

На правах рукописи

Лукьянова Инна Евгеньевна

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВРЕМЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ
ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**14.00.33 –Общественное здоровье и здравоохранение
14.00.51 - Восстановительная медицина, спортивная медицина,
курортология и физиотерапия**

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва-2009

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

Научные консультанты:

доктор медицинских наук,
профессор

Орлова Галина Георгиевна

доктор медицинских наук,
профессор

Юнусов Фарид Анасович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
профессор

Цыбульская Инна Сергеевна

доктор медицинских наук
заслуженный деятель образования РФ

Рогожников Вячеслав Александрович

доктор медицинских наук,
профессор

Журавлева Антонина Ивановна

Ведущая организация – ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова»

Защита состоится «___» «_____» 2009 г. в ___ часов на заседании Диссертационного Совета Д 208.110.01 в ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11.

Автореферат разослан «___» «_____» 2009 г.

Ученый секретарь
Диссертационного Совета
кандидат медицинских наук, старший
научный сотрудник

Сошников Евгений Иванович

Общая характеристика работы

Актуальность проблем связанных с оказанием реабилитационной помощи в Российской Федерации на современном этапе обусловлена многими причинами, среди которых: ухудшение социально-демографических показателей и неуклонный рост числа нуждающихся в реабилитации, противоречивый характер формирующейся системы реабилитационной помощи, связанный с трудностями межведомственного взаимодействия, недостаточное научно-концептуальное обоснование реабилитации, обусловленное относительно молодым возрастом реабилитологии как самостоятельной науки.

Основными положениями реабилитации инвалидов - лиц с ограничениями жизнедеятельности в Российской Федерации являются государственный характер гарантий прав на реабилитацию, приоритет интересов реабилитируемого при осуществлении реабилитационных мероприятий, общедоступность системы реабилитации, комплексный подход, многообразие методов реабилитационных воздействий и форм реабилитационных учреждений.

Становление государственной службы медико-социальной экспертизы позволило усилить межведомственные связи в реабилитации и социальной адаптации и привело к совершенствованию работы реабилитационных служб в системе здравоохранения, социальной защиты населения и образования. (Л.П.Гришина с соавт. 2001; О.С.Андреева, 2002; С.Н.Пузин, 2002; Д.И.Лаврова с соавт. 2006)

Принятие в стране понятия инвалидности как ограничения всех видов жизнедеятельности, а не только связанных с нарушениями возможности трудиться свидетельствует о заинтересованности общества в решении проблем реабилитации в широком значении. (О.П.Щепин с соавт. 2003; В.И.Покровский, 2004; В.З.Кучеренко с соавт. 2004). Цели и задачи реабилитационной помощи значительно расширяются и направлены на

устранение всех ограничений жизнедеятельности препятствующих социальной интеграции индивидуума (А.И.Осадчих с соавт. 2002; Е.М.Crimmins M. D. Hayward, 2004; А.В.Решетников, 2006, В.И.Скворцова, 2008).

В формирование современной концепции инвалидности и реабилитологии большой вклад внесли работы отечественных ученых Т.С.Алферовой, В.М.Боголюбова, Н.Ф.Дементьевой, С.А.Леонова, Е.Т.Лильина, А.В.Мартыненко, Г.Г.Орловой, А.И.Осадчих, С.Н.Пузина, А.Н.Разумова, В.И.Стародубова, Ф.А.Юнусова.

Вместе с тем, несмотря на достигнутые в последние десятилетия определенные успехи, система реабилитационной помощи имеет достаточно выраженные противоречия, связанные, с одной стороны, с проблемами межведомственного взаимодействия, и, с другой, отсутствием общепринятой научно-обоснованной концепции реабилитационной помощи. Формирующаяся система реабилитационных центров в Российской Федерации не может преодолеть ведомственного подхода, вопросы инвалидности и реабилитации рассматриваются изолированно, преимущественно с позиции здравоохранения (О.С.Андреева, 2002; В.Н.Денисов с соавт., 2003; С.Н.Кавокин, 2003).

Ухудшение социально-демографических показателей: сокращение продолжительности здоровой жизни в результате инвалидности, рост первичной инвалидности, темпами опережающими смертность; увеличение первичной инвалидизации трудоспособного населения; регионализация проблем инвалидности с концентрацией высоких уровней на экономически неблагополучных регионах¹, повышают потребность в инновационных теоретико-методологических исследованиях, для создания оптимальной модели управления системой реабилитации и охраны здоровья населения. Отсутствие единых научно-методологических подходов к решению вопросов

¹ Социально-экономические аспекты инвалидности. Под. ред. Ю.В.Михайловой, А.Е.Ивановой. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. – 154с.

реабилитации приводит к снижению эффективности многих государственных программ по реабилитации.

Медицинская модель реабилитации нуждается в оптимизации и совершенствовании путем устранения разноречивости в решении основной цели реабилитационной помощи – «восстановления социального статуса инвалида, достижения им материальной независимости и его социальной адаптации» (Постановление-Приказ Минтруда и социального развития РФ и Минздрава РФ №1/30 от 29.01.97 г.).

Важнейшее значение приобретает обоснование методологических принципов построения концептуальных положений комплексной многоуровневой реабилитационной помощи, внедрения организационно-функциональных принципов системы информационного обеспечения реабилитационных центров, современных технологий реабилитации, обеспечивающих гарантии качества и объем медико-социальной помощи на основе единого подхода к проблеме инвалидности и реабилитации. Система оказания многоуровневой реабилитационной помощи должна отвечать современным представлениям о характере причин ограничений жизнедеятельности как интегрального показателя нарушения социального функционирования.

Жизнедеятельность человека, его взаимодействие с окружающим миром происходит на некоторых уровнях, среди которых выделяются биологический (организменный), личностный, социальный. Нарушения на уровнях взаимодействия ведут к ограничениям жизнедеятельности, соответственно этим уровням должна строиться реабилитационная помощь, то есть быть дифференцированной и многоуровневой. Выделение уровней взаимодействия позволяет оценивать эффект реабилитационной помощи по достижению положительных эффектов на каждом уровне в совокупности обеспечивающих достижение медико-социального благополучия и улучшения качества жизни.

При этом характер помощи не ограничивается рамками какой-либо модели реабилитации, а направлен на устранение выявленных нарушений на разных уровнях взаимодействия индивида. Вектор реабилитационной помощи суммирует элементы медицинского, психологического, социального, педагогического, профессионального воздействия, устраняя формирующие ограничения жизнедеятельности неблагоприятные условия как внутреннего (биологического), так и внешнего (социального) характера, с ориентацией на конечный медико-социальный результат – интеграцию индивидуума в общество.

Цель исследования: научное обоснование и разработка методологии организационно-функциональной модели многоуровневой реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности в современных социально-экономических условиях.

Задачи исследования:

1. На основе комплексного информационно-аналитического поиска с учетом международных нормативно-правовых документов охарактеризовать современное состояние реабилитационной помощи и социальной политики в отношении лиц с ограничениями жизнедеятельности.

2. Провести медико-социальный анализ первичной инвалидности взрослого и детского населения РФ за последние 10 лет.

3. Разработать комплексную характеристику лиц с инвалидностью по медико-социальным показателям и особенностям ограничений жизнедеятельности и функционирования в соответствии с действующими Международной классификацией болезней (МКБ-Х) и Международной классификации ограничений жизнедеятельности и функционирования (МКФ).

4. Научно обосновать методологические основы и медико-социальные параметры многоуровневой реабилитационной помощи пациентам с ограничениями жизнедеятельности и функционирования.

5. Разработать организационно-функциональную модель многоуровневой реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности и функционирования.

6. Обосновать разработанные этапы внедрения стратегии развития многоуровневой реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности и функционирования в Российской Федерации.

Научная новизна исследования

В работе впервые:

на основе комплексного информационно-аналитического поиска с учетом международных нормативно-правовых документов выделены исторические этапы становления реабилитационного дела в России: начальный, этап становления государственной системы, этап развития экспертизы и современный этап;

на основе действующих классификаций МКБ-Х и МКФ разработана система комплексной оценки лиц с инвалидностью, которая включает анализ нарушений функций и структур организма реабилитанта, его личностных особенностей, наличия проблем в его микросоциуме и ограничений жизнедеятельности;

научно обоснованы и сформулированы медико-социальные принципы комплексной многоуровневой реабилитационной помощи лицам с инвалидностью в связи с различными группами заболеваний, и методология оценки ее эффективности;

разработана организационно-функциональная модель многоуровневой реабилитационной помощи лицам с инвалидностью, с учетом особенностей нарушений функций и структур организма реабилитанта, его личностных

особенностей, наличия проблем в его микросоциуме и ограничений в жизнедеятельности;

научно обоснованы этапы внедрения и стратегия развития реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности

Научно-практическая значимость работы

Выделенные этапы становления и развития реабилитационного дела в России в разные исторические периоды служат информационной базой практической реабилитологии и используются для подготовки специалистов, занимающихся проблемами реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности и слушателей циклов постдипломного образования.

Концепция многоуровневой реабилитационной помощи неоднократно обсуждалась на научных и научно-практических конференциях, особый интерес и одобрение вызывали вопросы возможности использования «Международной классификации ограничений жизнедеятельности и функционирования» (МКФ) в практике реабилитации, представление о реабилитации как непрерывном процессе с постепенно расширяющимися целями, включающем технологии медицинского, психологического и социального характера.

Разработанные и апробированные методические материалы по многоуровневой реабилитационной помощи и комплексной оценке используются в практике и совершенствовании деятельности реабилитационных учреждений разных форм собственности.

Организационно-функциональные принципы комплексной многоуровневой модели реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности, и методология оценки ее эффективности внедрены в практику учреждений, в том числе реабилитационном центре общественной организации стомированных пациентов «АСТОМ», детском

реабилитационном лагере ЛВЕ и ИКС, реабилитационном центре Российской академии медико-социальной реабилитации.

Учебные пособия по материалам диссертационного исследования используются в лекционных курсах «Основы реабилитологии», «Содержание и методика медико-социальной работы», «Оккупациональная терапия», «Социально-психологическая реабилитация», «История и организация реабилитационной помощи».

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. Современное состояние реабилитационной помощи и социальной политики в отношении лиц с ограничениями жизнедеятельности в историческом ракурсе.

2. Комплексная характеристика лиц с инвалидностью по медико-социальным показателям и особенностям ограничений жизнедеятельности и функционирования на основе анализа современных процессов инвалидизации взрослого и детского населения России.

3. Основные положения многоуровневой реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности и функционирования в связи с различными классами заболеваний по МКБ-Х.

4. Концепция организационно-функциональной модели комплексной многоуровневой реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности и методология оценки ее эффективности.

5. Этапы внедрения и стратегия развития системы реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности.

Внедрение результатов в практику

Результаты исследования внедрены в практику деятельности Региональной общественной организации инвалидов стомированных больных (АСТОМ), 12-го лечебно-диагностического центра Министерства обороны Российской Федерации, реабилитационного центра Российской

Академии медико-социальной реабилитации, центра реабилитации инвалидов детства «Наш солнечный мир», городских клинических больницах №31 и №15 (г. Москва), Краснозаводской городской больницы (Московская область), Пензенского реабилитационного центра для молодых инвалидов.

Материалы диссертации используются в лекционном материале и семинарских занятиях со студентами кафедры медико-психологической реабилитологии Московского государственного университета сервиса, кафедры психологии Российского государственного университета туризма и сервиса, Московского Государственного медико-стоматологического университета и Российской Академии медико-социальной реабилитации в следующих курсах: «Основы реабилитологии», «Содержание и методика медико-социальной работы», «Оккупациональная терапия», «Социально-психологическая реабилитация», «История и организация реабилитационной помощи», «Медико-социальная работа в онкологии» и др.

Апробация материалов диссертации

Материалы и результаты исследований были доложены на Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы реабилитации в современном обществе» (Москва, 2001г.); Всероссийской научно-практической конференции «Реабилитация – компонент устойчивого развития общества» (Москва, 2002г.); круглом столе по проблеме «Профориентация детей – инвалидов» (Москва, 2002г.); научно-практическом семинаре «Комплексная реабилитация стомированных больных» (Москва, 2003г.); научно-практической конференции «Гуманитарные проблемы реабилитационного сервиса» (Москва, 2004г.); Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы реабилитации и интеграции в общество детей-инвалидов» (Москва, 2005г.); юбилейной научно-практической конференции, посвященной 85-летию со дня основания 12 ЛДЦ МО РФ «Стационар замещающие технологии в условиях лечебно-диагностического центра» (Москва, 2006г.); Всероссийской научно-

практической конференции «Здоровье. Реабилитация. Сервис» (Москва, 2006); конференции, посвященной Всемирному Дню стомированных пациентов (Москва, 2006г.); Всероссийской научно-практической конференции «Социальные технологии в различных сферах жизнедеятельности: теория и практика» (Муром, 2007г); Всероссийской научной конференции «Российские дети: здоровье, воспитание и образование. XVII – начало XXI» (Москва, 2008), V Международной иппотерапевтической конференции (Москва, 2008), Второй Всероссийской научно-практической конференции «Сохранение и укрепление здоровья в общеобразовательных учреждениях РФ» (Москва, 2008), Межрегиональная научно-практическая конференция «Социальная работа в учреждениях здравоохранения» (Курск, 2008), апробационном совете в ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» (март, 2009).

Объем и структура диссертации

Работа изложена на 314 страницах машинописного текста, состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, практических рекомендаций. В указателе литературы приведены 575 источника, в том числе 126 на иностранных языках. Работа иллюстрирована 52 таблицами, 13 рисунками, 6 схемами, 6 диаграммами.

Содержание работы

Во **введении** обосновывается актуальность проблем, связанных с оказанием реабилитационной помощи в РФ на современном этапе. Она обусловлена увеличением количества лиц с ограничением жизнедеятельности по причине травм, болезней и дефектов развития и необходимостью развития инновационных технологий реабилитационной помощи. Отмечена недостаточность существующей комплексной медико-

социальной оценки характера реабилитационной помощи учитывающей иерархию взаимоотношений индивидуума в обществе с методологических позиций общественного здоровья и здравоохранения, позволяющих определить оптимальные пути и механизмы совершенствования работы по управлению реабилитационным процессом.

Сформулированы объект и предмет, цели и задачи исследования, научная новизна, научно-практическая значимость работы, а так же основные положения, выносимые на защиту.

В **первой главе** проведен анализ законодательной и научно-теоретической базы реабилитационной помощи в РФ и современных международных нормативно-правовых документов, который свидетельствует, что теоретические, правовые, методологические вопросы управления многоуровневым реабилитационным процессом лиц с ограничением жизнедеятельности не находят до сих пор достаточного решения.

Анализ истории реабилитационного дела в стране позволил выделить этапы в его развитии. Выделен **начальный этап**, берущий свое начало с правления великого Киевского князя Владимира до Петра I, связанный в основном с частной благотворительностью и социальной деятельностью монастырей. Продолжительность **следующего этапа**, обусловленного становлением государственной системы призрения инвалидов, не исключая частной благотворительной деятельности, обозначен временем от начала царствования Петра I вплоть до Первой мировой войны и октябрьского переворота. **Третий этап** развития реабилитационного дела в нашей стране в основном был связан с формированием критериев пенсионного обеспечения граждан, имеющих инвалидность, развитием системы экспертизы нетрудоспособности, его хронологические границы определены 80-90 годами прошлого столетия. **Настоящий этап** – характеризуется активным развитием собственно реабилитационной помощи, становлением системы ее оказания на разных уровнях.

Анализ теоретико-методологической и нормативно-правовой базы, практический опыт деятельности реабилитационных отделений в структуре лечебно-профилактических учреждений показывает, что многие вопросы управления, регулирования и информационного обеспечения современного реабилитационного процесса требуют дальнейшего совершенствования.

Основным направлением при теоретическом осмыслении концепции реабилитации является изучение взаимосвязи индивидуума с ограничениями жизнедеятельности и обществом, что имеет не только важное теоретическое, но и практическое значение, способствуя целенаправленному и научно-обоснованному развитию всей системы медико-социальной помощи инвалидам. Изолированная ведомственная разработка отдельных концепций медицинской, профессиональной, социальной реабилитации вне корреляции с конечными результатами реабилитации не отвечают конечным целям – интеграции инвалида в общество.

Социальная политика в отношении инвалидов остается противоречивой: несоразмерность амбициозных задач реальным экономическим ресурсам, утрата адресности и специализации социальной политики в отношении инвалидов. Отсутствие реально действующей системы информирования населения о социальных правах, порядке и условиях их реализации обуславливает недостаточную доступность реабилитационных, социально-медицинских учреждений, что снижает эффективность реализации многих законов.

Возникла потребность в создании единой системы комплексной многоуровневой реабилитационной помощи, ставящей своей целью и обеспечивающей интеграцию инвалида в общество путем устранения или возможно полной компенсации всех видов ограничений жизнедеятельности обусловленных внутренними и внешними факторами.

Данные отечественной и зарубежной литературы свидетельствуют, что разработка положений взаимодействия различных видов реабилитационного воздействия, обоснование инновационных структур реабилитационных

центров на основе интеграции существующих моделей здоровья и болезни, инвалидности и реабилитации с учетом иерархии взаимоотношений индивидуума в обществе, становится приоритетной задачей развития реабилитационного направления здравоохранения.

Во **второй главе** дана характеристика базы исследования, организационно-методические аспекты и этапы проведения исследования, методологические подходы, методические приемы и методы анализа.

С учетом многообразия задач исследования реабилитационной помощи как сложной медико-социальной системы и необходимостью изучения разнообразных факторов, определяющих ограничения жизнедеятельности и функционирования у лиц с инвалидностью, исследование проведено в несколько этапов с использованием комплекса методических приемов и методов анализа: методов клинического анализа, статистических методов, многомерного статистического анализа, математического моделирования, организационного эксперимента и экспертных методов.

В качестве основного объекта исследования были избраны лица с различного вида ограничениями жизнедеятельности. Предметом исследования стала теоретико-методологическая и функционально-организационная модель многоуровневого реабилитационного процесса в системе здравоохранения и социальной защиты. Исследование проводилось сплошным методом на большом фактическом материале (схема 1).

Разработанная программа исследования включала несколько этапов. На первом этапе был проведен анализ нормативных, научных и научно-практических материалов по проблеме развития реабилитационной помощи в стране и за рубежом. На основе проведенного анализа научной литературы по проблеме оценены существующие формы реабилитационной помощи и социальной политики в отношении лиц с ограничениями жизнедеятельности.

Второй этап – социально-гигиенический - посвящен изучению медико-социальных характеристик контингентов избранных групп лиц с

инвалидностью, уровня и структуры ограничений жизнедеятельности и факторов их обуславливающих.

На третьем этапе была разработана система комплексной оценки ограничений жизнедеятельности и функционирования у лиц с инвалидностью на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)

На четвертом этапе исследования разработана функционально-организационная модель многоуровневой реабилитационной помощи и предложена концепция ее внедрения.

Цели и задачи исследования определили комплекс методических подходов в работе: изучение и обобщение опыта, монографическое описание, статистический метод, клинико-аналитический, многомерный статистический анализ, математическое моделирование, организационный эксперимент и экспертная оценка, клинические, анкетирование и интервьюирование, психологическая диагностика.

Схема 1

Направления и методы исследования
Общая схема исследования

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|
| Цель работы: научное обоснование, разработка и внедрение новой организационно-функциональной модели многоуровневой реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности и функционирования в современных социально-экономических условиях | | | | | |
| Задачи исследования: | | | | | |
| На основе комплексного информационно-аналитического поиска охарактеризовать с учетом международных нормативно-правовых документов современное состояние реабилитационной помощи и социальной политики в отношении лиц с ограничениями жизнедеятельности в стране. | Провести медико-социальный анализ общей и первичной инвалидности и взрослого и детского населения РФ. | Разработать комплексную характеристику лиц с инвалидностью по медико-социальным показателям и особенностям ограничений жизнедеятельности и функционирования. | Научно обосновать методологические основы и медико-социальные параметры многоуровневой реабилитационной помощи пациентам с ограничениями жизнедеятельности и функционирования. | Разработать организационно-функциональную модель многоуровневой реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности и функционирования | Обосновать концепцию внедрения стратегии развития многоуровневой реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности и функционирования |
| Объект наблюдения: структура реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности | | | | | |
| Методы исследования: | | | | | |
| изучения и обобщения опыта, монографического описания, статистический метод, клинико-аналитический, многомерный статистический анализ, математическое моделирование, организационный эксперимент и экспертная оценка, клинические, анкетирования и интервьюирования, психологической диагностики | | | | | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>Источники информации: статистические сборники РФ 2000-2007 годы статистические сборники Министерства труда и социального развития РФ «Регистр стомированных больных г. Москвы», «Социальный регистр стомированных больных» общественной организации стомированных больных (АСТОМ). статистические отчетные формы: карты выбывшего из стационара, амбулаторные карты, направления и заключения МСЭК, ИПР анкеты социологических опросов, регистрационные формы психологического анкетирования</p> | | | |
| <p>Объем наблюдения:</p> | | | |
| <p>Научно-методические источники на разных языках, нормативные правовые акты -</p> | <p>Показатели по первичной и общей инвалидности в РФ 1997-2007 гг.</p> | <p>Наблюдавшиеся в реабилитационном центре «АСТОМ» «стомированные» пациенты – 500 человек, Наблюдавшиеся в 12 ЛДЦ сосудистые пациенты – 520 человек, Проходившие курс реабилитации в реабилитационном центре дети с различными видами ограничений – 512 человек. 1138 пациентов с дорсопатиями</p> | <p>Члены семей, родители и опекуны детей, проходивших курс реабилитации в реабилитационном центре – 350 человек, Работники реабилитационного центра – 60 человек.</p> |

Экспертный опрос проводился по схеме, описанной Е.Н.Шиганом (1986). Мнения экспертов считали согласованными, если частота мнений по данному пункту анкеты статистически значимо превосходила 0,5 (нулевая гипотеза). Статистическая достоверность находилась по формуле (Флейс Дж., 1989):

$$Z = \frac{|P - P_0| - 1/(2 * n)}{\sqrt{\frac{P_0 * Q_0}{n}}}$$

Где Z – критериальное значение;

P – 0,5;

P₀ - частота мнений по данному вопросу;

Q₀ = 1 - P₀;

n – число экспертов.

Из формулы следует, что если в опросе участвовало 7 экспертов, то частота мнений по данному пункту анкеты была статистически значимой в случае, когда 6 экспертов имели согласованное, то есть одинаковое мнение.

Изложенные в **третьей главе** результаты общего анализа численности, структуры инвалидности среди взрослого населения РФ за 2000-2007 гг. (по группам инвалидности с учетом класса болезней) показал следующее. Общее направление тренда – повышение абсолютной численности ВПИ, не смотря на некоторые флюктуации, в среднем увеличение числа за год составил 1331,5 тыс. инвалидов (табл.1).

Таблица 1

Динамика первичной инвалидности у взрослого населения РФ
за 2000-2007 гг.

| Годы | Общее число ВПИ | Прирост (+) или убыль (-) | | Всего (%) | В том числе по возрасту | | | |
|------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------|
| | | абс.чис. (тыс. человек) | абс.чис. (тыс. человек) | | % | трудоспособного возраста | | пенсионного возраста |
| | абс.чис. (тыс. человек) | | | | | % | абс.чис. (тыс. человек) | % |
| 2000 | 1109 | | | 100,0 | 553 | 49,8 | 556 | 50,2 |
| 2001 | 1200 | +91 | +7,6 | 100,0 | 567 | 47,3 | 633 | 52,7 |
| 2002 | 1184 | -16 | -1,3 | 100,0 | 550 | 46,4 | 634 | 53,6 |
| 2003 | 1092 | -92 | -8,4 | 100,0 | 537 | 49,1 | 555 | 50,9 |
| 2004 | 1463 | +371 | +25,3 | 100,0 | 529 | 36,2 | 934 | 63,8 |
| 2005 | 1799 | +336 | +18,7 | 100,0 | 565,5 | 31,5 | 1233,5 | 68,5 |
| 2006 | 1474 | -325 | -22,0 | 100,0 | 544,8 | 37,0 | 929,2 | 63,0 |
| 2007 | 1109 | -365 | -32,9 | 100,0 | 454,3 | 41,0 | 654,7 | 59,0 |

Основную массу лиц, впервые признанных инвалидами в 2000-2007 гг. составляли инвалиды II группы, доля которых в среднем была равна – 61,4% от общего числа; доля инвалидов I группы в среднем была равна – 11,6%, III группы – 27% (табл. 2).

Таблица 2

Структура первичной инвалидности у взрослого населения с учетом группы инвалидности в РФ в 2000-2007 гг.

| Годы | Всего абс. число (тыс. человек) | % | В том числе по группам (абс. число и %) | | | | | |
|------|--|-----|---|------|-----------------------------|------|-----------------------------|------|
| | | | I группа | | II группа | | III группа | |
| | | | абс.ч. (тыс. человек) | % | абс.ч. (тыс. человек) | % | абс.ч. (тыс. человек) | % |
| 2000 | 1109 | 100 | 139,7 | 12,6 | 701,9 | 63,3 | 267,4 | 24,1 |
| 2001 | 1200 | 100 | 142,8 | 11,9 | 766,8 | 63,9 | 291,2 | 24,2 |
| 2002 | 1184 | 100 | 152,7 | 12,9 | 744,7 | 62,9 | 286,6 | 24,2 |
| 2003 | 1092 | 100 | 140,8 | 12,9 | 672,6 | 61,6 | 278,6 | 25,5 |
| 2004 | 1463 | 100 | 165,3 | 11,3 | 934,8 | 63,9 | 362,9 | 24,8 |
| 2005 | 1799 | 100 | 192,4 | 10,7 | 1077,6 | 59,9 | 529 | 29,4 |
| 2006 | 1474 | 100 | 138,5 | 9,4 | 806,3 | 54,7 | 529,2 | 35,9 |
| 2007 | 1109 | 100 | 106,5 | 9,6 | 594,4 | 53,6 | 408,1 | 36,8 |

Первое ранговое место за изучаемый период занимают болезни системы кровообращения, уровень которых в среднем составляет 46,7 на 10 тыс. взрослого населения РФ. Второе ранговое место занимают злокачественные новообразования, - 11,3 на 10 тыс. взрослого населения РФ. Третье ранговое место занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 6,6 на 10 тыс. взрослого населения РФ. Четвертое ранговое место - последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин - 4,9 на 10 тыс. взрослого населения РФ (табл. 3).

Таблица 3

Динамика впервые признанных инвалидами и уровня первичной инвалидности по классам болезней в РФ в 2000-2007 гг. (абс. числа и на 10 000 взрослого населения)

| № | Классы | Годы | | | | | | | |
|----|--|-----------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|
| | | 2000 | | 2002 | | 2004 | | 2007 | |
| | | абс. чис. | на 10тыс взр.нас. | абс. чис. | на 10тыс взр.нас. | абс. чис. | на 10тыс взр.нас. | абс. чис. | на 10тыс взр.нас. |
| 1 | Туберкулез | 41 | 2,8 | 38 | 2,6 | 36 | 2,5 | 17 | 18 |
| 2 | Злокачественные новообразования | 142 | 9,7 | 150 | 10,3 | 170 | 11,8 | 30 | 2,1 |
| 3 | Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ | 35 | 2,4 | 37 | 2,6 | 45 | 3,1 | 172 | 12,1 |
| 4 | Психические расстройства и расстройства поведения | 49 | 3,3 | 46 | 3,1 | 44 | 3,1 | 33 | 2,3 |
| 5 | Болезни нервной системы | 35 | 2,4 | 36 | 2,5 | 42 | 2,9 | 37 | 2,6 |
| 6 | Болезни глаза и его придаточного аппарата | 40 | 2,7 | 40 | 2,7 | 45 | 3,1 | 32 | 2,2 |
| 7 | Болезни уха и сосцевидного отростка | 6 | 0,4 | 7 | 0,5 | 7 | 0,5 | 11 | 0,8 |
| 8 | Болезни системы кровообращения | 511 | 35,1 | 573 | 39,4 | 799 | 55,5 | 533 | 37,5 |
| 9 | Болезни органов дыхания | 40 | 2,8 | 45 | 3,1 | 47 | 3,3 | 31 | 2,2 |
| 10 | Болезни органов пищеварения | 20 | 1,4 | 20 | 1,4 | 20 | 1,4 | 18 | 1,3 |
| 11 | Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани | 75 | 5,1 | 82 | 5,6 | 99 | 6,9 | 90 | 6,3 |
| 12 | Последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин | 71 | 4,9 | 71 | 4,9 | 70 | 4,9 | 56 | 3,9 |
| 13 | Последствия производственных травм | 11 | 0,7 | 10 | 0,7 | 9 | 0,6 | 6 | 0,4 |
| 14 | Профессиональные болезни | 4 | 0,3 | 4 | 0,3 | 4 | 0,3 | 3 | 0,2 |
| | Всего | 1109 | 76,2 | 1184 | 81,5 | 1463 | 101,7 | 1109 | 78,0 |

Анализ детской инвалидности в РФ за 1999-2007 гг. показал рост общей численности и уровня инвалидности среди детского населения. В 2007 г. общий контингент детей-инвалидов составил 523204 человек – 197,9 на 10000 соответствующего населения. В общем контингенте детей-инвалидов преобладают мальчики – 58,4%. По мере взросления детей распространенность инвалидности в РФ нарастает, достигая максимальных значений в возрасте 10-14 лет – 32,1% от общего числа. Основная масса впервые признанных инвалидами представлена детьми до 4 лет – 42,6%.

Анализ контингента детей-инвалидов РФ в 2007 г. с учетом классов болезней (МКБ-Х) показал, что лидирующее положения занимают: психические расстройства и расстройства поведения - 24,1%, болезни нервной системы – 21,2% врожденные аномалии – 19,0% от общего числа детей инвалидов.

Среди главных нарушений состояния здоровья преобладают висцеральные, метаболические нарушения и расстройства питания – 24,0%, двигательные нарушения – 23,3%, умственные нарушения – 22,8%.

Анализ по ведущему ограничению жизнедеятельности выявил следующее: ограничения способности адекватно вести себя наблюдались в 37,6% случаев, ограничения способности передвигаться – 27,6%, ограничения способности общаться – 17,8% (табл. 4).

Из разнообразных причин, приводящих к первичной инвалидности взрослого населения РФ на протяжении несколько лет ведущие ранговые позиции занимали: болезни системы кровообращения, злокачественные заболевания, болезни костно-мышечной системы, а так же последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин. Это определило выбор групп для дальнейшего исследования: стомированные пациенты (500 человек), пациенты с заболеваниями сосудистой системы (520 человек), пациенты с болезнями костно-мышечной системы (1138 человек), дети с инвалидностью (512 детей).

Таблица 4.

Сводные данные по структуре инвалидности с учетом классов болезней, главному нарушению состояния здоровья и ведущему ограничению жизнедеятельности детей-инвалидов РФ в 2007 г.
(абс. числа и уровень на 10000 соответствующего населения)

| Классы болезней (МКБ-10) | | | Главное нарушение состояния здоровья | | | Ведущее ограничение жизнедеятельности | | |
|---|------------|-----------|--|------------|-----------|---------------------------------------|------------|-----------|
| | абс. число | На 10 тыс | | абс. число | На 10 тыс | | абс. число | На 10 тыс |
| Психические расстройства и расстройства поведения | 126267 | 47,8 | Висцеральные и метаболические нарушения и расстройства питания | 125841 | 47,6 | Способность адекватно вести себя | 196812 | 37,6 |
| Болезни нервной системы | 111349 | 42,1 | Умственные нарушения | 122065 | 46,2 | Способность передвигаться | 144583 | 54,7 |
| Врожденные аномалии | 99732 | 37,7 | Двигательные нарушения | 119450 | 45,2 | Способность общаться | 93301 | 35,3 |

Традиционный анализ с учетом классов болезней и групп инвалидности показал, что среди заболеваний, приведших к наложению стомы, в анализируемой группе пациентов на первом месте находятся новообразования, которые составили подавляющее большинство - 90,6% (453) пациента, меньшая группа представлена болезнями органов пищеварения – 8,6% и травмами органов пищеварения – 0,8%.

Наиболее распространенной группой инвалидности, определяемой стомированным пациентам, является II группа, которая составляет 67,4%, далее следуют пациенты, не имеющие группы инвалидности по ряду причин – 14,8%, пациенты III группы – 10% и пациенты I группы – 7,8%.

Среди заболеваний системы кровообращения в наблюдаемой группе преобладали болезни артерий, артериол и капилляров, представленные атеросклерозом аорты, артерий конечностей, синдромом Рейно, эмболией и тромбозом артерий нижних конечностей. Общее число таких пациентов составило 298 (57,3% случаев). Следующие по численности наблюдались

болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов, не классифицированные в других рубриках, общее количество таких пациентов было 144 (27,7%). На третьем месте - цереброваскулярные болезни 78 пациентов (15%).

Согласно алгоритму клинико-аналитического исследования, распределение групп инвалидности в группе пациентов с заболеваниями системы кровообращения: на первом ранговом месте лица с III группой инвалидности – 82 пациента (15,8%), со II группой – 34 пациента (6,5%), остальные пациенты, которых преобладающее большинство без группы инвалидности – 404 (77,7%).

При первичном освидетельствовании больных с БКМС отмечено преобладание лиц молодого возраста (46,6%) над старшими возрастными группами. Из общей группы инвалидов с БКМС первичные инвалиды с остеохондрозом и другими дорсопатиями в 1994 г. составляли 38,1% от всей группы БКМС, в 1996 г.-32,4%, в 1999 г.- 39,9%, в 2003 г. их доля возросла до 42,3%, являясь ведущей группой заболеваний в процессе инвалидизации пациентов с БКМС. По группам инвалидности: на первом ранговом месте лица с III группой (51,6%), на втором - II группа (43,3%) и на третьем – I группа инвалидности – 5,1% ВПИ.

Проведенный общий анализ первичной инвалидности взрослого и детского населения свидетельствует о постоянном тренде увеличения численности ВПИ, общей численности, уровня инвалидности в РФ. Лидирующее положение по первичной инвалидизации взрослого населения в последние годы занимают болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. У детей ведущими заболеваниями являются психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы и врожденные аномалии.

В **четвертой главе** выбранные для исследования группы пациенты со стомой, с заболеваниями системы кровообращения и болезнями костно-

мышечной системы, отражающие ведущие тенденции инвалидности взрослого населения, были подвергнуты экспертно-реабилитационной оценке. Проведенный в третьей главе традиционный анализ по МКБ-X, группам инвалидности и половозрастному составу, не позволяет судить о нарушениях и ограничениях жизнедеятельности и функционирования, необходимых для выработки адекватной тактики медико-социальной реабилитационной помощи.

Для оценки степени ограничений жизнедеятельности у лиц в избранных для исследования группах, была проведена комплексная экспертно-реабилитационная диагностика в соответствии с МКФ, которая включала анализ основных нарушений функций и структур организма, активности и участия (сфер жизнедеятельности), личностных факторов и факторов контекста (окружающей среды).

Анализ основных нарушенных функций и структур организма показал следующие результаты (диаграммы 1, 2). В изучаемой группе «стомированных» пациентов ведущими были нарушения в виде боли (100%), а так же функций и структур: пищеварительной системы (100%), кожи (81,6% - 100%), урогенитальной и репродуктивной системы (65,8%-34,4%), сердечнососудистой, иммунной и дыхательной систем (37,3% -25,2%).

Для пациентов с заболеваниями системы кровообращения анализируемой группы наиболее характерными были нарушения функций: сердечнососудистой, иммунной и дыхательной систем (100%), сенсорных функций и боль (90,3%), урогенитальных и репродуктивных (53,2%), связанных с движением (34%) и кожи (31,7%). Структуры организма были нарушены реже, так как большинство нарушений носили функциональный характер и не имели аналога в нарушениях соответствующих структур. Были зафиксированы нарушения структур сердечнососудистой, иммунной и дыхательной систем (96,5%), кожи (27,5%), связанных с движением (14,2%) и урогенитальной и репродуктивной систем (12,5%).

Ведущие нарушения функций у пациентов с БКМС: нейромышечные, скелетные и связанные с движением (100%), нарушения сенсорных функций и боль (86,6%), сердечнососудистой, крови, иммунной и дыхательной систем (20,8%). Среди основных структур организма, нарушенных у пациентов с дорсопатиями, выделялись нарушения структур, связанных с движением (90,6%), структуры нервной системы (86,9%).

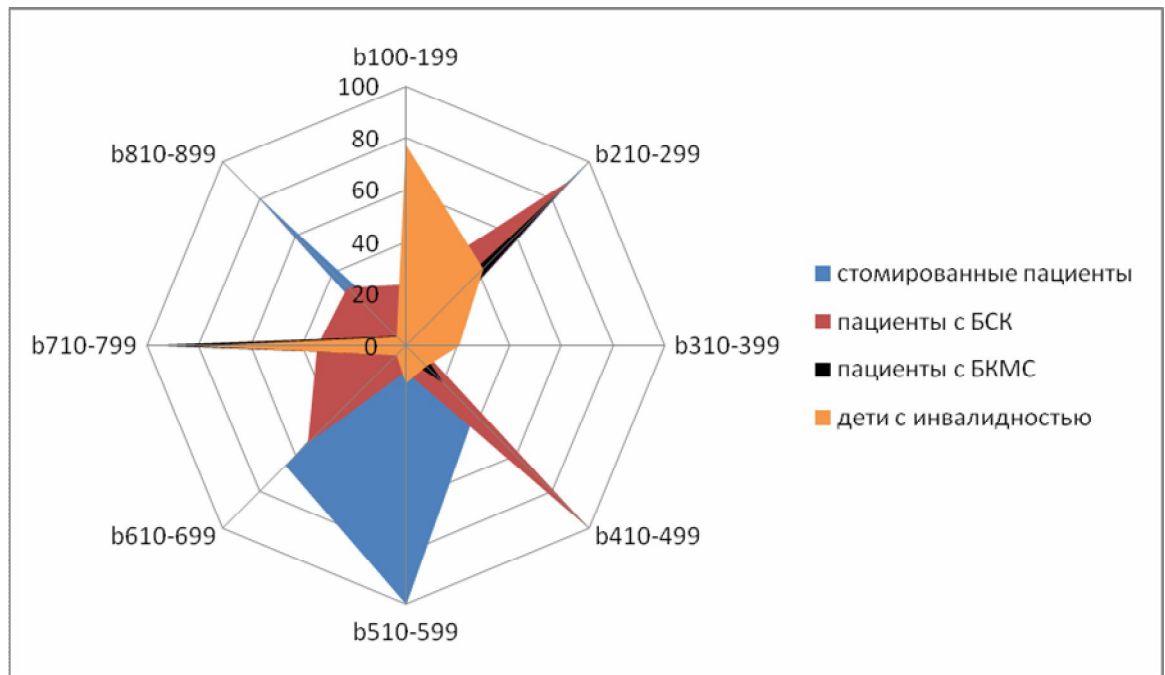


Диаграмма 1 Шкала нарушений функций организма в исследуемых группах (%)

Функции организма:

b100-199 умственные

b210-299 сенсорные и боль

b310-399 голоса и речи

b410-499 сердечнососудистой, крови, иммунной и дыхательной систем

b510-599 пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма

b610-699 уrogenитальные и репродуктивные

b710-799 нейромышечные, скелетные и связанные с движением

b810-899 кожи и связанных с ней структур

Таким образом, на основании клинико-аналитического исследования основных медико-биологических характеристик лиц с ограничениями жизнедеятельности и функционирования в трех группах: пациенты со стомами, с заболеваниями системы кровообращения, с болезнями костно-мышечной системы - выявлены значительные отличия характеристик ограничений и нарушений функций и структур организма, являющиеся важными показателями для планирования процесса медико-социальной

помощи этим группам. Несмотря на то, что часть наблюдаемых пациентов не имела инвалидности, нами фиксировались существенные ограничения жизнедеятельности, функционирования и здоровья у этих лиц, согласно МКФ.

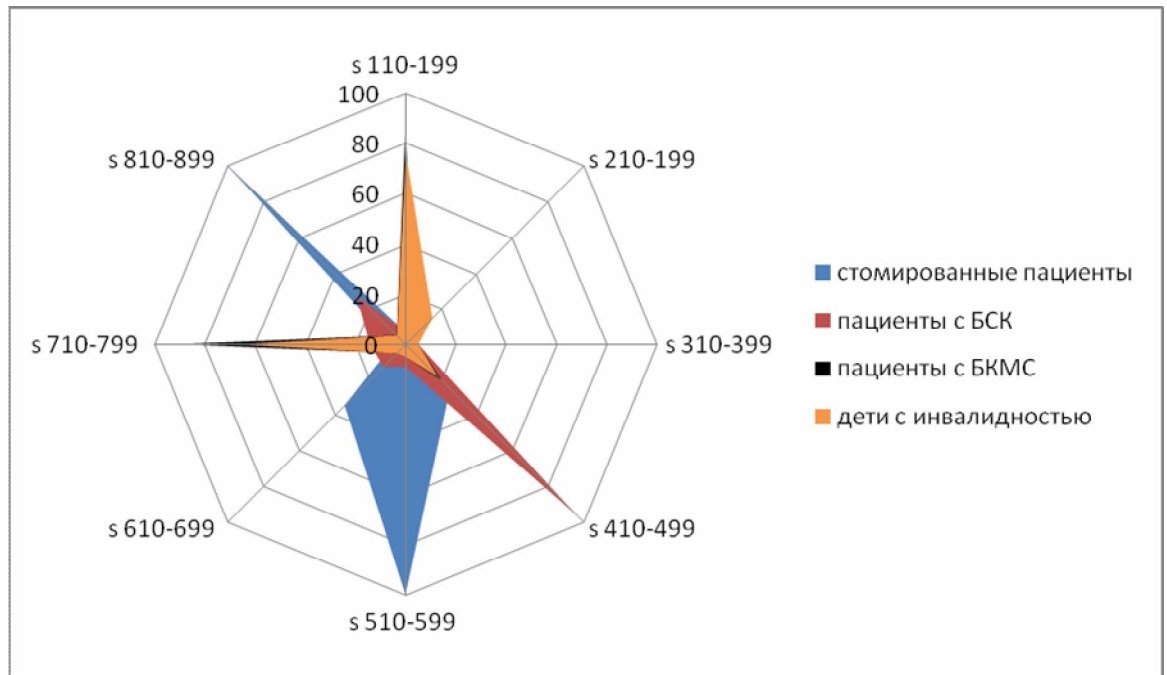


Диаграмма 2. Шкала нарушений структур организма в исследуемых группах (%)

Структуры организма:

s110-199 нервной системы

s210-199 глаз, ухо и относящиеся к ним

s310-399 участвующие в голосообразовании и речи

s410-499 сердечнососудистой, иммунной и дыхательной систем

s510-599 относящиеся к пищеварительной системе, метаболизму и эндокринной системе

s610-699 относящиеся к урогенитальной и репродуктивной системам

s710-799 связанные с движением

s810-899 кожа и относящиеся к ней структуры

Особой проблемой организации реабилитационной помощи является детская инвалидность, не ставя задачи решить ее в этой работе, представляется необходимым, освятить ее некоторые моменты для определения возможных путей адекватного ее решения.

Соответственно с алгоритмом клинико-аналитического исследования выявлялись ведущие нарушения функций и структур организма у детей в анализируемой группе. Выявлено: нарушения нейромышечных функций,

скелетных и связанных с движением (82,0%), нарушение умственных функций (77,5%), нарушения сенсорных функций и боль (42,2%), нарушения функции голоса и речи (20,5%); нарушения структур нервной системы (76,1%), нарушения структур, связанных с движением (67,7%), нарушения структур сердечнососудистой, иммунной и дыхательной систем (18,5%) (диаграммы 1, 2)

Как свидетельствуют наши данные, согласующиеся с другими исследователями, показатели наличия или отсутствия ограничений жизнедеятельности являются более информативными не только в плане анализа инвалидизирующих состояний, но и при планировании реабилитационных мероприятий.

Проведенные нами исследования, направленные на выявление ограничений жизнедеятельности и их степени путем опроса, наблюдения и психологического тестирования, показали наличие взаимосвязей между имеющимися соматическими нарушениями, внешними факторами, личностными особенностями пациентов и формами и видами реабилитационной помощи, в которой они нуждались.

Опрос проводился среди лиц с ограничениями жизнедеятельности разной степени выраженности, обусловленных нарушениями функции выделения (пациенты со стомой), и пациентов с заболеваниями сосудов нижних конечностей. Путем опроса были выявлены способности и ограничения в сфере самообслуживания, самостоятельного передвижения, обучения и межличностной коммуникации.

Пациенты со стомой (73,4%) испытывают большие ограничения в самообслуживании (способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, осуществлять повседневную бытовую деятельность и соблюдать личную гигиену), чем сосудистые больные (10,2%). Эта тенденция прослеживается во всех возрастных группах, причем проблемы нарастают с возрастом и степень их утяжеляется. Это, безусловно, связано с наличием стомы, уход за которой относится к самообслуживанию,

и только 0,2% стомированных пациентов не имеют ограничений в этой области.

В ходе опроса способность к самостоятельному передвижению, куда включены способность самостоятельно перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамках выполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности, и ее ограничения, также были исследованы. Большая группа стомированных пациентов, имела незначительные проблемы с самостоятельным передвижением – 77,4%, что также связано с наличием стомы, кало- и мочепремников, которые ограничивают их в способность перемещаться. Отчетливой связи с возрастом не наблюдается (среди 40-49 летних – 16,1%, и 50-59 летних – 5,9%), скорее ограничения связаны с длительностью наличия стомы у пациента и его индивидуальной приспособленности к ней. У пациентов с сосудистой патологией выраженность ограничений в передвижении (более половины всех опрошенных) наступает в 40-49 летнем возрасте и быстро прогрессирует, переходя в группу существенных ограничений к 80 и старше, что согласуется с динамикой протекания основных заболеваний сосудов нижних конечностей.

Способность к обучению выявлялась путем наблюдения и анализа педагогического процесса в ходе обучения стомированных пациентов навыкам ухода за стомой в «Школе стомированного пациента». Резких нарушений способности к обучению, как и предполагалось, нами выявлено не было, однако, следует отметить увеличение с возрастом доли лиц, испытывающих незначительные затруднения в этой области, что требует разработки особых педагогических методик для лиц старшего возраста, отличных от общепедагогических практик, наиболее приемлемых в молодом возрасте.

Анализ ограничений пациентов в сфере общения показал, что у стомированных пациентов и пациентов с сосудистой патологией различной этиологии существенных ограничений в этой сфере нет. Несколько большие

количество обследуемых, имеющих проблемы с общением среди стомированных (на 11, 8% больше, чем среди сосудистых больных с незначительными ограничениями и на 4,7% с существенными), вновь свидетельствует о проблемах личностно-психологического приспособления к стоме, приводящих к некоторым сдвигам и в коммуникативной сфере личности.

Полный анализ контекстных факторов, включающий факторы окружающей природной и социальной среды, которые могут влиять на индивида с изменением здоровья, на показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем этого индивида, весьма затруднен в силу своей обширности и не был целью нашего исследования.

Однако, в связи с большой ролью в реабилитационном процессе непосредственного окружения, включающего семейную и домашнюю обстановку, место работы, школу нами путем опроса, было исследовано наличие семейных проблем пациентов, без конкретизации типа семьи (собственная или родительская).

Более половины респондентов не отмечают проблем в своих семьях, больше всего таких ответов получено в возрастных группах от 30 до 79 лет. Более молодые испытуемые склонны отмечать незначительные проблемы (81,8%), группа старше 80 лет находит существенные проблемы в своих семьях в 26,7% случаев.

К факторам окружающей среды согласно МКФ относится многообразие микро и макросоциума, а также формы идеологии, политики и социальных институтов. Потребуются дальнейшие исследования, по изучению степени влияния факторов окружающей среды на жизнедеятельность и функционирование лиц с инвалидностью. Использование для ориентации в многообразии окружающих факторов, имеющих значение для здоровья и реабилитации критериев МКФ, позволит вести эти исследования на уровне международных стандартов, с получением сопоставимых результатов.

Внутренние (личностные) факторы индивида, так же как и внешние (окружающая среда) оказывают значительное влияние как на ограничения жизнедеятельности, так и на ход реабилитационного процесса. Анализ личностных характеристик стомированных пациентов по данным социопсихологического исследования показал следующее: здоровье для пациентов разных возрастных групп имеет одинаково большую, но различную по смыслу ценность. У пациентов трудоспособного возраста оно представляет самостоятельную аксеологическую единицу. В пожилом возрасте здоровье ценится за возможность поддерживать более широкие межличностные связи.

В трудоспособном возрасте у стомированных людей более выражена готовность принимать на себя ответственность за свою жизнь. Их желание улучшить здоровье, прежде всего, зависит от них самих, а потом уже от специалистов, государства, общества, близкого окружения. Пожилые пациенты (а они составляют большинство стомированных пациентов) менее склонны менять свой образ жизни для улучшения качества жизни. Они охотнее обращаются за помощью к специалистам, в государственные и общественные организации, к родственникам и друзьям.

Таким образом, для большинства стомированных пациентов характерна недостаточно активная личностная позиция в организации своей жизни. Тем не менее, когда пациентам удаётся улучшить своё здоровье, это даёт им возможность поддерживать самоуважение, уважение окружающих и постоянство межличностных контактов, обеспечивая тем самым их социальную адаптацию.

Среди стомированных пациентов 78% испытывают неудовлетворенность эмоциональной поддержкой, оказываемой им окружающими. В основном это пожилые одинокие люди, овдовевшие или находящиеся в разводе и живущие в семьях детей.

У 94,7% стомированных больных отчетливо выражены черты дисгармоничного отношения к болезни. Таких пациентов можно условно разделить на три группы в соответствии с типом отношения к болезни:

- эгоцентрический
- обсессивно-фобический
- эйфорично-эргопатический.

Таким образом, содержание и сущность ограничений жизнедеятельности раскрываются посредством отдельных, но взаимосвязанных параметров: функций и структур организма, сфер жизнедеятельности, факторов окружающей среды и личностных факторов.

Проведение экспертизы реализует многоцелевые подходы к функционированию и ограничению жизнедеятельности как взаимодействующих и развивающихся процессов, позволяя целенаправленно и дифференцированно, в зависимости от выявленных нарушений, планировать реабилитационную помощь.

Структура экспертно-реабилитационной информации, предусматривающая выявление изменений функций организма в едином блоке с факторами внешней среды позволяет предусмотреть меры как по устранению нарушений со стороны организма, так и социальных препятствий, обеспечивая комплексную многоуровневую реабилитационную помощь.

Подобный подход к сбору информации и его анализу позволяет использовать полученные результаты и при исследовании эффективности реабилитационных мероприятий в системе здравоохранения, а также при изучении качества жизни, факторов внешней среды, планирования мер социальной защиты, компенсационных систем их политики и реализации.

Пятая глава посвящена разработке модели комплексной многоуровневой реабилитационной помощи. Выявленные ограничения жизнедеятельности в трех плоскостях взаимодействия индивида со средой требуют своей коррекции в ходе реабилитационной помощи, формируемой так же на трех уровнях.

Реабилитационная помощь стомированным пациентам на фоне коррекции медико-биологических проблем, связанных со стомой, сосредотачивается на психолого-социальном уровне (схема 2).

В реабилитации стомированных людей в первую очередь необходимо обеспечить их высококачественными средствами ухода. Это позволит контролировать функцию кишечника или мочеточника, поможет адаптировать пациента к новому состоянию организма и даст ощущение надежности и защищенности. Основой качественной реабилитационной помощи стомированным пациентам является решение проблем доступности средств ухода, начиная с раннего послеоперационного периода.

Наиболее доступным и эффективным методом работы с пациентом и его семьей может стать проведение занятий в «Школе стомированного пациента». Основная цель которой — повышение информированности стомированных пациентов и улучшение их адаптации к новому состоянию организма.

«Школа стомированного пациента» решает следующие задачи:

- предоставить наиболее полную информацию о болезни и методах её лечения, а также о здоровом образе жизни;
- обучить правилам гигиены и технике ухода за стомой;
- обучить способам психологического и физиологического самоконтроля (диета, распределение физических нагрузок, аутотренинг);
- научить пациента и его семью самостоятельно решать возникающие проблемы.

Схема 2. Этапы реабилитационного процесса



Предлагаемая функционально-организационная модель комплексной многоуровневой реабилитационной помощи использует принцип дифференцирования уровней воздействия на индивида, для определения методов и технологий все лица с ограничениями жизнедеятельности подразделяются на три группы соответственно уровню нарушений социального взаимодействия:

- пациенты с ограничениями жизнедеятельности, обусловленными в основном проявлением болезни, нарушением функций и структур организма;
- пациенты с ограничениями жизнедеятельности, обусловленными ограничением активности и ограничением возможности участия в решении конкретных жизненных задач;
- пациенты с ограничениями жизнедеятельности, обусловленными факторами внешней среды.

В каждой группе выделяется характер и форма нарушения функционирования как результата или процесса взаимодействия изменения здоровья (в виде наличия болезни, травмы, расстройства) и факторов окружающей среды (непосредственного окружения), и саногенетических возможностей (реабилитационного потенциала) индивидуума.

Для достижения поставленной цели реабилитационный процесс дифференцируется на три составляющие:

- деятельность по оказанию реабилитационной помощи на уровне организма, направлена на коррекцию функций и структур организма, которые принимают участие в формировании соответствующих видов ограничений жизнедеятельности;
- деятельность по оказанию реабилитационной помощи на уровне личности, направлена на раскрытие потенциальных способностей ;
- деятельность по оказанию реабилитационной помощи на уровне окружающей среды, направлена на изменение факторов контекста,

создающих физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок жизненного пространства, (от непосредственного окружения индивидуума до общего окружения).

Каждый уровень реабилитационной помощи имеет свои преимущественные цели, технологии, точки приложения.

Реабилитационная помощь на медико-биологическом уровне ставит своей целью достижение оптимально возможного здоровья и медико-биологического функционирования, устранение ограничений жизнедеятельности, связанных с нарушениями функций и структур организма. Основные используемые технологии: обширный арсенал традиционных и современных лечебно-оздоровительных методов, среди которых широкое применение находят использование технологии восстановительной медицины, реконструктивной хирургии, протезно-ортопедической помощи, ЛФК, массажа, природных и преформированных физических факторов, применение лечебно-оздоровительных рационов питания, фитотерапии, гомеопатических средств, ароматерапии, рефлексотерапии, биоэнергоинформационные воздействия. Направления и виды комплексной медицинской реабилитации пациентов с ограничениями жизнедеятельности являются на сегодняшний день достаточно разработанными и успешно применяются в немногочисленных медицинских реабилитационных центрах.

Воздействие на уровне личности реабилитанта - достижение оптимально возможного раскрытия личностного потенциала, достижение акмэ. Психотерапевтические технологии воздействия, арттерапия, коммуникативные тренинги, тренинги эмоциональной устойчивости - неполный перечень применяемых ныне методик воздействия на этом уровне. Бурное развитие практических психотехник, наблюдаемое в наше время, требует дальнейшего детального изучения их форм воздействия на личность человека.

Модель комплексной многоуровневой реабилитационной помощи

| уровни | цели | технологии | специалисты | точки приложения |
|----------------------|---|---|--|---|
| Медико-биологический | Достижение оптимально-возможного уровня здоровья и медико-биологического функционирования, устранение ограничений жизнедеятельности, связанных с нарушениями функций и структур организма | Технологии восстановительной медицины Технологии реконструктивной хирургии Технологии протезно-ортопедической помощи Технологии санаторно-курортной помощи Технологии лекарственной помощи Технологии физкультурно-оздоровительные, спортивные | Медицинский персонал | Структуры и функции организма реабилитанта |
| Личностный | Достижение оптимально возможного раскрытия личностного потенциала, достижение акмэ | Технологии психотерапии: арттерапия, коммуникативные тренинги, тренинги эмоциональной устойчивости Образовательные технологии, | Психолог, социальный педагог | Личность реабилитанта |
| Социальный | Достижение оптимально возможной социальной интеграции, устранение ограничений жизнедеятельности, обусловленных факторами контекста | Технологии социально-бытовой адаптации Технологии социально-средовой реабилитации Технологии обеспечения техническими средствами реабилитации Технологии по архитектурно-планировочному решению проблем адаптации жилого помещения к потребностям инвалида Технологии профориентации и трудоустройства, профессионально-производственной адаптации. | Социальный работник, социальный реабилитолог | Факторы контекста: ближнее (семья, дом) и дальнее (производство, социальные службы, другие учреждения) окружение реабилитанта |

Социальный уровень реабилитационной помощи остается на сегодня малоразвитым в силу проблем общественного характера. Цель его - достижение оптимально возможной социальной интеграции, устранение ограничений жизнедеятельности, обусловленных факторами контекста. Применяемые методики: социально-бытовой адаптации, социально-средовой реабилитации, обеспечения техническими средствами реабилитации, по архитектурно-планировочному решению проблем адаптации жилого помещения к потребностям лица с инвалидностью, профориентации и трудоустройства, профессионально-производственной адаптации.

Устранение ограничений жизнедеятельности представляется как процесс и/или результат интеграции лиц с инвалидностью в общество, обеспечивающий им равные права и возможности; как позитивное воздействие на индивидуумы не только на уровне организма, но и общества с устранением негативных факторов окружающей среды, изменением социальной политики, создающих благоприятные возможности для реализации потенциала человека-личности и восстановления его социального статуса.

Комплексная многоуровневая реабилитационная помощь, имея в арсенале своих методов разнообразные технологии восстановительной медицины и медицинской реабилитологии, психологии и психотерапии, социальной работы и многих других, действует сообразно уровням нарушений взаимодействия человека со средой, устраняя возможные ограничения жизнедеятельности и функционирования.

Целью реабилитационной помощи становится интеграция человека в общество, устранение ограничений на уровне организма, личности и среды. Сложность задач по реализации подобных целей, в комплексной многоуровневой реабилитационной помощи для первоочередного решения понуждает выделить ведущие нарушения жизнедеятельности и функционирования, с учетом реабилитационного потенциала и аксеологических принципов личности реабилитанта. Таким образом,

реабилитация становится непрерывным процессом, с постепенно расширяющимися целями.

В **шестой главе** изложены и раскрыты основные положения обоснования этапов внедрения и стратегии развития многоуровневой реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности и функционирования. Эффективное функционирование системы реабилитационной помощи определяется основными системообразующими факторами:

- совершенствованием организационной системы, позволяющей обеспечить комплексную многоуровневую реабилитационную помощь (в рамках государственных гарантий) всем гражданам Российской Федерации, имеющим ограничения жизнедеятельности;
- развитием инфраструктуры системы реабилитационной помощи и ресурсного обеспечения, включая финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение реабилитационных учреждений на основе инновационных подходов;
- наличием достаточного количества подготовленных кадров реабилитационного профиля, способных решать задачи комплексной многоуровневой реабилитационной помощи.

Первым этапом в становлении системы реабилитационной помощи в стране должна стать организация научно-методического центра федерального значения, первой задачей которого будет создание актуальной информационной базы – единого регистра лиц с ограничениями жизнедеятельности, объединяющего существующие в настоящее время регистры по отдельным нозологиям и видам ограничений, ведомственные, региональные, негосударственные, данные пенсионного фонда и др.

Формирование единого регистра инвалидов предоставит доказательную базу для привлечения усилий всех структур общества к реабилитации, что приведет к улучшению здоровья населения РФ, а также

будет способствовать скорейшему переориентированию жителей России на стремление ранней диагностики патологии и профилактики инвалидности.

Использование новых информационных технологий, унификация представления информации, организация специализированных отделений мониторинга повысят достоверность собираемой информации. Сопоставимость отчетной информации с международными данными позволит более обоснованно готовить и реализовать международные программы укрепления здоровья населения РФ.

В целях обеспечения качества и доступности реабилитационной помощи необходимо создание организационной системы, предусматривающей развитие патронажно-реабилитационной помощи. Это должно предусматривать:

- создание сети учреждений (отделений) реабилитации, в том числе за счет перепрофилизации работающих стационаров и санаторно-курортных учреждений, расширения сети дневных стационаров восстановительного лечения и реабилитации;
- создание в каждом стационаре службы маршрутизации, ответственной за организацию долечивания и реабилитации;
- совершенствование службы активного патронажа;
- укомплектование учреждений реабилитации квалифицированными кадрами, способными оказывать комплексную многоуровневую помощь;
- оснащение учреждений реабилитации специализированным оборудованием с учетом международного опыта реабилитационной помощи.

ВЫВОДЫ

1. Проведенный анализ монографических исследований и периодических публикаций, диссертационных исследований по современным проблемам реабилитационной помощи, законодательных и нормативно-

правовых документов позволил выделить этапы становления реабилитационного дела в России. Это - начальный, связанный с зарождением социального служения и благотворительности; этап становления отечественной системы призрения инвалидов; этап развития экспертизы и формирования системы пенсионного обеспечения; современный этап развития видов и форм реабилитационного воздействия.

2. В ходе медико-социального анализа выявлена устойчивая тенденция роста числа впервые выявленных инвалидов (ВПИ) в последние годы. За пять лет впервые было признано инвалидами 9321 тыс. человек; в среднем увеличение числа за год составило 1331,5 тыс. инвалидов. Основную массу лиц, впервые признанных инвалидами в 2000-2007 гг., составляли инвалиды II группы, доля которых в среднем была равна – 61,4% от общего числа. В общем объеме ВПИ увеличивается доля лиц пожилого возраста (63% в 2006 г.).

3. Ведущими классами заболеваний по МКБ-X, приводящими к инвалидности взрослого населения в 2000-2007 гг., являются: болезни системы кровообращения (БСК; 46,7 инвалидов на 10 тыс. взрослого населения РФ), злокачественные новообразования (11,3 инвалидов на 10 тыс. взрослого населения РФ), болезни костно-мышечной системы (БКМС; 6,6 инвалидов на 10 тыс. взрослого населения РФ), последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин (4,9 инвалидов на 10 тыс. взрослого населения РФ). Это послужило основанием выбора групп для дальнейшего исследования.

4. Среди детского населения РФ ведущими заболеваниями, приводящими к инвалидности в 2000-2007 гг. являются: психические расстройства и расстройства поведения, (42,25 инвалида на 10 тыс. детского населения РФ), болезни нервной системы (41,7 инвалида на 10 тыс. детского населения РФ), врожденные аномалии (37,25 на 10 тыс. детского населения РФ).

5. В ходе традиционного анализа «стомированных» пациентов из класса онкологических больных, пациентов с БСК и БКМС по классам болезней (МКБ-Х), группам инвалидности и половозрастному составу достоверных различий в реабилитационных характеристиках лиц с инвалидностью разных групп получено не было. Дополнительной статистически достоверной информации получено не было и после выполненных исследований по разработке регистра стомированных больных.

6. Анализ, описанных и доступных вариантов регистров лиц с ограничениями жизнедеятельности разных групп, показал ограниченность этих регистров не только для исследовательских целей, но и для решения важнейших прикладных вопросов (объемов финансовых затрат на пособия и льготы, расчет потребности в лекарственном обеспечении, объемов реабилитационных мероприятий и т.п.). Сложилось мнение, что для этих целей в стране необходим единый регистр с банком данных о лицах с ограничениями жизнедеятельности всех видов.

7. Существенные дополнения к реабилитационным характеристикам были получены при анализе нарушений и ограничений жизнедеятельности и функционирования в соответствии с «Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ). При этом у лиц с инвалидностью разных исследуемых групп были выявлены статистически достоверные различия ($p < 0,05$).

8. Установлено, что ограничения жизнедеятельности зачастую напрямую не связаны с патологией, так, само наличие стомы не является физическим препятствием для передвижения и самообслуживания, однако «стомированные» пациенты испытывают ограничения в самообслуживании (73,4%), обусловленные самостоятельным уходом за стомой. Подобные особенности проявлений ограничений жизнедеятельности характерны и для других групп.

9. Наибольшие ограничения в сфере обучения и межличностной коммуникации выявлены при реабилитации детей с инвалидностью.

Возможные нарушения в этих сферах не исключены и во взрослых группах и должны учитываться и в практике реабилитации взрослых, особенно при организации «школ инвалидов».

10. Полученные результаты адекватно отражают реабилитационные характеристики пациентов и позволяют использовать их для выработки соответственной тактики медико-социальной реабилитационной помощи разным группам инвалидов. Использование критериев МКФ позволяет вести реабилитационные исследования на уровне международных стандартов, с получением сопоставимых результатов.

11. Полученные в исследовании различия представлены как возможные интегральные критерии прогнозных оценок и результативности (эффективности) реабилитационных мероприятий, которые определяются особенностями функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности реабилитанта, объемом, качеством, доступностью, а также сроками начала реабилитационных мероприятий. В проведенном исследовании мы ограничились вербальной характеристикой (см главу 4), так как детальные разработки системы эффективности и прогноза нуждаются в самостоятельном исследовании.

12. В работе представлены методологические основы и медико-социальные параметры многоуровневой реабилитационной помощи и организационно-функциональная модель многоуровневой реабилитационной помощи. В предлагаемой модели приоритетными направлениями являются устранение ограничений жизнедеятельности на основе многоуровневого воздействия комплекса реабилитирующих факторов, в том числе:

- изменение социальной политики, создающее благоприятные возможности для реализации потенциала личности и восстановления его социального статуса;
- патронажно-реабилитационная помощь с использованием современных разнообразных технологий восстановительной медицины;
- психотерапевтическая помощь реабилитанту и его семье;

- коррекция негативных факторов окружающей среды и микросоциума.

13. Патронажно-реабилитационная помощь включает в себя: создание во всех стационарах службы маршрутизации, ответственной за организацию долечивания и реабилитации, оптимизацию потоков нуждающихся в реабилитационной помощи и выбор рационального маршрута; развитие системы учреждений (отделений), в том числе, за счет перепрофилизации работающих стационаров и санаторно-курортных учреждений, способных оказывать комплексную многоуровневую реабилитационную помощь; совершенствование службы активного патронажа

14. Стратегия внедрения системы комплексной многоуровневой реабилитационной помощи определяет создание научно-методического центра для мониторинга проблем инвалидности, создания единого регистра (банка данных) лиц с инвалидностью, обеспечения развития теории и практики комплексной многоуровневой реабилитационной помощи, а так же последипломного образования специалистов реабилитационного профиля; развитие системы учреждений реабилитационного направления; формирование отечественного рынка реабилитационного оборудования.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Необходимо разработать и утвердить национальную стратегию развития реабилитационной помощи, учитывающую особенности современной социально-экономической и демографической ситуации и стратегический план мероприятий, направленных на модернизацию системы организации оказания реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности.

2. Разработанные и апробированные принципы комплексной оценки ограничений жизнедеятельности лиц с инвалидностью на основе действующих классификаций МКБ-Х и МКФ необходимо шире использовать в практике реабилитационных центров различных типов, с целью

совершенствования работы и получения сопоставимых данных и на международном уровне в том числе.

3. Концептуальные основы комплексной многоуровневой реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности должны строиться на взаимодействии мер экономического, социального и медико-реабилитационного характера с привлечением технологий социальной работы, практической психотерапии, оккупациональной терапии, арттерапии и др.

4. Предложенная новая организационно-функциональная модель комплексной многоуровневой реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности может быть внедрена в учреждениях реабилитационного профиля различных типов.

5. Необходимо развитие в реабилитационной практике лиц с ограничениями жизнедеятельности многоуровневого подхода к диагностике и решению проблем реабилитанта, с выделением медико-биологического, личностного и социального уровней.

6. Для преодоления ведомственной разобщенности реабилитационных учреждений необходимо создание единой системы реабилитационной помощи в стране, и первым этапом должна стать организация научно-методического центра федерального значения, одной из задач которого будет создание актуальной информационной базы и мониторинга проблем инвалидности и инвалидов.

7. Система подготовки специалистов реабилитационного профиля должна быть согласована с потребностями и приоритетами развития реабилитационной помощи. Необходимо расширить подготовку специалистов, владеющих новыми медико-социальными технологиями. Подготовка кадров должна предусматривать использование соответствующих баз практик образовательных учреждений.

СПИСОК РАБОТ,
ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Лукьянова И.Е. Диспансеризация больных с венозной патологией в условиях сельской местности с повышенным риском хромовой интоксикации / Савицкий В.И., Сигида Е.А. // Региональные проблемы охраны окружающей среды и здоровья населения, Актюбинск, 1992, С.76-93.
2. Лукьянова И.Е. Исследование венозной системы конечности ультразвуковым методом / Савицкий В.И., Сигида Е.А. // Современные проблемы лечения перитонита и хирургической инфекции, Актюбинск, 1993. - С.45-54.
3. Лукьянова И.Е. Валеологические технологии в практике социально-медицинской работы / Сигида Е.А. // Конгресс по профилактической медицине, тезисы докладов. Санкт-Петербург, 1998. - С.106-108.
4. Лукьянова И.Е. Превентивная флебология как раздел практической валеологии / Сигида Е.А., Зозуля М.П., Кургузов В.Т. // Конгресс по профилактической медицине, тезисы докладов. Санкт-Петербург, 1998. - С.108-112.
5. Лукьянова И.Е. Основы социально-медицинской работы (учебное пособие). Разделы: 1.4, 2.3 М.: ГАСБУ, 1998. - 256с.
6. Лукьянова И.Е. Организация учебного процесса по подготовке оккупациональных терапевтов в Великобритании // Трудотерапия в Великобритании и Франции. Москва, 2000. –С.68-98.
7. Лукьянова И.Е. Оккупациональная терапия – активный компонент медико-социальной реабилитации // Развитие социальной реабилитации в России. Москва, 2000. - С.64-82.
8. Лукьянова И.Е. Социальная валеология в структуре социального образования / Сигида Е.А. // Актуальные проблемы теории и технологии социальной работы. Москва, 2000. - С.24-32.
9. Лукьянова И.Е. Оккупациональная терапия в системе социально-культурного сервиса // Индустрия сервиса в XIX веке: социально-гуманитарный аспект. Москва, 2000, - С.96-108.
10. Лукьянова И.Е. Проблемы реабилитации инвалидов: социокультурный аспект / Сигида Е.А. // Проблемы реабилитации в социальной работе и сервисе Тематический сборник, Москва 2001.- С.18-24.
11. Лукьянова И.Е. Оккупациональная терапия в контексте социальной реабилитации // Проблемы реабилитации в социальной работе и сервисе Тематический сборник. Москва, 2001. – С.68-78.
12. Лукьянова И.Е. Образовательно-реабилитационный центр в системе социального образования / Сигида Е.А. // Актуальные проблемы интегрированного обучения. Материалы Международной научно-практической конференции, 29-31 декабря 2001г, М., 2001. – С.56-66.

13. Лукьянова И.Е. Инвалид и общество: социокультурный аспект / Сигида Е.А. // Человек в российской повседневности. Сборник научных статей. М.: МГУС, 2001, С.25-32.
14. Лукьянова И.Е. Социально-медицинский сервис в контексте социальной защиты населения / Сигида Е.А. // Правовые, социальные и гуманитарные проблемы развития сферы сервиса / Материалы секции III Международной конференции «Индустрия сервиса в XXI веке». – М.: СТИ МГУС. 2001. – С.67-75.
15. Лукьянова И.Е. Медико-социальная работа / Сигида Е.А. // Учебно-методическое пособие. Москва: МГУС, 2001 г. - 66с.
16. Лукьянова И.Е. Реабилитация – активный компонент социальной защиты / Сигида Е.А., Сигида Л.И. // Становление и развитие научных исследований социального сервиса. Материалы секции 7 Международной научно-практической конференции «Наука – индустрии сервиса», 22-23 апреля 2002г, М.: МГУС. С.42-50.
17. Лукьянова И.Е. Креативная деятельность в реабилитационном процессе // Реабилитация – компонент устойчивого развития общества. Материалы всероссийской конференции 4-5 июня 2002 г. М.: МГУС. – С.23-34.
18. Лукьянова И.Е. Практико-ориентированное направление подготовки медико-социальных работников / Сигида Е.А. // Проблемы пожилых людей в современных условиях. Материалы российской научно-практической конференции «Медико-социальная помощь пожилым людям». М., 2002. – С.17-25.
19. Лукьянова И.Е. Практика студентов по специальности «Социальная работа» специализации «Медико-социальная работа» / Сигида Е.А. Методический сборник. Москва: МГУС, 2002. – 84с.
20. Лукьянова И.Е. Медико-социальная работа: введение в профессию, вопросы и ответы / Сигида Е.А. Учебно-методическое пособие. Москва: МГУС, 2002.- 138с.
21. Лукьянова И.Е. Социальная защита инвалидов: медико-социальный аспект / Сигида Е.А. // 10-летие социальной работы в России: итоги, проблемы, перспективы. Пушкино, 2002. С42-54.
22. Лукьянова И.Е. Социально-медицинский менеджмент реабилитационного процесса // Современные проблемы реабилитации: Общество. Личность. Сервис. Тематический сборник – М.: МГУС, 2003. – С.26-32.
23. Лукьянова И.Е. Социально-медицинская помощь в геронтологии / Сигида Е.А. // Роль нестационарных учреждений социального обслуживания населения. Материалы научно-практической конференции. М.: МГУС, 2004. С.32-47.
24. Лукьянова И.Е. Подготовка медико-социальных работников как аналога оккупациональных терапевтов / Сигида Е.А. // Социальная работа, 2004, №2. - С.24-28.

25. Лукьянова И.Е. Проблемы совершенствования социально-медицинской подготовки студентов социальных специальностей / Сигида Е.А. // Гуманитарные проблемы реабилитационного сервиса. Тематический сборник. М.: МГУС, 2004. С.36-42.
26. Лукьянова И.Е. Сервисные технологии медико-социальной работы // Гуманитарные проблемы реабилитационного сервиса. Тематический сборник. М.: МГУС, 2004. С.42-50.
27. Лукьянова И.Е. Социально-медицинский сервис: проблемы реабилитации / Сигида Е.А. // Теоретические и практические проблемы социологии, социальной работы, педагогики и психологии. Сб. научных статей. М.: МГУС, 2004. С.24-35.
28. Лукьянова И.Е. Содержание и методика социальной работы / Сигида Е.А., Бабкин Н.И., Беззубик К.В. Учебное пособие с грифом УМО. Москва: «Владос», 2004.- 362с.
29. Лукьянова И.Е. Социально-медицинские услуги / Сигида Е.А. Монография. М.: МГУС, 2004. – 120с.
30. Лукьянова И.Е. Образовательно-реабилитационные технологии высшего профессионального образования лиц с ограничениями жизнедеятельности / Сигида Е.А. // Национальные проекты и социальное образование: опыт и проблемы подготовки кадров для социальной сферы. Материалы VI Всероссийского социально-педагогического конгресса 6-7 июня 2006 г. / Под общей редакцией академика РАН В.И.Жукова. – М.: Издательство РГСУ «Союз», 2006. С.78-82.
31. Лукьянова И.Е. Инновационная реабилитация – приоритетное направление медико-социальной работы / Сигида Е.А. // Социальные технологии, исследования, 2006, №2, с.56-61.
32. Лукьянова И.Е. Медико-социальная помощь пациентам с венозной недостаточностью нижних конечностей / Сигида Е.А. // Стационар замещающие технологии в условиях лечебно-диагностического Центра (тезисы докладов юбилейной научно-практической конференции, посвященной 85-летию со дня основания 12 ЛДЦ МО РФ). М, 2006. – С.62-64.
33. Лукьянова И.Е. Проблемы реабилитации: социальный и медицинский аспекты / Сигида Е.А., Суханов В.Г. // Социальная политика и социология, 2006, №4. с.54-62.
34. Лукьянова И.Е. Роль и место «сервиса» в системе охраны здоровья в жизни общества / Сигида Е.А. // Теоретические и прикладные проблемы сервиса, 2006, №4. с.94-100.
35. Лукьянова И.Е. Интеграция в социум индивидов с анатомическими нарушениями функции выделения / Сигида Е.А. Суханов В.Г. // ЗДОРОВЬЕ. РЕАБИЛИТАЦИЯ. СЕРВИС. Сборник научных трудов / Отв. ред. Е.А.Сигида, ГОУВПО «МГУС». – М., 2006. – С.81-94.

36. Лукьянова И.Е. Основные положения инновационной реабилитации лиц с ограничениями жизнедеятельности // ЗДОРОВЬЕ. РЕАБИЛИТАЦИЯ. СЕРВИС. Сборник научных трудов / Отв.ред. Е.А.Сигида, ГОУВПО «МГУС». – М., 2006. – С.94-102.
37. Лукьянова И.Е. Профессиональная реабилитация глазами лиц с ограничениями жизнедеятельности и работников МСЭК / Сопелева Т.А. // ЗДОРОВЬЕ. РЕАБИЛИТАЦИЯ. СЕРВИС. Сборник научных трудов / Отв.ред. Е.А.Сигида, ГОУВПО «МГУС». – М., 2006. – С.102-108.
38. Лукьянова И.Е. Медико-социальные услуги: специализированное направление социальной работы / Сигида Е.А. // XXI век: итоги и новые горизонты социальной работы (к 15-летию кафедры социологии и социальной работы): материалы 1-ой Всероссийской конференции 4-5 апреля 2007, 3 часть. ГОУ ВПО «МГУС». – М., 2007. – С.64-72.
39. Лукьянова И.Е. Качество жизни: психологически, социально-медицинский аспекты / Сигида Е.А. // Сервис plus, 2007, №№, С.69-73
40. Лукьянова И.Е. Реабилитационная помощь лицам с ограничениями жизнедеятельности / Суханов В.Г. Монография. Москва: Наука, 2007. - 240с.
41. Лукьянова И.Е. Проблемы развития реабилитационных технологий / Сигида Е.А., Суханов В.Г. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2007, №1., с36-39
42. Лукьянова И.Е. Инновационные технологии реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности / Сигида Е.А., Суханов В.Г. // Социология медицины, 2007, №1 – С.3-8.
43. Лукьянова И.Е. Роль и значение физической реабилитации в структуре оказания реабилитационной помощи больным с хронической венозной недостаточности / Сигида Е.А. // ЛФК и массаж, 2007, №3. – С.3-5.
44. Лукьянова И.Е. Медико-социальная реабилитация пациентов с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей / Серебрянский Ю.Е., Сигида Е.А. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2007, №3, С.9-12.
45. Лукьянова И.Е. Антропология / Овчаренко В.А. // Учебное пособие с грифом УМО. Москва, «Инфра-М», 2008 – 240с.
46. Лукьянова И.Е. Реабилитационная помощь лицам с ограничениями жизнедеятельности (стомированным пациентам) / В.Г.Суханов, Е.А.Сигида // Социальная работа в учреждениях здравоохранения: Материалы межрегиональной практической конференции. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008. С.67-88.
47. Лукьянова И.Е. Проблемные вопросы комплексной реабилитации пациентов с ограничениями жизнедеятельности // Сборник докладов и выступлений на V международной иппотерапевтической конференции 5-7 декабря 2008. М., 2009. - С.26-30.

48. Лукьянова И.Е. Технологии и методы оздоровительного сервиса / Сигида Е.А. Учебное пособие с грифом УМО. Москва, «Инфра-М», 2009. 120с.
49. Лукьянова И.Е. Современные проблемы инвалидности и инвалидов в России / Денисенков А.И., Зубарева Е.И., Орлова Г.Г., Отинова Л.В. // Актуальные проблемы профилактической и реабилитационной медицины: Сборник научных работ, посвященный 100-летию Саратовского государственного медицинского университета / под общей редакцией чл.кор. РАМН, проф. П.В.Глыбочко.- Саратов: Изд-во СГМУ, 2009. -с.40-47
50. Лукьянова И.Е. Теоретические, социальные и организационно-методические проблемы оказания реабилитационной помощи населению / Орлова Г.Г. // Актуальные проблемы профилактической и реабилитационной медицины: Сборник научных работ, посвященный 100-летию Саратовского государственного медицинского университета / под общей редакцией чл.кор. РАМН, проф. П.В.Глыбочко.- Саратов: Изд-во СГМУ, 2009. - с.164-175
51. Лукьянова И.Е. Опыт внедрения методологии комплексной реабилитации детей с ограничениями жизнедеятельности на основе лечебной верховой езды и инвалидного конного спорта / Роберт Н.С., Денисенков А.И., Никитский Д.Н. // Актуальные проблемы профилактической и реабилитационной медицины: Сборник научных работ, посвященный 100-летию Саратовского государственного медицинского университета / под общей редакцией чл.кор. РАМН, проф. П.В.Глыбочко.- Саратов: Изд-во СГМУ, 2009. - с.191-201
52. Лукьянова И.Е. Отинова Л.В. О современных проблемах инвалидности и инвалидов. / Денисенков А.И., Зубарева Е.И., Орлова Г.Г. // Социальные аспекты здоровья населения. 2009. №1. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/111/73/> (дата обращения 28.04.2009)
53. Лукьянова И.Е. Из истории становления медико-социальной помощи в России / Сигида Е.А. // Сервис plus 2009, №2, С.9-14.
54. Лукьянова И.Е. Семьеведение. / Прохорова Э.М., Шиповская Л.П. // Учебное пособие с грифом УМО. Москва, «Инфра-М», 2009. 260с.
55. Лукьянова И.Е. К оценке результатов комплексной реабилитации детей с ограничениями жизнедеятельности на основе лечебной верховой езды и инвалидного конного спорта / Орлова Г.Г., Денисенков А.И. // ЛФК и массаж, 2009, №8. – С.3-7.
56. Лукьянова И.Е. Организационно-методическое обеспечение профилактической помощи учащейся молодежи разных социальных групп / Андреева И.Л., Антипенков С.В., Дудрова Е.В., Герасименко Ю.А., Гришина В.А., Балашова М.Е., Невзоров А.А., Никитский Д.Н. // Методические рекомендации Минсоцразвития России под редакцией проф. Г.Г. Орловой, Г.Н. Шеметовой. – М., 2009. -48с.

57. Лукьянова И.Е. О профилактической помощи учащейся молодежи / Орлова Г.Г., Шеметова Г.Н., Антипенков С.В., Арефьева И.С., Невзоров А.А., Никитский Д.Н. // Учебное пособие. - М., 2009. -129с.
58. Лукьянова И.Е. Оккупациональная терапия в реабилитационной практике стомированных пациентов / Ф.А.Юнусов, В.Г.Суханов // ЛФК и массаж, 2009, №9. – С. 7-10.