

Медицинские аспекты инвалидности.

1.Понятие инвалидности, «ограничение жизнедеятельности»

3 декабря во всем мире отмечают **Международный день инвалидов**. Он установлен в соответствии с *резолюцией Генеральной ассамблеи ООН от 14 октября 1992 года* с целью повышения осведомленности и мобилизации поддержки вопросов включения людей с инвалидностью в общественные структуры и в процессы развития.

Социально-экономическое значение инвалидности состоит в том, что она наносит огромный ущерб здоровью населения в основном трудоспособного возраста, снижает уровень производительных сил и приводит к серьезным экономическим и демографическим последствиям.

Инвалид - лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Инвалидность - социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности - отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья, которое характеризуется ограничением способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучение и трудовую деятельность.

Степень ограничения жизнедеятельности - величина отклонения от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья.

Все инвалиды по разным основаниям делятся на несколько групп:

1. По возрасту — дети-инвалиды, инвалиды-взрослые.

2. По происхождению инвалидности: инвалиды с детства, инвалиды войны, инвалиды труда, инвалиды общего заболевания.

3. Степени утраты трудоспособности: инвалиды I группы (нетрудоспособные), инвалиды II группы (временно нетрудоспособные или трудоспособные в ограниченных сферах), инвалиды III группы (трудоспособные в щадящих условиях труда).

1 группа инвалидности устанавливается лицам, у которых вследствие стойких и тяжелых нарушений функций организма наступила полная постоянная или длительная потеря трудоспособности, нуждающимся в повседневном, систематическом уходе, помощи или надзоре.

2 группа инвалидности устанавливается лицам, которым все виды труда на длительный период противопоказаны вследствие возможности ухудшения течения заболевания под влиянием трудовой деятельности.

3 группа инвалидности устанавливается при необходимости по состоянию здоровья значительных изменений условий работы.

Основанием для определения инвалидности является сочетание трех факторов: нарушение функций организма, стойкое ограничение жизнедеятельности, социальная недостаточность.

4. По характеру заболевания инвалиды могут относиться к мобильным, маломобильным или неподвижным группам.

➤ **Причины утраты трудоспособности:**

Инвалидность вследствие общего заболевания ;

➤ Инвалидность вследствие профессионального заболевания;

➤ Инвалидность вследствие трудового увечья;

- Инвалидность с детства;
- Инвалидность до начала трудовой деятельности;
- Инвалидность у бывших военнослужащих.

2. Структура инвалидности

По данным Федерального реестра инвалидов, по состоянию на 1 октября 2019 года в Российской Федерации насчитывается 11,95 млн инвалидов, в том числе 679,9 тыс. детей-инвалидов. Не все лица с ограниченными физическими возможностями проходят врачебную комиссию: у одних инвалидность вообще не определяется, у других - теряется. Не могут быть на учёте и все дети инвалиды.

Согласно Федеральному реестру инвалидов, среди взрослых женщин-инвалидов больше (57%), чем мужчин (порядка 43%).

Больше всего в стране инвалидов **II группы (порядка 5,2 млн)**, III группа инвалидности установлена 4,5 млн человек, I группа - у порядка 1,4 млн человек.

Основные причины инвалидности:

- "общее заболевание" (85%)
- "инвалид с детства" (10,4%)
- трудовые увечья составляют 1,4%,
- "заболевания в период военной службы" - 1,1%,
- военные травмы - 0,5%,
- остальное приходится на "прочие причины".

Почти 7 млн инвалидов относятся к возрастной группе свыше 60 лет, еще 1,8 млн входят в группу 51-60 лет, свыше 1 млн - в группу 41-50 лет.

Численность детей инвалидов

Девочки - 306 190 чел. -42% в общей численности детей-инвалидов

Мальчики - 415 605 чел. - 58% в общей численности детей-инвалидов

Доля в общей численности инвалидов

Дети-инвалиды – 5,9 %

Инвалиды – 94,1%

3. Причины инвалидности; заболевания и состояния, способные привести к инвалидности

Существует несколько причин инвалидности:

1. Для гражданского населения:

- трудовое увечье;
- профессиональное заболевание;
- с детства;
- увечье, (заболевание) связанное с аварией на Чернобыльской АЭС;
- общее заболевание

2. Для военнослужащих:

- военная травма;
- заболевание, полученное в период военной службы;
- заболевание, полученное при исполнении (служебных) обязанностей, военной службы в связи с аварией на ЧАЭС.

Нозологическая структура причин инвалидности:

1. болезни системы кровообращения (39,5%)
2. злокачественные новообразования (20,5%)
3. болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (9,5%)
4. последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин (5,9%),
5. психические расстройства и расстройства поведения (4,2%)
6. болезни нервной системы (3,5%)
7. болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, а также туберкулез составляют по 2,9% соответственно.

4. Факторы риска развития инвалидности

- алкоголизм, наркомания
- возможность травматизма на производстве
- социальные угрозы
- военная служба
- экология
- урбанизация
- наследственность

5. Профилактика инвалидности

Профилактика инвалидности включает в себя систему социально-экономических комплексных мер по обеспечению здорового образа жизни населения, экологической безопасности, созданию безопасных условий труда, своевременному лечению больных и предупреждению наследственных заболеваний, которая разрабатывается и осуществляется заинтересованными органами государственной власти и управления - с участием представителей общественных организаций инвалидов.

Цель мероприятий, направленных на профилактику инвалидности:

- **предупреждение заболеваний**, травм и анатомических дефектов или минимизация последствий ограничения жизнедеятельности, социальной недостаточности (согласно трехмерной концепции оценки последствий болезни).

Общепрофилактические мероприятия включают:

- **профилактика заболеваний** (здоровый образ жизни, профилактические осмотры, центры здоровья)

- **выявление заболеваний на ранней стадии**, а также предупреждение их прогрессирования (диспансерное наблюдение групп риска: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, ревматизм, язвенная болезнь желудка и др.)
- **мероприятия по охране труда и оздоровлению условий труда** (автоматизация и механизация производства, уменьшение негативного воздействия профессиональных вредностей)
- **реализация программ медицинской и социальной реабилитации** (восстановительное лечение, рациональное трудоустройство, адекватные сроки временной нетрудоспособности).

Факторы риска и профилактика развития инвалидности неразрывно связаны болезнью, травмой или дефектом которые могут привести к инвалидизации индивидуума.

6. Роль семьи в социальной и психологической адаптации инвалидов

Под реабилитационной активностью семьи мы понимаем все усилия ее членов, направленные на оздоровление, развитие, социализацию инвалида.

Обычный уклад семьи, готовящейся принять инвалида, нарушается из-за эмоциональных реакций: тревоги, невысказанных страхов, вины, враждебности и.т.д.

Такие семьи проходят 4 стадии:

1. острая стадия: паника, осознание предстоящих проблем, сотрудничество для решения проблем инвалида.
2. стадия восстановления инвалида: реалистичная оценка возможностей инвалида и коррекция поведенческих реакций.

3. стадия уравнищенности инвалида: ясное осознание невозможности улучшения состояния инвалида, снижение эмоциональной поддержки инвалида.

4 стадия ухудшения инвалида: отказ инвалида от желания жить полноценной жизнью и неосознанное поощрение семьей полной зависимости инвалида (что только усугубляет ситуацию)

Проблемы семей, имеющих инвалидов:

- Материальные - материальное обеспечение; низкий уровень жизни.
- Жилищно-бытовые - жилищные условия; организация досуга; нехватка технических средств.
- Психологические - самореализация; депрессии; не востребованность обществом; комплекс неполноценности, необходимость ухода за инвалидом.
- Медико-социальные - проведение медицинских экспертиз; устройство в специализированные медико-реабилитационные центры; дефицит узких специалистов.

Очень важен эмоциональный климат в семье. Чем спокойнее климат в семье, тем реже обострения болезни. Семье очень важно освоить эмоционально щадящие высказывания.

Возраст, в котором наступила инвалидность, имеет огромное значение для скорости и качества адаптации.

- детский возраст - здесь важно запомнить, что основная проблема в детском возрасте заключается не столько в соответствующем воспитании самого ребенка, сколько в создании благоприятной обстановки со стороны окружающих людей, где **жалость или, наоборот, безжалостность не должны иметь место**. Процесс обучения должен строиться на том, что в

детском возрасте прекрасно развиваются адаптационные и компенсаторные способности.

- работоспособный возраст - наиболее оптимальным путем в реабилитации инвалидов среднего возраста со стороны семьи, медицинских и социальных работников является поиск компенсирующих средств, обучение их использованию, укрепление веры в свои способности, поддержание стремления оставаться полезным обществу.

- старческий возраст - инвалидность чаще всего обусловливается комплексом возрастных изменений организма и комбинацией хронических заболеваний, накапливающихся к этому времени - требует от семьи понимания происходящих процессов, терпения и поиска не столько обучающих программ, сколько превентивных, по предупреждению несчастных случаев, мер.

Роль семьи, в которой находится инвалид - усилия членов семьи не должны создавать иждивенческого настроения. Наоборот, наиболее ценной помощью оказывается обучение инвалида самостоятельной активной жизни, приспособленной к новым для него условиям.

7. Консультативная помощь медицинской сестры пациенту и семьям, имеющим инвалидов

Индивидуальная программа реабилитации (ИПР) больных и инвалидов – это разработанный на основе решения *бюро медико-социальной экспертизы* (БМСЭ) комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов

деятельности.

Формат карты ИПР.

С 2005 года на всей территории РФ действует единая форма ИПР, которая была утверждена Приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 29 ноября 2004 г. N 287.

Карта ИПР включает следующие разделы:

1. Медицинская реабилитация
2. Социальная реабилитация
3. Профессиональная реабилитация.
4. Психолого-педагогическая реабилитация

Такая программа имеет для пациента рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Консультативная помощь является неотъемлемым элементом лечебно-профилактической помощи.

Можно выделить три основных вида реабилитации инвалидов:

- 1) **медицинская реабилитация** связана с восстановлением трудоспособности человека путем воздействия на него медицинских препаратов;
- 2) **профессиональная реабилитация** предполагает возвращение работника в профессиональную среду с учетом последствий заболевания и сохранившейся трудоспособностью;
- 3) **социальная реабилитация** заключается в адаптации индивида к изменившимся в результате заболевания условиям его общественной и семейной жизни, при этом нужно предотвратить его изоляцию от общества.

Задачей любого вида реабилитации являются создание равновесия между психикой человека и окружающей средой, повышение его адаптивных способностей.

Медицинская сестра проводит обучение родственников больных практическим навыкам общего ухода за ними; санитарно-просветительскую работу с семьями; социально-медицинский патронаж;

В такой ситуации, к которой семья, оказывается совершенно неподготовленной, она нуждается в помощи специалиста, который смог бы активно войти в ее конкретную жизненную ситуацию, смягчить воздействие стресса, помочь мобилизовать внутренние и внешние ресурсы всех членов семьи.

Источники:

1. <https://mydocx.ru/10-146280.html>
2. <https://www.interfax.ru/russia/686454>
3. <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost-detei?territory=undefined>
4. <http://www.rondtb.msk.ru/know-how/rehabil.htm>