОЗ, 70% нуждающихся в профессиональной реабилитации – лица с дефектами опорно-двигательного аппарата.

Реабилитация лиц с дефектами опорно-двигательного аппарата не должна ограничиваться только медицинскими и физическими реабилитационными мероприятиями,

но также должна включать коррекцию нервно-психических расстройств, которые, в свою очередь, могут отразиться на формировании интеллектуального развития. У этих инвалидов нередко отмечается склонность к невротическим расстройствам. Причинами этих расстройств являются двигательная недостаточность и сверхопека при воспитании. Система коррекционного воспитания и обучения, формирующая у инвалида чувство своей нужности, полезности, в известной степени препятствует возникновению личностных качеств, связанных с ощущением своей физической неполноценности. Этому способствуют, в частности, социальные программы (системы) воспитания и обучения.

Потеря нижней конечности (конечностей) приводит к снижению трудоспособности и двигательной активности (гипокинезия, гиподинамия), нарушениям обмена веществ и функционального состояния центральной нервной системы, является серьезной психологической травмой и стрессорным фактором. Гипокинезия ведет к расстройству обмена углеводов и липидов (повышение содержания сахара и холестерина в крови). Наиболее выраженные нарушения отмечаются со стороны аппаратов кровообращения и дыхания (снижение сократительной функции сердца, тенденция к повышению артериального давления и др.). Следовательно, у этой группы инвалидов имеется высокая угроза развития таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца. Адаптивная физическая культура способствует формированию нового функционального состояния (специальной системы адаптации), характеризующегося приспособлением к дефекту, компенсацией нарушенных функций внутренних органов, нормализацией обмена веществ, психической и эмоциональной деятельности, предупреждением развития различных заболеваний.

Эффективность физических тренировок обусловлена структурой движений, последовательностью, регулярностью, частотой и продолжительностью занятий,

интенсивностью выполнения физических упражнений, индивидуальным подходом к выбору их, оптимальным режимом отдыха.

В экономически развитых странах подсчитано и доказано, что средства, вложенные в инфраструктуру, адаптированную для нормальной жизни инвалидов, полностью себя оправдывают. При этом не только уменьшаются затраты на лечение инвалидов и сокращается число людей, вынужденных отрываться от основных видов деятельности, ухаживая за заболевшими родственниками, но и более эффективно используется трудовой потенциал самих инвалидов, повышается их жизненный уровень. Кроме того, резко снижается социальная напряженность, создается благоприятная морально-психологическая обстановка в обществе [10].

Контрольные вопросы

1. Определение целей и задач реабилитации.
2. Задачи и содержание медицинской реабилитации.
3. Задачи и содержание физической реабилитации.
4. Задачи и содержание психологической реабилитации.
5. Содержание профессиональной реабилитации.
6. Характеристика этапов реабилитации.
7. Основные принципы реабилитации.
8. Особенности реабилитации инвалидов.
9. Что предусматривают технические мероприятия (техническая реабилитация) для восстановления функциональной полноценности организма инвалида?
10. В чем заключаются особенности реабилитации при дефектах зрения и слуха?

10. ОСОБЕННОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ

Как указывается в Большой медицинской энциклопедии (1983, т. 21, с. 250), «профилактика зародилась в связи с попытками эмпирического поиска средств предохранения от болезней и несчастных случаев в виде элементов индивидуальной и личной гигиены. Возникновение общественной профилактики связано с развитием государства и обязанностей его органов и учреждений по осуществлению предохранительных мер в первую очередь от массовых заболеваний населения» [8].

Уже в первобытной общине были сформированы определенные санитарные правила и запреты, касающиеся постройки жилищ, ухода за чистотой тела и др. Народная медицина в то время располагала рядом профилактических гигиенических приемов (физические методы, профилактический прием лекарств и др.). Гигиенические рекомендации, включая режим дня, гимнастику, чистоту тела, регламентации сна и приемов пищи и др., вошли в обиход многих народов и нашли отражение даже в религиозных установлениях (например, Моисеевы заповеди и др.) [8].

В сочинениях врачей Древнего Египта, Месопотамии, Индии, Китая, Древней Греции и других стран содержатся рассуждения о профилактике, которой отдается предпочтение по сравнению с лечением болезней. Великий Гиппократ говорил: «...не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности».

Образ жизни древних египтян был целесообразно урегулирован, в нем было очень много рационального. Так, рекомендовалось рано вставать, ежедневно заниматься гимнастикой и обтирать все тело прохладной водой, поощрялись занятия спортом; гимнастика и некоторые

виды спорта входили в число занятий во всех древнеегипетских школах [8].

В рабовладельческую эпоху появились элементы общественной санитарии. Так, в Спарте существовала целая система правил гигиенического и физического воспитания, а законами Древнего Рима предусматривались меры санитарного характера (правила пользования водой, контроль за пищевыми продуктами и др.).

В Средние века в связи с широким распространением инфекционных болезней были разработаны и законодательно оформлены различные противоэпидемические мероприятия. Гигиеническими советами арабских и европейских медиков предписывались умеренность в потреблении пищи, поддержание чистоты тела, воздержание от употребления вина, рациональный образ жизни. Большую известность получили профилактические меры, изложенные в «Салернском кодексе здоровья» (XIV в.), одна из заповедей которого гласит: «Если врачей не хватает, пусть будут врачами твоими трое: веселый характер, покой и умеренность в пище».

Значение профилактических мер высоко ценили средневековые врачи Армении, Грузии, Средней Азии. Особое место в развитии профилактики занимает великий врач, поэт и философ Ибн Сина (Авиценна), который в своих трудах, и особенно в «Каноне врачебной науки», первостепенное значение уделял диететике, режиму питания и сна, физическим упражнениям. По сути, он в поэтической форме изложил основные принципы профилактической медицины:

*Здоровье сохранить – задача медицины,
Болезней суть понять и устранить причины...
Не забывай о том,
Что от болезни лучшая защита,
Лечить болезнь, пока она сокрыта.
И снова повторю: лечи причины,
В том главный принцип нашей медицины.*

Вплоть до XVIII–XIX вв. профилактическая медицина фактически была эмпирической, т. е. ее рекомендации

не были научно обоснованы. Многолетний опыт медицины свидетельствует о том, что люди научились предупреждать болезни раньше, чем становились ясными причины и механизмы их развития. Так, английский врач Э. Дженнер впервые сделал прививки против оспы в 1796 году – более чем за 100 лет до открытия возбудителя этой болезни. Или другой пример: люди умели предупредить развитие цинги (например, употреблением квашеной капусты в рационе морских экспедиций) задолго до открытия витамина С, дефицит которого является причиной развития данной болезни.

В эпоху Возрождения усилилась профилактическая направленность медицины. Накопленный опыт явился поводом к созданию профилактической медицины, основанной на достижениях фундаментальной науки. В частности, Ф. Бэкон считал укрепление здоровья, искоренение болезни, продление жизни человека основными задачами медицины.

Несомненно, что отечественная медицина находилась под определенным влиянием медицинских воззрений Запада и Древнего Востока (рукописи, книги, иностранные врачи, отечественные медики, совершенствующие свои знания в клиниках Запада). Особенно эта тенденция становилась ощутимой по мере развития медицинской науки. В этом отношении можно говорить об интернационализации медицинской науки. И в этом ничего удивительного нет, так как научные открытия в одной стране становятся достоянием и других стран. «Ногами человек должен вращать в землю своей родины, но глаза его пусть обозревают весь мир» (Джордж Сантаяна).

Вместе с тем нередко зарубежные авторы пишут о том, что-де, мол, основы профилактической медицины были заложены на Западе, а не в «дремучей» Руси. К сожалению, по невежеству или другим мотивам, об этом говорят и некоторые наши авторы, что не соответствует действительности. Не о таких ли авторах говорил М.Е. Салтыков-Щедрин: «Нет опаснее человека, которому чуждо человеческое, который равнодушен к судьбам

родной страны, к судьбам ближнего, ко всему, кроме судеб пущенного им в оборот алтына».

Постараемся показать, что профилактическая направленность всегда являлась сутью, основным принципом нашей отечественной медицины.

Археологические данные свидетельствуют о развитии народной гигиены среди первобытных людей, населявших территорию нашей страны. Это, в частности, касалось гигиенических навыков в месте выбора жилищ и в их устройстве, в обычаях захоронения умерших [8].

Традиционные гигиенические правила славянских племен глубоко укоренились в быту русского народа. В литературных памятниках Киевской Руси, древнего Новгорода, Московского государства имеются подробные гигиенические предписания по сохранению чистоты тела, содержанию жилищ, по диететике, предохранению от заразных болезней, о пользе бани. Во врачевании большое внимание уделялось предупреждению болезней, средствам «оберегания» от недугов. Уже в X–XI вв. встречаются примеры общественной заботы о здоровье, предохранении от болезней такими санитарно-гигиеническими методами, как сооружение водопроводов и соблюдение правил общественного водопользования, проведение карантинных мер и др.

О высоком уровне развития медицины и медико-санитарного дела в Древней Руси свидетельствуют данные археологии, памятники письменности, изобразительного и прикладного искусства, устного народного творчества. Сведения, касающиеся медицинской практики и организации лечебного дела, содержатся в летописных сводах, сборниках законоположений, церковных документах – патериках и в литературных памятниках – житиях, «словах» и других источниках. К древнейшим памятникам русской медицинской письменности относится «Изборник Святослава» – своеобразный энциклопедический сборник. В великокняжеском книгохранилище к концу XI века накопилось много произведений медицинской и биологической литературы, переведенных с греческого

и сирийского языков, а также написанных по-старославянски. В числе этих произведений наиболее значительными были «Физиолог» – компилятивный трактат из естественно-научных работ античных авторов и «Шестоднев» Иоанна Болгарского.

Медицина Древней Руси X–XI вв. представляла собой целостную систему, включающую элементы морфологии, частной патологии, диагностики, терапии, хирургии и гигиены. Любопытно, что киевский князь Владимир Мономах в своем «Поучении» к детям писал о том, что угнетение психики, как и леность – первые ступени к болезням, а труд является условием гармоничного развития организма человека. В произведениях X–XIII вв. (Иллариона Киевского, Нестора, Владимира Мономаха и др.) упоминаются сведения о лечебной диететике, почерпнутые из народной медицины восточных славян, например, назначение сырой печени трески при куриной слепоте или витаминосодержащих овощей и ягод (хрен, редька, лук, морошка и др.) при цинге.

В древнерусском врачевании большое значение придавали предупреждению болезней. Слова с корнем «опас», «берег» обнаруживаются очень рано в языке восточных славян. Греческий термин «филактирна» в значении охраны человека от моров упоминается в пандектах, кормчих книгах Новгорода, Рязани XI–XIII вв. В связи с развитием общественной жизни уже в X–XI вв. определился круг санитарно-гигиенических правил выбора местности для поселений и источников доброкачественной питьевой воды, обустройства жилищ (кладовые для хранения пищевых продуктов, естественная освещенность помещений и др.).

В народном быту огромная оздоровительная роль принадлежала русской бане. Сохранилось описание лечебного применения бани летописцами: «...и возьмут на ся прутье младое, бьются сами и того ся добьют, едва вылезуть еле живы и облиются водою студеною и тако оживуть...». В литературных сборниках часто имелись целые главы по диететике. Мерилом питания должна

была быть естественная потребность в пище (аппетит). Вино рекомендовалось пить с воздержанием, ибо «питие безъмерное есть матица всему злу... и лестница к недугам человеческим». Широко рекомендовались физические развлечения (игра в мяч, скачки, охота), которые назывались «утехою души, соседствующей с телесным здравием».

Большим событием явился перевод с немецкого языка книги «Вертоград здоровья», сделанный в 1534 году Николаем Бюловым, в которой наряду с описанием рекомендаций по диагностике и лечению болезней приводятся советы, как вести себя здоровому при моровых поветриях. Мысли о предупреждении болезней все чаще находили отражение в сочинениях писателей того времени – Максима Грека, Даниила, Матвея Башкина, Феодосия Косого. Предписания и советы по повседневной бытовой гигиене включались в наставления более общего содержания, в частности в «Домострой» (XVI в.).

Реформы Петра I, направленные на преодоление отсталости России от передовых стран Западной Европы, коснулись всех сторон государственной и общественной жизни, в том числе медицины. Достаточно указать на открытие сухопутных и морских госпиталей в Москве, Петербурге и Кронштадте в начале XVIII века, которые стали учебными и научными центрами отечественной медицины, в том числе профилактической. Учреждение Академии наук (1724) и открытие Московского университета (1755) положили начало развитию отечественной медицинской науки.

Различные регламентации санитарно-гигиенического характера широко применялись в войсках и на флоте. Любопытно, что в договоре князя Олега с Византией оговаривалось, что русские дружинники, придя в Царьград (Константинополь), получают возможность мыться в бане сколько захотят.

Великий русский полководец А.В. Суворов считал, что победы обеспечиваются не только воинской выучкой, дисциплиной, но и сбережением здоровья, сил солдата. «Мы умеем себя беречь, – писал он в своей «Науке

побеждать». – Где ото ста один человек, а у нас и от пятьсот в месяц меньше умирает».

Ближайший помощник Суворова, талантливый военный врач, штабс-лекарь Ефим Белопольский в составленных им «Правилах медицинским чинам» требовал: «Причины болезней изыскивать не в лазаретах между больными, но между здоровыми в полках, батальонах, ротах, исследовав их пищу, питье, строение казарм и землянок, время их построения, пространство и тесноту, чистоту, поваренную посуду, все содержание, о чем доносить полковому командиру». В этом положении заложены идеи предупреждения заболеваний, составляющие основу военной гигиены. Глубоко понимая это, А.В. Суворов писал в «Науке побеждать»: «...Помните, господа, полевой лечебник штабс-лекаря Белопольского».

Россия дала отечественной и мировой науке таких замечательных представителей медицины, совершивших переворот в медицинской науке XIX века, как М.Я. Мудров, И.А. Дядьковский, С.П. Боткин, Т.А. Захарьин, А.А. Остроумов. История достойно оценила эту славную плеяду корифеев русской клинической медицины, создавшую самобытное прогрессивное направление в отечественной науке и в развитии мировой медицины.

Матвей Яковлевич Мудров – профессор Московского университета, виднейший представитель терапии первой половины XIX в. Его научное наследие и его воззрения дошли до нас в виде «слов», т. е. речей, произнесенных во время собраний. Придавая большое значение предупреждению болезней в преддверии войны с Наполеоном, в 1809 году Мудров произнес «Слово о пользе и предметах военной гигиены, или науке охранять здоровье военнослужащих». В 1820 году он писал: «Взять на свои руки людей здоровых, предохранить их от болезней... предписывать им надлежащий образ жизни есть честно и для врача покойно. Ибо легче предохранить от болезней, нежели их лечить». Мудров погиб, исполнив свой врачебный долг во время эпидемии холеры, после вскрытия трупа больного.

На развитие профилактической медицины большое влияние оказывала передовая общественная мысль. Гигиенические предписания и представления о приоритете профилактических мер в известной степени отражали передовые идеи А.Н. Радищева, М.В. Ломоносова, А.И. Герцена, В.Г. Белинского, Н.Г. Чернышевского, Н.А. Добролюбова, Д.И. Писарева.

В основе влияния подобных идей на дальнейшее становление общественной профилактики находилось развитие взглядов о взаимосвязях и единстве организма человека и окружающей среды, соотношении биологического и социального, первостепенной роли социальных факторов, социальной обусловленности здоровья. Эмпирические изыскания, обобщение опыта народной медицины, догадок и предположений уступили место профилактической медицине как естественно-научному направлению. Гигиеническая наука стала опираться на данные физиологического эксперимента, микробиологии, патологии, физики, химии и других естественных наук [7].

Одновременно все большее влияние получали идеи общественной гигиены, учение о первостепенной роли социальной среды для здоровья населения и его охраны. Во второй половине XIX века в России сложились благоприятные условия для развития естественных и технических наук. Деятели отечественного естествознания второй половины XIX – начала XX века внесли выдающийся вклад в развитие мировой науки. В 1861 году А.М. Бутлеров создал теорию химического строения органических веществ. В 1869-м – Д.И. Менделеев открыл периодический закон химических элементов. Ключевым этапом в развитии термохимии и физической химии вообще явились труды Н.Н. Бекетова, классические исследования по химической кинетике, выполненные Н.А. Меншуткиным, Н.А. Шиловым, М.И. Коноваловым. В.И. Вернадский создал современное учение о биосфере, важность которого особенно ясно выявилась в связи с развитием экологии. Физик А.Г. Столетов внес существенный вклад в разработку проблем электромагнетизма.

Появились научно-исследовательские учреждения естественно-научного направления. К концу 1888 года в России имелось около 30 экспериментальных лабораторий, станций и научно-исследовательских институтов медико-биологического профиля, в том числе один из крупнейших в Европе Институт экспериментальной медицины в Петербурге (основан в 1890 г.) – первое в Европе научно-исследовательское учреждение, проводившее комплексные медико-биологические исследования, Бактериологический институт Московского университета и др. Большая заслуга в пропаганде и творческом развитии эволюционного учения принадлежит К.А. Тимирязеву. Основоположником эволюционной палеонтологии является В.О. Ковалевский, эволюционной и сравнительной эмбриологии – И.И. Мечников, сравнительной гистологии – А.И. Бабухин, А.С. Догель.

П.Ф. Лесгафт – один из создателей теоретической анатомии – развивал функционально-анатомическое направление. Итогом его научной деятельности стал капитальный труд «Основы теоретической анатомии», в котором обосновывались идеи взаимной приспособленности структуры и функции органов и систем организма, впервые высказанные Н.И. Пироговым. Признание зависимости всестороннего развития функций здорового организма от его деятельности привело П.Ф. Лесгафта к выводу о необходимости соответствующих физических упражнений и физического воспитания людей. Им были заложены научные основы физической культуры [7].

Немаловажную роль в формировании гигиены как науки сыграли успехи физики, химии, биологии, физиологии, позднее – микробиологии. Успехи естествознания дали возможность перейти от общих описаний к точному исследованию среды, окружающей человека (воздуха, воды, почвы, пищевых продуктов) и созданию гигиенических нормативов. Гигиена из описательной науки становилась экспериментальной. Основоположниками отечественной экспериментальной гигиенической науки стали А.П. Доброславин и Ф.Ф. Эрисман.

Отечественная экспериментальная гигиена имела ярко выраженное физиологическое направление. В исследованиях тщательно учитывалась тесная связь изучаемых явлений окружающей среды со здоровьем человека. Характерная черта отечественной гигиены – ее общественная направленность, т. е. стремление выйти за пределы лабораторий, применение в практике, в жизни. В результате возникла школьная, коммунальная, профессиональная и, наконец, социальная гигиена.

Основы и принципы профилактической медицины

Термин «профилактика» происходит от греческого слова «*prophilaktikus*» (предохранительный, предупредительный).

В Большой медицинской энциклопедии профилактика определяется как «система государственных, социальных, правовых, гигиенических и медицинских мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья населения и предупреждение болезней. Профилактика является ведущим разделом медицины. Уровень профилактики в стране отражает характер общественно-экономических, научно-технических и политических условий жизни общества» (1983, т. 21, с. 250). Следовательно, профилактика – это не только и не столько удел медицины, но и забота государства и всего общества. Эффективность профилактики обусловлена именно использованием комплекса государственных, социальных, гигиенических и медицинских мероприятий.

Общепринято в зависимости от целевых задач различать первичную и вторичную профилактику. Контингентом для первичной профилактики являются здоровые люди, а для вторичной – больные.

Первичная профилактика направлена на предупреждение заболеваний, т. е. на сохранение здоровья населения. Она складывается из мероприятий оздоровительного характера, санитарно-просветительной работы, раннего выявления начальных стадий болезни, выявления

и диспансеризации лиц, имеющих факторы риска угрозы развития болезней. Вторичная профилактика в отличие от первичной предусматривает проведение мероприятий, направленных на предупреждение обострений и осложнений уже сформировавшихся хронических заболеваний. Несмотря на различие первоначальных целей, первичная и вторичная профилактика могут рассматриваться как две стадии единого профилактического процесса, призванного обеспечить высокий уровень общественного и индивидуального здоровья, а также выполнение основной экономической функции здравоохранения – сохранения и приумножения трудовых ресурсов общества на основе предупреждения заболеваемости и инвалидности. Эта стадийность достаточно четко выражена в целях и направленности каждой из упомянутых форм профилактической деятельности в отношении сохранения трудовых ресурсов: меры первичной профилактики предназначены для предупреждения заболеваемости, острие вторичной профилактики направлено против инвалидизации, развития тяжелых форм заболевания, при которых трудоспособность либо утрачивается, либо существенно ограничивается. Система первичных профилактических мероприятий наиболее эффективна в медицинском, социальном и экономическом отношении [7].

Первичная профилактика – это система социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мер, направленных на предотвращение заболеваний путем устранения условий их возникновения и развития, а также на повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды. В отличие от вторичной профилактики, нацеленной на выявление заболевания, предупреждение рецидивов, прогрессирования болезненного процесса и возможных его осложнений, первичная профилактика призвана сохранять ненарушенное здоровье, не допускать воздействия факторов природной и социальной среды, отрицательно воздействующих на состояние здоровья населения.

Первичная профилактика рассматривается как ведущее направление в области охраны и укрепления общественного здоровья. Повышение уровня здоровья, увеличение продолжительности жизни и активной трудоспособности людей, снижение заболеваемости и уменьшение потерь от временной и стойкой утраты трудоспособности во многом зависят от широкого планомерного внедрения мер профилактики в отношении всего населения.

Первичная профилактика складывается из мероприятий оздоровительного характера, санитарно-просветительной работы, раннего выявления лиц с начальными стадиями болезней. Важным разделом первичной профилактики является выявление и диспансеризация лиц, имеющих генетически и конституционально обусловленные, профессиональные и другие факторы риска угрозы возникновения различных заболеваний.

Особое внимание надо уделять поиску причин разных заболеваний и роли окружающей природной и социальной среды в их происхождении, а также своевременному их предотвращению. Великий русский физиолог И.П. Павлов говорил: «...разве обыкновенно причины болезни не закрадываются и не начинают действовать в организме раньше, чем больной делается объектом медицинского внимания? А знание причин, конечно, важнейшее дело медицины. Во-первых, только зная причину, можно метко устремляться против нее, а во-вторых, и это еще важнее, – можно не допустить ее до действия, до вторжения в организм. Только познав все причины болезней, настоящая медицина превращается в медицину будущего, т. е. в гигиену в широком смысле слова».

Возникновение и развитие представлений о первичной профилактике неразрывно связано с поисками причин возникновения и распространения заболеваний в процессе фундаментальных эпидемиологических, социально-гигиенических, теоретических, экспериментальных и клинико-социальных исследований. Эти исследования

направлены на установление истинных масштабов распространённости неинфекционных заболеваний, на выявление первичных отклонений от нормального течения процессов жизнедеятельности, на изучение пусковых механизмов развития болезненных процессов, приводящих к возникновению различных заболеваний, а также на установление связи состояния организма с воздействием различных факторов внешней среды.

Профилактика должна включать сумму мероприятий, направленных на изучение окружающей среды и изменение ее, планомерное воздействие на среду с целью искоренения условий, которые способствуют возникновению болезней. Мероприятия первичной профилактики должны носить как общеоздоровительный характер, содействуя улучшению условий жизни и укреплению здоровья населения в целом, так и строго целевое назначение по предотвращению конкретных заболеваний, в частности, устранению факторов риска. При этом наилучшие результаты могут быть получены при комплексном осуществлении профилактических мер, обеспечивающих одновременно изменения условий труда и быта, защиту организма от внешних болезнетворных влияний с устранением риска возникновения болезни и повышающих устойчивость к этим факторам на основе мобилизации биологических приспособительных механизмов организма. Такой подход определяет необходимость регулирования с профилактической целью множества факторов быта и профессиональной деятельности, формирующих условия и образ жизни человека и относящихся к экологической и производственной обстановке, жилищным условиям, питанию, к духовной и физической культуре и т. д.

Меры первичной профилактики являются обязательным компонентом лечебных и реабилитационных мероприятий и неотъемлемой частью мероприятий вторичной профилактики [7].

Профилактическое направление медицины можно рассматривать как специфическое отражение в области здравоохранения единства организма и окружающей

среды, тесной взаимосвязи социального и биологического. Исходя из возможности управления внешне средовыми и особенно социальными факторами, которые в значительной степени обуславливают состояние общественного здоровья, оценивая внутреннее генетическое в человеке как преобразование (в цепочке поколений) внешнесредовых факторов, профилактическое направление в широком смысле слова можно рассматривать как создание наиболее благоприятных для здоровья населения социальных и природных условий [10].

Диспансеризация – основной ведущий метод проведения профилактических мероприятий. Профилактическая направленность проявляется в органическом единстве лечебных и предупредительно-оздоровительных мероприятий, в синтезе лечения и профилактики и находит свое реальное воплощение в диспансеризации.

Диспансеризация представляет собой научно обоснованную систему профилактических и лечебных мероприятий, направленных на сохранение, восстановление и укрепление здоровья населения.

Основные задачи диспансеризации:

- массовые углубленные медицинские обследования населения, которые должны проводиться регулярно. Эти обследования являются основным методом выявления лиц, подлежащих динамическому диспансерному наблюдению;

- динамический учет результатов углубленного медицинского обследования;

- определение объема лечебно-профилактических мероприятий по результатам диспансеризации;

- выявление лиц с предболезненными состояниями, начальными стадиями болезней, а также больных со сформировавшимися заболеваниями. Следует знать, что в ряде случаев болезни протекают в скрытой форме, не проявляясь какими-либо симптомами. Например, проведенное в одном из районов Москвы углубленное (электрокардиографическое) медицинское обследование выявило ишемическую болезнь сердца, в том числе перенесенные

инфаркты миокарда, у 17,3% лиц, у которых отсутствовали какие-либо жалобы на состояние здоровья. Раннее распознавание болезни – залог более успешного лечения.

Важной особенностью предболезненных состояний и начальных форм болезней является обратимость лежащих в их основе функциональных и структурных изменений в организме больного человека. Именно в этих случаях лечебно-профилактические мероприятия оказываются наиболее эффективными. В подавляющем большинстве случаев болезни предшествует предболезненный период, который может протекать иногда весьма длительное время незаметно. При углубленном медицинском обследовании отдельных органов и организма в целом можно выявить признаки предболезненного состояния;

- максимально раннее выявление и своевременное лечение начальных форм заболеваний, учет и диспансерное наблюдение за больными;

- раннее выявление лиц с факторами риска угрозы развития болезней, проведение оздоровительных и профилактических мероприятий, учет и динамическое диспансерное наблюдение за этими лицами;

- контроль за выполнением лечебных, оздоровительных и профилактических мероприятий и оценка их эффективности.

Диспансерный метод необходим прежде всего для выявления условий возникновения болезней и воздействия на их причины.

Критерии хорошо организованной диспансеризации – полнота охвата диспансерным наблюдением, своевременность взятия на учет больных и лиц, имеющих факторы риска, степень активности диспансерного наблюдения (повторность контрольных вызовов для обследования и др.)

Диспансеризация заключается в активном наблюдении за здоровьем определенных контингентов населения, в изучении условий труда и быта, в обеспечении правильного физического развития и сохранения здоровья. Диспансеризация включает разработку мероприятий,

направленных на оздоровление окружающей среды и профессиональной деятельности, динамическое врачебное наблюдение за состоянием здоровья людей и проведение лечебно-профилактических мероприятий, целенаправленную санитарно-просветительную работу.

В частности, в процессе диспансеризации разрабатываются рекомендации по режиму дня, труда, отдыха и двигательной активности (физическая культура, спорт, лечебная гимнастика). Обязательны индивидуальные рекомендации необходимых лечебных мероприятий с определением объема и сроков проведения (лечебное питание, физиотерапия, санаторно-курортное лечение и др.), организованного отдыха (дома отдыха, пансионаты, турбазы). Важны рекомендации и мероприятия по оздоровлению условий труда (устранение или смягчение влияния профессиональных вредностей) и быта, рекомендации сроков и объема дополнительного и контрольного медицинских исследований [7].

Отбор лиц, которые подлежат диспансеризации по состоянию здоровья, осуществляется врачами поликлиник, амбулаторий, больниц, специальных диспансеров и других лечебно-профилактических учреждений.

Основные принципы профилактики:

- единство мер первичной и вторичной профилактики, лечебных и реабилитационных мероприятий. Эффективность лечения и реабилитации значительно увеличивается в сочетании с профилактическими мероприятиями;

- использование комплекса профилактических мероприятий;

- применение преимущественно немедикаментозных средств профилактики. Только при их неэффективности в отношении так называемых «внутренних факторов риска» (повышенное содержание холестерина в крови, тенденция к неустойчивому артериальному давлению и др.) речь может идти о профилактике лекарственной, причем многолетней, дифференцированной и контролируемой. К сожалению, многие больные игнорируют

немедикаментозные способы лечения, отдавая предпочтение различным лекарственным препаратам;

– раннее обращение к профилактическим мероприятиям, начиная с детства, особенно в семьях, неблагоприятных в отношении наследственной отягощенности. Мероприятия первичной профилактики наиболее эффективны в детском и юношеском возрасте. Необходимость проведения широких профилактических мер в отношении детей и юношества, включая прежде всего меры воспитательного и санитарно-просветительного характера, увеличивается в связи с тем, что в этом возрасте формируются основные поведенческие установки, взгляды, навыки, привычки, вкусы – словом, то, что определяет в дальнейшем образ жизни человека. Именно в этот период можно предупреждать возникновение вредных привычек, эмоциональной невосприимчивости, установки на пассивный отдых и нерациональное питание, которые в дальнейшем могут стать факторами риска заболеваний и с большим трудом, а порой и болезненно изживаются в зрелом возрасте. «Излишества в юности – вексель на старость, по которому приходится платить с процентами за тридцать лет» (Чарльз Калед Колтон);

– систематическое, регулярное проведение профилактических мероприятий на протяжении всей жизни;

– профилактика должна быть основой деятельности всех медицинских учреждений;

– раннее выявление факторов риска и их коррекция, хорошо поставленная систематическая пропаганда здорового образа жизни и борьба с вредными привычками;

– индивидуальная тактика выбора профилактических мероприятий с учетом состояния здоровья, характера факторов риска, психологии человека и т. п.:

*У человека всякого свой нрав,
И лекарь-исцелитель будет прав,
Коль, изучая свойства те и эти,
Держать любое будет на примете.
Ибн Сина*

- оздоровление внешней среды, устранение неблагоприятного влияния профессиональных факторов;
- четкое выполнение профилактических мероприятий на основе выявления и своевременного устранения факторов риска болезней; правильно организованное диспансерное наблюдение, обеспечивающее предупреждение возникновения заболеваний, снижение заболеваемости и трудопотерь;
- нормализация психической и физической нагрузок, исключение «пиковых» нагрузок;
- нормализация семейных отношений, ликвидация конфликтов в коллективе. «Будем стремиться укрепить наш дух, тогда с его помощью мы освободимся от тысячи болезней» (Э. Фейхтерслебен);
- строгое соблюдение принципов рационального питания;
- устранение гипокинезии, увеличение физической активности человека (физкультура, спорт);
- формирование здорового образа жизни – основы профилактики;
- решительная борьба с вредными привычками. «Весь секрет продления жизни состоит в том, чтобы не укорачивать ее» (Э. Фейхтерслебен);
- унификация методов исследования, лечения, профилактики и их использование в различных медицинских учреждениях;
- единая система борьбы с болезнями должна быть создана по типу последовательности и преемственности этапов: первичная профилактика – диагностика и лечение – реабилитация – вторичная профилактика.

Условия, обеспечивающие эффективность профилактических мероприятий

Полноценное проведение профилактических мероприятий с широким охватом всего населения возможно только при активном одновременном участии государственных структур, медицинских работников, средств массовой информации и самого населения. Если не будет

соблюдаться это условие, профилактика становится неэффективной и будет носить кустарный характер [10].

Здоровье населения – это первостепенная задача государства, которая должна быть основой государственной политики. Неумение решать эту проблему делает любое правительство непрофессиональным и безнравственным. Здоровая нация – это культурная нация, это высокий уровень производительности труда, экономики и обороноспособности самого государства. Надо, наконец, понять, что профилактика является основой социальной политики. В здравоохранении необходимо также понимание профилактики не только как комплекса санитарно-технических мер, гигиенических предписаний, но и как социально-профилактического направления, которое в широком смысле слова означает конкретную активную форму заботы государства об охране здоровья народа. Осуществление профилактического направления в нашей стране должно слиться с задачей преобразования окружающей человека природной и социальной среды, превращения ее в источник полноценного труда и отдыха, укрепления здоровья и активного долголетия.

Наше государство несет значительные потери из-за временной нетрудоспособности населения. Так, в РФ только в 2002 году на оплату больничных листов фонд социального страхования потратил более 63 миллиардов рублей, с ежегодной потерей 3,1–3,5% рабочего времени, а народное хозяйство при этом недополучило продукции на 30 миллиардов рублей. Для государства экономически выгоднее вкладывать деньги в оздоровительные мероприятия для населения. В результате можно сэкономить много средств, сохранить профессиональные кадры, значительно увеличить производительность труда, заботясь о постоянной охране здоровья народа.

Профилактику надо понимать не узко, как ведомственную задачу органов здравоохранения, а широко и глубоко, как заботу государства об укреплении здоровья населения [7].

Несомненно, что борьба с различными болезнями будет более успешной, если наряду с органами здравоохранения в этом деле будут активно участвовать и другие министерства, ведомства, учреждения, общественные организации. Многочисленная армия учителей может во многом способствовать формированию у школьников правильного отношения к физической культуре и спорту, к организации рационального режима, обеспечивающего сочетание продуктивной учебы с достаточной физической активностью и отдыхом, способствовать принятию действенных мер предупреждения курения и употребления алкоголя у подростков и т. д.

Проблему охраны здоровья населения нельзя решать лоскутными постановлениями. Необходима научно обоснованная перспективная долгосрочная стратегическая государственная программа профилактики болезней в масштабе всей страны [7].

В этой государственной программе должны быть отражены и получены финансовое обеспечение следующие вопросы:

- реализация конституционно закрепленных прав на труд и отдых;
- охрана труда;
- охрана здоровья женщин и детей;
- организация общественного питания;
- организация льготного активного отдыха (дома отдыха, турбазы, пансионаты и санаторно-курортное лечение);
- развитие массовой физической культуры и спорта;
- материальное обеспечение в старости, в случае болезни, утраты трудоспособности;
- оздоровление окружающей среды;
- воспитание у людей сознательного отношения к сохранению и укреплению здоровья (гигиеническое воспитание, санитарное просвещение);
- разработка научных программ по экологии человека;
- бесплатное лечение;
- диспансеризация населения.

В проведении профилактических мероприятий основной фигурой является медицинский работник. Врачи должны видеть свою главную задачу не столько в лечении больных, сколько в профилактике болезней и поддержании здоровья населения. Говорят, что в Китае существовал древний обычай: платить врачу, только пока человек здоров. Если же человек заболел, то врач обязан был лечить пациента бесплатно.

Необходимо менять психологию медицинских работников, считающих порой профилактику и диспансеризацию второстепенной кампанией, отрывающей от «настоящего дела» – лечения больных. Такое отношение к диспансеризации и проведению профилактических мероприятий снижает их эффективность и дискредитирует систему. Уместно вспомнить слова великого русского клинициста Г.А. Захарьина, который в своей актовой речи «Здоровье и воспитание в городе и за городом» (1873) говорил: «Чем зрелее практический врач, тем более он понимает могущество гигиены и относительную слабость лекарственной терапии» [10].

Медицинские работники не только должны быть главной фигурой в проведении оздоровительных и профилактических мероприятий, но и уметь воспитать у своих пациентов убеждения в необходимости их использования.

Медицинские работники обязаны активно пропагандировать целесообразность предупредительной (профилактической) медицины, уметь отстаивать свои позиции в диспутах с представителями ненаучной, невежественной «медицины». «Все яснее и неопровержимее для меня становилось одно: медицина не может делать ничего иного, как только указывать на те условия, при которых единственно возможно здоровье и излечение людей; но врач – если он врач, а не чиновник врачебного дела, – должен прежде всего бороться за устранение тех условий, которые делают его деятельность бессмысленною и бесплодною; он должен быть общественным деятелем в самом широком смысле слова, он должен не только указывать, он должен бороться и искать путей, как провести свои указания в жизнь» (В. Вересаев).

В достижении успешной диспансеризации и обеспечении эффективной первичной и вторичной профилактики заболеваний важную роль играет хорошо организованная целенаправленная санитарно-просветительная работа.

Трудно переоценить значение активного участия в санитарно-просветительной работе средств массовой информации. Именно печать, кино, радио, телевидение должны вести пропаганду среди населения научных, медицинских и гигиенических знаний – эффективного средства воспитательного воздействия и поднятия уровня общей культуры, а также действенного фактора формирования здоровых отношений в быту, на производстве и в микросоциальной среде. Средства массовой информации должны сыграть большую роль в воспитании медицинской культуры человека, пропаганде здорового образа жизни.

Надо вести активную борьбу против тех преступных лиц, которые, пользуясь доверчивостью людей, предлагают им явно индифферентные, а порой небезразличные для здоровья человека средства как панацею против всевозможных заболеваний. Ведь такие невежественные люди (знахари, колдуны, маги и пр.), люди с низкой культурой наносят огромный нравственный урон обществу. О таких шарлатанах хорошо сказал Вольтер: «Каких ложных чудес не выдуманно! Какое множество ложных мучеников! С каким же намерением выдуманы все такие грубые обманы? С тем чтобы господствовать над разумом, чтобы нападать на легковерность невежд, чтобы похищать имения, чтобы воздвигать себе огромные здания продажею развалин бедных людей, чтобы повелевать».

К сожалению, многие люди еще верят в чудеса, забывая о том, что «чудо – событие, описанное людьми, услышавшими о нем от тех, кто его не видел» (Элберт Грин Хаббард). Легковерных людей часто обманывают. Кто ничего не знает, тот вынужден всему верить. Человека унижают страх, суеверие и идолопоклонство. Страх является причиной суеверия, которое ослабляет и оглушает человека. Предрассудок – дитя невежества, которое, в свою очередь, является причиной суеверия. «Чего

человек не знает, не сознает, всё то представляется ему страшным таинством: вот и являются колдуны, волшебники, злые духи, змеи-горынычи, зиланты, русалки и ведьмы» (В. Белинский). Вполне актуально звучат слова Шекспира: «Пора чудес прошла, и нам / Подыскивать приходится причины / Всему, что совершается на свете».

Надо помнить, что большим человеческим злом являются предрассудки и суеверие. Единственное лекарство против суеверия – это знания. «Философия и медицина сделали человека самым разумным из животных, гадание и астрология – самым безумным, суеверие – самым несчастным» (Диоген). Иранский учёный-энциклопедист, врач, алхимик и философ Абу Бакр Мухаммед ибн Закария Ар-Рази (латинизированное имя Разес, Rhazes, 865–925 гг.) оставил после себя множество работ по медицине. Он предупреждал о шарлатанстве в медицине: «Есть столько маленьких фокусов, которыми врачи-шарлатаны стараются импонировать легковерным, что их не перечесть и в целой книге... Большинство из больных и не догадывается, что их обманывают. Но иногда этот обман случайно обнаруживается, если только внимательно присматриваться. Не следует поэтому никогда рисковать своей жизнью, доверяясь шарлатанам и принимая от них лекарства, которые принесли несчастье стольким людям, легко поддавшимся обману».

Санитарное просвещение представляет совокупность образовательных, воспитательных, агитационных и пропагандистских средств (кино, радио, телевидение, печатное слово и др.), задача которых состоит в формировании у каждого человека, и прежде всего у молодежи, жизненной потребности в рациональном использовании всех условий для охраны и укрепления здоровья [4].

Требования к санитарному просвещению – актуальность, высокий научный характер, доступность, убедительность, дифференцированный подход к содержанию и методике самой пропаганды в зависимости от возраста, состояния здоровья, национальных особенностей, обычаев и традиций тех групп населения, среди которых

проводится эта работа. Несомненно, что эффективность использования профилактических и оздоровительных мероприятий во многом обусловлена сознательным отношением населения и активной его позицией. Каждый человек должен быть хозяином своего здоровья. Очевидна важная роль формирования у населения активной сознательной позиции в отношении здорового образа жизни, отказа от вредных привычек, нерациональных форм поведения для обеспечения высокого уровня здоровья, увеличения сроков продолжительности жизни и творческой активности. Активное грамотное участие каждого человека в сохранении здоровья – это признак культуры нации [7].

Помните слова известного врача древнего Востока Абу-ль-Фараджа, который, обращаясь к больному, говорил: «Смотри – нас трое: я, ты и болезнь. Поэтому, если ты будешь на моей стороне, нам будет легче одолеть ее одну. Но если ты перейдешь на ее сторону, я один не в состоянии буду одолеть вас обоих».

Контрольные задания

1. Охарактеризуйте «болезни цивилизации» и причины их развития.
2. Укажите основные факторы риска, особенности их развития и взаимодействия.
3. Определите задачи первичной профилактики заболеваний человека.
4. Выделите задачи вторичной профилактики заболеваний человека.
5. Назовите цели диспансеризации населения.
6. Охарактеризуйте мероприятия первичной профилактики.
7. Квалифицируйте условия, способствующие эффективности проводимых профилактических мероприятий.
8. Охарактеризуйте основные принципы профилактической медицины.

11. НОРМАТИВНО-УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов»

Аннотация рабочей программы дисциплины «Комплексная реабилитация больных и инвалидов»

В дисциплине «Комплексная реабилитация больных и инвалидов» изучаются основы современных научно обоснованных нормативов и рекомендаций, адаптированных к разным категориям населения для проведения реабилитационно-оздоровительных мероприятий. Кроме того, рассматриваются медицинская реабилитация в ее социальном значении; основные принципы и цели реабилитации; виды реабилитации; основные положения реабилитации; основные средства реабилитации, физическая реабилитация как составная часть медицинской трудовой и социальной реабилитации, средства физической культуры и спорта в системе реабилитации; социальные институты; организация и устройство реабилитационных центров; международная система организации реабилитации; МСЭК, структура и функции; комплексная и индивидуальная программа реабилитации; карта индивидуальной программы реабилитации.

Цель – ознакомить студентов с основами и принципами комплексной реабилитации больных и инвалидов, профилактическими мероприятиями оздоровительного и лечебно-восстановительного характера.

1. Задачи дисциплины

1. Исследовать организм человека и влияние на него различных природных и социальных факторов.
2. Сформировать знания организационно-методических аспектов первичной и вторичной профилактики.

3. Уяснить основы знаний об использовании профилактических и лечебных средств.

4. Изучить влияние внешней среды на состояние здоровья и работоспособность коллективов.

5. Ознакомить студентов с основами рационального питания, других компонентов здорового образа жизни.

6. Научить формировать здоровый образ жизни среди различных контингентов населения.

7. Ознакомить с разными видами комплексной реабилитации (социально-бытовой, социально-трудоустройственной).

2. Место дисциплины в структуре ООП ВПО

Данная дисциплина относится к вариативной части профессионального цикла основной образовательной программы.

Дисциплины, учебные курсы, на освоении которых базируется данная дисциплина: «Педагогика», «Адаптивный спорт в современной России», «Психология (общая и возрастная)», «Технология физкультурно-спортивной деятельности», «Специальная психология и специальная педагогика», «Биология с основами экологии».

Дисциплины, учебные курсы, для которых необходимы знания, умения, навыки, приобретаемые в результате изучения данной дисциплины: «Педагогика», «Адаптивный спорт в современной России», «Психология (общая и возрастная)», «Технология физкультурно-спортивной деятельности».

3. Компетенции, формируемые в результате изучения дисциплины

В результате изучения дисциплины студент формирует и демонстрирует следующие компетенции:

- (ОК-4) владение культурой мышления, способность к обобщению, анализу, восприятию информации, постановке цели и выбору путей ее достижения;

- (ОК-7) способность находить организационно-управленческие решения в нестандартных ситуациях и готовность нести за них ответственность;

- (ОК-12) использование основных положений и методов социальных, гуманитарных и экономических наук при решении социальных и профессиональных задач;
- (ПК-6) умение определять цели и задачи адаптивной физической культуры как фактора гармоничного развития личности, укрепления здоровья, физической реабилитации лиц с отклонениями в состоянии здоровья;
- (ПК-8) готовность применять в профессиональной деятельности современные средства, методы, приемы, технические средства для осуществления когнитивного и двигательного (моторного) обучения и оценивать состояние занимающихся;
- (ПК-15) умение проводить профилактическую работу по недопущению негативных социальных явлений в жизни лиц с отклонениями в состоянии здоровья;
- (ПК-16) умение формировать ценности адаптивной физической культуры, здорового образа жизни у лиц с отклонениями в состоянии здоровья, их способности вести самостоятельную жизнь, самосовершенствоваться и самоактуализироваться;
- (ПК-25) способность производить комплекс восстановительных мероприятий у лиц с отклонениями в состоянии здоровья после выполнения ими физических нагрузок;
- (ПК-27) знание компенсаторных возможностей оставшихся после болезни или травмы функций организма человека для наиболее типичных нозологических форм, видов инвалидности, различных возрастных и гендерных групп лиц с отклонениями в состоянии здоровья;
- (ПК-28) умение развивать оставшиеся после болезни или травмы функции организма человека с целью частичной или полной замены навсегда утраченных функций в результате того или иного заболевания и/или травмы;
- (ПК-32) умение проводить комплекс мероприятий по предупреждению прогрессирования основного заболевания (дефекта) организма лиц с отклонениями в состоянии здоровья (включая инвалидов).

В результате изучения дисциплины (учебного курса)
студент должен:

- **знать:**
 - сущность, функции, принципы, методические основы комплексной реабилитации больных и инвалидов;
 - роль и место адаптивной физкультуры (АФК) в реабилитационном процессе для конкретных (нозологических) форм инвалидности;
 - основные положения профилактической медицины, современный уровень её развития в нашей стране;
 - важнейшие факторы риска встречающихся заболеваний, способствующие развитию патологических процессов;
- **уметь:**
 - формулировать задачи, подбирать соответствующие средства и методы АФК в процессе реабилитации;
 - разрабатывать современные технологии применения физических упражнений и проводить занятия;
 - составлять программу профилактических мероприятий для больных и инвалидов с учетом их особенностей;
 - составлять содержание разделов АФК в комплексной и индивидуальной программах реабилитации;
 - применять практические навыки формирования ЗОЖ среди различных контингентов населения;
 - проводить занятия с учетом индивидуальных особенностей занимающихся разных возрастных групп;
- **владеть навыками:**
 - принятия организационно-управленческих решений в нестандартных ситуациях;
 - достижения должного уровня физической подготовленности, необходимого для освоения профессиональных умений и навыков в процессе обучения в вузе и для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности после окончания учебного заведения;

- применения в профессиональной деятельности современных средств, методов, приемов, технических средств для осуществления когнитивного и двигательного (моторного) обучения и оценки состояния занимающихся;
- проведения профилактической работы по недопущению негативных социальных явлений в жизни лиц с отклонениями в состоянии здоровья.

Общая трудоемкость дисциплины – 2 ЗЕТ.

Структура и содержание дисциплины (учебного курса) «Комплексная реабилитация больных и инвалидов»

Семестр изучения 1

Раздел, модуль	Виды учебной работы						Необходимые материально-технические ресурсы	Формы текущего контроля	Рекомендуемая литература (№)
	Аудиторные занятия (час.)			в том числе в интерактивной форме	Самостоятельная работа	в часах			
	лекций	лабораторных	практических						
Раздел 1. Основы профилактической медицины	2			Лекция	8	Реферат	Проектор	Написание реферата	1, 2
	2			Лекция		Самостоятельная работа	Аудио-визуальное оборудование	Устный ответ	3, 4
Раздел 1. Основы профилактической медицины	2			Лекция	8	Реферат	Проектор	Написание реферата	5

Раздел, модуль	Подраздел, тема	Виды учебной работы						Необходимые материально-технические ресурсы	Формы текущего контроля	Рекомендуемая литература (№)
		Аудиторные занятия (час.)			Самостоятельная работа	в часах	формы организации самостоятельной работы			
		всего	в том числе в интерактивной форме	формы проведения лекций, лабораторных, практических занятий, методы обучения						
	Профилактическое направление, пути развития, принципы и задачи	2			Круглый стол по предстоящим темам		Самостоятельная работа	Аудиовизуальное оборудование	Тестирование	6
		2			Лекция		Самостоятельная работа	Аудиовизуальное оборудование	Опрос по теме	7
		2			Лекция		Составление таблиц	Компьютерная техника	Опрос по теме	8
Раздел 2. Наследственные факторы	Лечебно-профилактические мероприятия при наследственной патологии									

Раздел, модуль	Виды учебной работы						Необходимые материалы, технические ресурсы	Формы текущего контроля	Рекомендуемая литература (№)			
	Аудиторные занятия (час.)			Самостоятельная работа								
	всего	лекции	лабораторных практик	в том числе в интерактивной форме	формы проведения лекций, лабораторных, практических занятий, методы обучения	в часах				формы организации самостоятельной работы		
											формы проведения лекций, лабораторных, практических занятий, методы обучения	
Раздел 3: Нервный стресс	2				Лекция		Составление таблиц	Компьютерная техника	Опрос по теме	8		
	2				Лекция		Составление таблиц	Аудиовизуальное оборудование	Опрос по теме	7, 8		
	2				Круглый стол по предстоящим темам		Самостоятельная работа	Проектор	Опрос по теме	7, 8		

Раздел, модуль	Подраздел, тема	Виды учебной работы						Необходимые материально-технические ресурсы	Формы текущего контроля	Рекомендуемая литература (№)
		Аудиторные занятия (час.)			Самостоятельная работа					
		всего	в том числе в интерактивной форме	формы проведения лекций, лабораторных, практических занятий, методы обучения	в часах	формы организации самостоятельной работы				
						лекций	лабораторных практичек			
Раздел 4. Практические занятия	Основы и принципы профилактической медицины		2	Выполнение практического задания № 1		Самостоятельная работа	Проектор	Проверка практических заданий		
	Краткий исторический очерк развития учения о питании в России		2	Выполнение практического задания № 2		Составление таблиц		Проверка практических заданий	7, 8	
	Основные принципы, составляющие суть рационального питания		2	Выполнение практического задания № 3		Реферат	Компьютерная техника	Проверка практических заданий	7	
	Физиологическое значение белков, жиров, углеводов		2	Выполнение практического задания № 4		Составление таблиц	Аудиовизуальное оборудование	Проверка практических заданий	7, 8	

Раздел, модуль	Подраздел, тема	Виды учебной работы						Необходимые материально-технические ресурсы	Формы текущего контроля	Рекомендуемая литература (№)
		Аудиторные занятия (час.)			Самостоятельная работа					
		лекции	лабораторных практик	в том числе в интерактивной форме	формы проведения лекций, лабораторных, практических занятий, методы обучения	в часах	формы организации самостоятельной работы			
лекции	практик							всего		
	Медицинская реабилитация			2	Выполнение практического задания № 5	8	Реферат	Проверка практических заданий	7, 8	
	Лечебно-профилактические мероприятия при агрессии ксенобиотиков			2	Выполнение практического задания № 6		Самостоятельная работа	Проверка практических	7, 8	
	Физическая реабилитация			2	Выполнение практического задания № 7		Составление таблиц	Проверка практических заданий	1, 2	

Раздел, модуль	Виды учебной работы							Необходимые материально-технические ресурсы	Формы текущего контроля	Рекомендуемая литература (№)
	Аудиторные занятия (час.)									
	лекций	лабораторных практичек	в том числе в интерактивной форме	формы проведения лекций, лабораторных, практических занятий, методы обучения	Самостоятельная работа					
					в часах	формы организации самостоятельной работы	в часах			
в часах								в часах	в часах	
Подраздел, тема				2	Выполнение практического задания № 8	6	Реферат	Аудиовизуальное оборудование	Проверка практических заданий	7, 8
				2	Выполнение практического задания № 9		Самостоятельная работа	Аудиовизуальное оборудование	Проверка практических заданий	1, 2
Итого	18			18		36				
	72									

Примерная тематика письменных работ (курсовых, рефератов, контрольных, расчетно-графических и др.)

1. Состояние психоэмоциональной сферы человека в условиях профилактических действий (ландшафт-терапия, юмор, лечение цветом).
2. Основные рекомендации по рациональному применению физических тренировок.
3. Здоровый образ жизни человека.
4. Малоподвижный образ жизни как фактор риска заболеваний человека.
5. Основные принципы рационального питания, значение белков, жиров, углеводов.
6. Причины развития заболеваний, обусловленные нерациональным питанием.
7. Активный отдых человека как основное средство профилактики переутомления.
8. Физиологическое обоснование рационального режима труда, отдыха и питания.
9. Загрязнение воздуха и системы его очистки.
10. Лечебно-профилактическое питание и продолжительность жизни человека.
11. Профилактические мероприятия при загрязнении почвы и пищевых продуктов.
12. Источники загрязнения внешней среды и их влияние на состояние здоровья человека.
13. Лечебно-профилактические мероприятия при ожирении.
14. Влияние ожирения на функции внутренних органов и физиологические системы.
15. Особенности реабилитации инвалидов.

Вопросы к экзамену (зачету)

1. Охарактеризуйте мероприятия первичной профилактики.
2. Биологические факторы внешней среды и профилактики заболеваний.
3. Условия, способствующие эффективности проводимых профилактических мероприятий.

4. Механизмы передачи наследственной информации.
5. Какова суть болезней с наследственным предрасположением.
6. Определение сущности эмоционального стресса.
7. Механизмы образования стрессовых реакций.
8. Рассказать о стадиях формирования адаптационного синдрома.
9. Стресс-фактор риска развития заболеваний.
10. Причины развития гипокинезии.
11. Влияние физических тренировок на организм человека.
12. Виды рациональных физических нагрузок.
13. Цели и задачи рационального питания.
14. Физиологическое значение белков, жиров, углеводов.
15. Заболевания, обусловленные нерациональным питанием.
16. Основные группы загрязнителей (ксенобиотиков) внешней среды.
17. Лечебно-профилактические мероприятия при агрессии ксенобиотиков.
18. Цели лечебно-профилактического питания.
19. Физиологическое обоснование рационального режима труда, отдыха и питания.
20. Виды активного отдыха и их влияние на здоровье человека.
21. Влияние курения и алкоголя на состояние здоровья человека.
22. Причины развития ожирения.
23. Влияние ожирения на функции внутренних органов и физиологических систем.
24. Лечебно-профилактические мероприятия при ожирении.
25. Определение целей и задач реабилитации.
26. Задачи и содержание медицинской реабилитации.
27. Задачи и содержание психологической реабилитации.
28. Основные принципы реабилитации.

29. Особенности реабилитации инвалидов.
30. Механизмы лечебного эффекта диетотерапии. Лечебные свойства овощей, фруктов, ягод.
31. Основные принципы лечебного питания.
32. Значение культуры для профессиональной деятельности реабилитолога.
33. Основы и принципы профилактической медицины.
34. История развития профилактического направления.
35. Охарактеризуйте болезни цивилизации и причины их развития.
36. Дайте характеристику основных факторов риска, особенностей их развития и взаимодействия.
37. Определите задачи первичной профилактики заболеваний человека.
38. Определите задачи вторичной профилактики заболеваний человека.
39. Назовите цели диспансеризации населения.
40. Социокультурная реабилитация.

12. Тесты

1 вариант

1. Чем характеризуются наследственные болезни?
 - а) это отклонения в организме человека, носящие временный характер
 - б) характеризуются внезапным проявлением болезни и не передаются следующим поколениям
 - в) это заболевания человека, обусловленные генными или хромосомными мутациями. Различают хромосомную и внехромосомную наследственность

2. В чем заключается реабилитация больных?
 - а) это многоплановый, неразрывный процесс реабилитационных мероприятий
 - б) основное направление – лечебная физкультура
 - в) в целом комплексе мероприятий, направленных на восстановление организма человека, включающем медикаментозное лечение, лечебную физкультуру, физиотерапию

3. В чем заключается первичная профилактика?
 - а) это система социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мер, направленных на предотвращение заболеваний путем устранения условий их возникновения
 - б) осуществление медицинского ухода за больными после перенесенного заболевания
 - в) мероприятия, направленные на предупреждение обострений и осложнений уже сформировавшихся хронических заболеваний

4. Кто являлся основоположником научной гигиены в XIX в?
 - а) М. Петтенкоффер, Э. Паркс
 - б) А.В. Мольков
 - в) А.А. Минх

5. Какие болезнетворные возбудители находятся во внешней среде?

- а) возбудители малярии
- б) вирус иммунодефицита человека
- в) возбудители инфекционных болезней: бактерии, вирусы, риккетсии

6. Эпидемия характеризуется:

- а) широким распространением среди населения инфекционных заболеваний, которые охватывают большие группы людей, связанных между собой цепью заражения
- б) чрезвычайно широким распространением инфекционных заболеваний, охватывающих целые континенты или весь земной шар
- в) систематическим возникновением среди населения каких-либо инфекционных заболеваний, связанным главным образом с местными условиями

7. Пути распространения СПИДа:

- а) через больных людей, через кровь и секрет половых органов
- б) при рукопожатии
- в) через поцелуи

8. Диспансеризация – это

- а) система социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мер
- б) профилактическая направленность в единстве лечебных просветительно-оздоровительных комплексов
- в) комплекс мероприятий, направленных на укрепление нервной системы человека

9. Мутации – это

- а) изменение наследственного вещества, передающееся по наследству
- б) изменения временного характера
- в) изменение одного хромосомного компонента

10. Гипокинезия – это
- снижение двигательной активности
 - недостаток кислорода
 - активное использование физических упражнений

1 вариант

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
А			*	*	*	*	*		*	*
Б								*		
В	*	*								

2 вариант

- Свойства ксенобиотиков:
 - загрязнение окружающей среды
 - улучшение пищевых качеств продуктов
 - улучшение питательных свойств продуктов

- Что такое ожирение?
 - заболевание, при котором происходит жиронакопление
 - излишняя масса тела
 - незначительное лишняя масса тела

- Реабилитация – это
 - комплекс медицинских, педагогических, профессиональных мер направленных на восстановление функций организма
 - восстановление здоровья, трудоспособности только средствами ЛФК
 - восстановление и укрепление здоровья

- Медицинская реабилитация – это
 - ранняя диагностика болезни
 - благоприятное влияние на регуляторные системы
 - тренировка мышц, в том числе сердечной

5. Физическая реабилитация – это
- а) нормализация нарушенных функций
 - б) своевременная госпитализация
 - в) ранняя диагностика болезни
6. К чему приводит гипокинезия?
- а) к ухудшению функциональных показателей организма
 - б) улучшению функций органов и систем
 - в) повышению функциональных возможностей организма
7. Принцип лечебного питания включает:
- а) рациональное питание
 - б) потребление большого количества углеводов
 - в) питание без строгого соблюдения режима
8. Принципы врачебной этики
- а) гуманное отношение к больному, сохранение врачебной тайны
 - б) своевременная госпитализация
 - в) восстановление профессиональной деятельности пациента
9. Контингентом первичной профилактики являются:
- а) здоровые люди
 - б) пациенты с хроническими заболеваниями
 - в) хронически больные в стадии обострения
10. Какое влияние оказывает гипокинезия на организм человека?
- а) благотворное влияние на деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной систем
 - б) недостаточно развиваются физические качества (сила, быстрота, ловкость, выносливость)
 - в) особых изменений не наблюдается, организм развивается динамично

2 вариант

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
А	*		*		*	*		*	*	
Б		*								*
В				*			*			

3 вариант

1. Белки – это
 - а) важнейшие пищевые вещества, выполняющие роль пластического материала
 - б) вещества, выполняющие в организме разнообразные и сложные физиологические функции, в том числе доставку энергии
 - в) основной источник энергии организма

2. Реадаптация – это
 - а) адаптация реабилитанта на прежнем рабочем месте
 - б) работа на новом месте с измененными условиями труда
 - в) работа на новом рабочем месте в соответствии с приобретенной новой квалификацией

3. Как распределяется калорийность суточного рациона у спортсменов?
 - а) завтрак 20–25%, обед 25–30%, полдник 10%, ужин 15–20%
 - б) завтрак 15–20%, обед 40–45%, полдник 5%, ужин 10–15%
 - в) завтрак 25–30%, обед 30–35%, полдник 15%, ужин 25–30%

4. Основные методы психической реабилитации:
 - а) психопрофилактика, лечение трудом
 - б) определение прогноза лечения болезни
 - в) своевременная госпитализация

5. Основы медицинской реабилитации:

- а) своевременная госпитализация, ранее комплексное лечение
- б) благоприятное влияние на регуляторные системы
- в) адаптация реабилитанта на прежнем рабочем месте

6. Основные принципы реабилитации:

- а) психогигиена
- б) комплекс различных реабилитационных мероприятий с участием медицинских работников, психологов, педагогов
- в) преодоление отрицательных реакций со стороны психики

7. Разгрузочная диетическая терапия подразумевает:

- а) включение в рацион овощей и фруктов преимущественно в сыром виде
- б) исключение из питания продуктов животного происхождения
- в) пониженное содержание белков, жиров, углеводов

8. Какую функцию выполняют минеральные соли?

- а) важнейшие пищевые вещества, выполняющие роль пластического материала
- б) основной источник энергии организма
- в) играют исключительно важную роль в регуляции обменных процессов и важнейших функций организма человека

9. Деонтология – это

- а) совокупность этических норм выполнения медработниками своих профессиональных обязанностей
- б) философская наука, изучающая вопросы морали и нравственности
- в) диета, исключаящая из питания продукты животного происхождения

10. Знаменитый арабский врач XI века

а) Алишер Навои

б) Ибн Сина

в) Махмуд Ахмадинежад

3 вариант

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
А	*			*	*		*		*	
Б		*				*				*
В			*					*		

13. Словарь терминов

Адаптация (от лат. *adaptatio* – приспособление) – процесс приспособления организма, его функциональных систем, органов и тканей к меняющимся условиям внешней среды, направленный на сохранение относительного постоянства внутренней среды организма – гомеостаза.

Акклиматизация – приспособление человека к новым, непривычным климато-географическим условиям среды.

Акселерация – ускорение роста и физического развития детей и подростков.

Акупрессура (*давление, нажим*) – метод рефлексотерапевтического воздействия пальцами на биологически активные точки (БАТ).

Анамнез – совокупность сведений о больном, история его болезни и жизни, сообщаемая самим больным или знающими его людьми.

Анемия – уменьшение количества эритроцитов со снижением содержания гемоглобина в крови.

Анестезия – потеря, утрата того или иного вида чувствительности. Существует анестезия тактильная, болевая (анальгезия), температурная (терманестезия), суктанно-мышечная (батиданестезия) и т. д.

Анкилоз – костное или соединительнотканное сращение суставных поверхностей, приводящее к неподвижности в суставе.

Аппетит – эмоциональное ощущение, связанное со стремлением к потреблению пищи.

Асимметрия – отсутствие или нарушение симметрии.

Астенический синдром – повышенная утомляемость, истощенность, ослабление или утрата способности к большому физическому или психическому напряжению.

Атрофия (от лат. *atrophia* – голодание) – уменьшение в объеме и размерах органов и тканей вследствие гибели клеточных и тканевых элементов в результате какого-либо патологического процесса, при котором либо

нарушается питание тканей, либо на длительное время снижается их функциональная активность.

Афферентация (от лат. *afferens, afferentis* – приносящий) – поток нервных импульсов, поступающих от экстеро- и интерорецепторов в ЦНС.

Афферентные пути – волокна восходящих проводящих путей ЦНС.

Бесплодие – отсутствие на протяжении двух и более лет беременности у женщины, регулярно живущей половой жизнью без применения противозачаточных средств.

Вакцины – препараты, приготовленные из убитых или ослабленных болезнетворных микроорганизмов, а также из обезвреженных токсинов.

Вентральный (от лат. *venter* – «живот») – передний, брюшной.

Висцеральный – внутренний.

Витаминная недостаточность (авитаминозы, гиповитаминозы) – группа заболеваний, развивающихся при недостаточном поступлении в организм одного или нескольких витаминов или полном отсутствии их в пище.

Вывихи – полное смещение суставных поверхностей костей за пределы физиологической нормы.

Гемартроз – кровоизлияние в полость сустава.

Гематурия – наличие эритроцитов в моче.

Гемолиз – процесс разрушения эритроцитов, при котором гемоглобин выходит из них в плазму.

Геморрагия – истечение крови из сосудов в окружающие ткани.

Генез – происхождение и последующее развитие.

Гиперестезия (hyperaesthesia; греч. hyper – чрезмерно, aisthesis – ощущение, чувство) – повышенная кожная чувствительность.

Гиперкинез – избыточное движение

Гипестезия – неполная утрата, понижение чувствительности, уменьшение интенсивности ощущений. Полная потеря чувствительности называется анестезией.

Гипоксемия – снижение содержания и парциального давления кислорода в крови.

Гипоксия (от греч. *huro* – ниже и лат. *oxygenium* – кислород) – понижение содержания кислорода в тканях или крови (гипоксемия).

Головная боль – один из наиболее часто встречающихся симптомов различных заболеваний.

Гомеостаз (ис) (от греч. *homoios* – подобный и *stasis* – состояние) – способность системы к адекватному поведению.

Гормональная регуляция – регуляция жизнедеятельности организма или его отдельных систем, осуществляемая с помощью гормонов.

Гуморальная регуляция организма – регуляция жизнедеятельности органов и систем, осуществляемая биологически активными веществами, растворенными в жидких средах организма.

Дегенерация – перерождение и изменение структуры ткани, при которых уменьшается ее жизнеспособность и ухудшается функция.

Декомпенсация – недостаточность или срыв механизмов восстановления функциональных нарушений и структурных дефектов организма.

Депонирование крови – накопление крови, временно не участвующей в циркуляции, в отдельных сосудистых регионах.

Десинхроноз – болезненное состояние, возникающее у человека при изменении привычного ритма сна и бодрствования при смене временных поясов (трансмеридиальные перелеты).

Диагноз – медицинское заключение о состоянии здоровья обследуемого, об имеющемся заболевании (травме) или о причине смерти, выраженное в терминах, обозначающих названия болезней (травм), их формы, варианты течения и т. п.

Дисбактериоз кишечный – синдром, характеризующийся нарушением подвижного равновесия микрофлоры, в норме заселяющей кишечник.

Дистальный – находящийся в удалении от туловища.

Дорсальный (от лат. *dorsum* – спина) – задний, спинной.

Дыхательная функция кожи – способность кожных покровов осуществлять газообмен между организмом и окружающей средой.

Иммобилизация – создание неподвижности при различных повреждениях и заболеваниях.

Иммунитет – комплекс реакций, направленных на защиту организма от инфекционных агентов и чужеродных веществ.

Интероцепторы – вид чувствительности, воспринимающий раздражение от внутренних органов.

Ишемия – уменьшение притока крови к органу.

Каудальный (от лат. *cauda* – хвост) – относящийся к нижней части туловища.

Колика – внезапный приступ резких схваткообразных болей, возникающий при заболеваниях органов брюшной полости и почек; обусловлен длительным судорожным спазмом мышц этих органов.

Контрактура – резкое ограничение пассивной подвижности в суставе. Контрактура может быть вызвана различными причинами: состоянием мышц, образованием рубцов, изменениями в тканях сустава и др.

Краниальный (от лат. *cranium* – череп) – расположенный ближе к голове.

Кризисы – внезапное резкое ухудшение состояния больного, возникающее на фоне имеющегося заболевания.

Кутанный (от лат. *cutis* – кожа) – кожный.

Латеральный (боковой) – расположенный на удалении от срединной (сагиттальной) плоскости.

Мастопатия – дисгормональное заболевание молочной железы.

Медиальный (средний) – лежащий ближе к срединной плоскости.

Метаболизм – обмен веществ.

Метаболиты – вещества, образовавшиеся в организме в результате различных биохимических реакций в процессе обмена веществ.

Метамер – сегмент тела, иннервация которого обеспечивается определенным сегментом спинного мозга. В состав метамера входят фрагменты костей (склеротом), мышц (миотом), кожи (дерматом).

Метеоризм (от греч. *meteorismós* – вздутие) – вздутие живота из-за избыточного скопления газов в пищеварительном тракте.

Микроциркуляция крови – кровообращение в системе капилляров, артериол, венул.

Миокардит – воспаление сердечной мышцы – миокарда.

Мотонейрон (от лат. *motor* – приводящий в движение) – крупные нервные клетки в передних рогах спинного мозга. Мотонейроны называют по той мышце, которую они иннервируют (икроножные, полусухожильные, четырехглавые и т. п.).

Обмен веществ (метаболизм) (от греч. *metabole* – изменение, превращение) – совокупность химических и физических превращений, происходящих в организме и обеспечивающих его жизнедеятельность во взаимосвязи с внешней средой. Состоит из процессов ассимиляции и диссимиляции.

Обморок – внезапная кратковременная потеря сознания вследствие недостаточного кровоснабжения мозга.

Общий адаптационный синдром – общая системная реакция организма, развивающаяся в ответ на воздействие разнообразных раздражителей (стрессоров): охлаждение, перегревание, боли, мышечное и психическое напряжение, недостаток кислорода и др.

Одышка – нарушение частоты, ритма и глубины дыхания, сопровождающееся, как правило, ощущением недостатка воздуха.

Отеки – избыточное скопление жидкости в тканях и полостях организма.

Паравертебральная область (от лат. *para* – около, *vertebra* – позвонок – область между лопаточной и задней срединной линиями (соответствует верхушкам поперечных отростков позвонков).

Паралич – полная потеря способности производить произвольные движения.

Парастезия – ненормальное ощущение, испытываемое без получения раздражения.

Парез – резкое снижение возможности полноценно выполнять произвольные движения.

Пастозность – разлитая припухлость и уменьшение эластичности участка кожных покровов.

Патогенез – механизм возникновения и развития болезни.

Патология – наука о болезнях, болезненных состояниях организма.

Периартикулярные ткани – ткани, окружающие сустав.

Периостит – воспаление надкостницы.

Перкуссия – простукивание.

Проксимальный – расположенный ближе к началу конечности, к центру тела.

Проприорецепторы – вид чувствительности, воспринимающей раздражение, возникающее внутри организма.

Реабилитация (от лат. *rehabilitatio* – восстановление) – лечебно-восстановительные мероприятия. Медицинская реабилитация – комплекс мероприятий по восстановлению утраченных или ослабленных функций организма в результате повреждений, заболеваний или функциональных расстройств; спортивная реабилитация – восстановление организма после тренировочных (соревновательных) нагрузок (перегрузок).

Реактивность – способность организма отвечать определенным образом на действие различных раздражителей.

Реанимация (оживление) – комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление угасающих или угасших функций организма. К реанимационным мероприятиям могут быть отнесены искусственное дыхание, непрямой (наружный) массаж сердца и др.

Регенерация (от лат. *regeneratio* – возрождение, восстановление) – обновление структур, которые были утрачены

в результате патологических процессов. Различают два вида регенерации: 1) физиологическую – восстановление структур, отмирающих в процессе нормальной жизнедеятельности организма; 2) репаративную – восстановление после повреждений. Регенерация обеспечивает широкий диапазон приспособительных реакций организма, являясь структурной основой жизнедеятельности организма в норме и патологии.

Релаксация (от лат. *relaxation* – ослабление, уменьшение) – снижение тонуса скелетной мускулатуры.

Рефлекс(ы) (от лат. *reflexus* – повернутый назад, отраженный) – возникновение, изменение или прекращение функциональной активности органов, тканей или целостного организма, осуществляемое при участии ЦНС в ответ на раздражение рецепторов организма.

Рефлекторная дуга – совокупность образований, необходимых для осуществления рефлекса; состоит из рецептора, афферентного звена, центрального звена и эффектора. Рефлекторная дуга начинается с действия раздражителя на рецептор или рецепторы, в которых возникает возбуждение. Затем оно передается по афферентным волокнам (афферентное звено) и ЦНС (центральное звено), где переключается на афферентные нейроны (афферентное звено), наконец, по афферентным нервным волокнам возбуждение достигает эффекторов (например, мышцы), где заканчивается действием (например, сокращением мышцы). Возбуждение одних нервных клеток передается на другие через синапсы.

Рецептивное поле (лат. *recipio, receptum* – брать, принимать), синоним – рецепторное поле – область, занимаемая совокупностью всех рецепторов, стимуляция которых приводит к изменению активности определенного элемента: афферентного волокна или сенсорного нейрона. Понятие рецептивного поля используется для обозначения зоны расположения чувствительных элементов, стимуляция которых приводит к возникновению рефлекса.

Рецептор(ы) (лат. *receptio, receptum* – брать, принимать) – высокоспециализированное образование, способное воспринимать, трансформировать и подавать энергию внешнего стимула в нервную систему. Рецептором может являться как концевой участок дендрита сенсорного нейрона, так и весь сенсорный нейрон. Рецепторы подразделяются в зависимости от типа адекватного для них воздействия (механо-, хеморецепторы), а также по эффектам их стимуляции (ноцицепторы, рецепторы тепловые, холодовые, тактильные, давления и т. д.).

Рецепция (от лат. *receptio* – прием, принятие) – процесс восприятия (приема) и трансформации энергии внешнего по отношению к нервной системе стимула в энергию метаболических процессов, приводящих к возникновению в нервном субстрате электрических потенциалов. Протекает в специализированных образованиях – рецепторах.

Реципрокная иннервация – иннервация антагонистических групп мышц и мышц, симметрично расположенных на другой половине тела.

Сагиттальная линия (от лат. *sagitta* – стрела) – линия, вертикально рассекающая тело спереди назад.

Сегмент спинного мозга – участок спинного мозга, дающий начало паре спинномозговых нервов и иннервирующий определенный метамер тела.

Сегментарная иннервация (от лат. *segmentum* – отрезок, кусок) – иннервация определенного участка кожи тела и определенных скелетных мышц каждой парой спинномозговых корешков и каждым черепно-мозговым нервом. Нервные волокна парами задних корешков идут к рецепторам не только «своего» метамера, но также выше и ниже – в соседние метамеры.

Сепсис – развитие в крови или внутренних органах микроорганизмов, вызывающих общее тяжелое инфекционное заболевание.

Синдром – симптомокомплекс.

Система крови – органы кроветворения, периферическая кровь. Регулируют эти процессы нейрогуморальные механизмы.

Стресс – состояние общего напряжения организма, возникающее под действием чрезвычайного раздражителя.

Судороги – внезапные произвольные сокращения мышц.

Тейп (от англ. *tape* – лента) – пластырь, функциональная повязка, применяется в кинезиологическом тейпировании, фиксирует и одновременно активирует мышцы.

Температура тела – комплексный показатель теплового состояния организма человека.

Терморегуляция – процесс поддержания температуры тела в определенных границах, обеспечивающий нормальное протекание жизненных функций независимо от колебаний температуры внешней среды.

Терренкур – дозированные пешеходные прогулки по специальному маршруту с лечебными целями.

Тонус мышечный (от греч. *tonos* – натяжение, напряжение) – длительное стойкое возбуждение нервных центров и мышечной ткани, не сопровождающееся утомлением.

Тремор (от лат. *tremor* – дрожание) – гиперкинез, проявляющийся произвольными, стереотипными, ритмичными колебательными движениями всего тела или его частей.

Трофика (от греч. *trophe* – питание) – совокупность обменных процессов, лежащих в основе клеточного питания и обеспечивающих сохранение структуры и функции тканей и органа.

Трофическая функция организма – функция, обеспечивающая полноценное течение процессов обмена веществ, питания тканей, сохранение структуры и функции ткани или органа.

Утомление – сложный психофизиологический процесс временного снижения работоспособности, вызванный расстройством координационной функции ЦНС в результате работы.

Физическая работоспособность (от англ. *physical working capacity* – PWC) – определенное состояние организма, позволяющее выполнить тот или иной объем физической работы.

Фронтальная (от лат. *frons* – лоб) – плоскость, перпендикулярная к сагиттальной.

Эксудат – воспалительный выпот (например, в плевру, брюшную полость и др.).

Экстремальное воздействие (от лат. *extremum* – крайнее) – крайняя степень раздражения.

Эмоция – отражение мозгом человека какой-либо актуальной потребности и вероятности (возможности) ее удовлетворения.

Энурез – непроизвольное мочеиспускание во сне.

Эритропоэз – процесс образования эритроцитов в организме.

Эфферентные пути (лат. *efferens, efferentis* – выносящий) – волокна нисходящих проводящих путей ЦНС. Импульсы по эфферентным путям идут от высших отделов мозга и передаются на эффекторные нейроны спинного мозга – мотонейроны и нейроны, аксоны которых образуют преганглионарные волокна, откуда по эфферентным нервам достигают исполнительных органов.

Библиографический список

1. Батарова, Т.М. Здоровьесберегающие коммуникативные технологии : учеб.-метод. пособие / Т.М. Батарова. – Тольятти : ТГУ, 2005. – 63 с.
2. Боголюбов, В.М. Медицинская реабилитация: в 3 кн. / В.М. Боголюбов. – М. : Бином, 2010. – Кн. 1. – 416 с.
3. Верхало, Ю.Н. Тренажеры и устройства для восстановления здоровья и рекреации инвалидов / Ю.Н. Верхало. – М. : Советский спорт, 2004. – 536 с.
4. Власов, В.Н. Основы медицинских знаний : учеб.-метод. пособие для студ. дн. отд. / В.Н. Власов. – Тольятти : ТГУ, 2004. – 50 с.
5. Данилов, Ю.Е. Современные проблемы медицинской и социальной реабилитации / Ю.Е. Данилов. – М. : ФиС, 2003. – 97 с.
6. Дубровский, В.И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия) : учеб. для студ. высш. учеб. заведений / В.И. Дубровский. – М. : ВЛАДОС, 2001. – 608 с.
7. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура : учеб. пособие / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М. : Советский спорт, 2000. – 240 с.
8. Евсеев, С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : в 2 т. / под общ. ред. Евсеева С.П. – М. : Советский спорт, 2002. – Т. 1. – 448 с.
9. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов : учебник / В.А. Лисовский [и др.]. – М. : Советский спорт, 2004. – 320 с.
10. Храпылина, Л.П. Реабилитация инвалидов / Л.П. Храпылина. – М. : Экзамен, 2006. – 416 с.
11. Частные методики адаптивной физической культуры : учеб. пособие / под ред. Шапковой Л.В. – М. : Советский спорт, 2003. – 464 с.
12. Юмашев, Г.С. Основы реабилитации / Г.С. Юмашев, К. Ренкер. – М. : Медицина, 1973. – 112 с.

Содержание

Введение	3
1. Основы и принципы реабилитации	5
2. Социокультурная реабилитация инвалидов	10
3. Основные технологии социокультурной реабилитации	22
4. Профессиональная реабилитация инвалида: сущность и содержание	28
5. Специфические особенности некоторых параметров трудового процесса для инвалидов – работников интеллектуального труда	37
6. Медицинская реабилитация	49
7. Физическая реабилитация	51
8. Психологическая реабилитация	55
9. Другие аспекты реабилитации	59
10. Особенность профилактического направления	69
11. Нормативно-учебная программа по дисциплине «Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов»	93
12. Тесты	107
13. Словарь терминов	114
Библиографический список	124

Учебное издание

Горелик Виктор Владимирович

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА
ЗАБОЛЕВАНИЙ И РЕАБИЛИТАЦИЯ
БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ

Учебное пособие

Редактор *О.И. Елисеева*
Технический редактор *З.М. Малявина*
Компьютерная верстка: *И.И. Шишкина*
Дизайн обложки: *Г.В. Карасева*

Подписано в печать 05.12.2012. Формат 60×84/16.

Печать оперативная. Усл. п. л. 7,32.

Тираж 50 экз. Заказ № 1-86-11.

Издательство Тольяттинского государственного университета
445667, г. Тольятти, ул. Белорусская, 14

