

Компонент «Здоровье»



Реабилитация на уровне общины Руководство по РУО



Всемирная организация
здравоохранения



WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Community-based rehabilitation: CBR guidelines.

1. Rehabilitation. 2. Disabled persons. 3. Community health services. 4. Health policy. 5. Human rights. 6. Social justice. 7. Consumer participation. 8. Guidelines. I. World Health Organization. II. UNESCO. III. International Labour Organisation. IV. International Disability Development Consortium.

ISBN 978 92 4 154805 2

(NLM classification: WB 320)

© Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть приобретены в WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Запросы о разрешении на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ – для продажи или некоммерческого распространения – следует направлять в WHO Press по вышеуказанному адресу (факс: +41 22 791 4806; адрес электронной почты: permissions@who.int).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

Дизайн и верстка: Inis Communication – www.iniscommunication.com

Отпечатано на Мальте

Руководство по РУО

Компонент «Здоровье»

Содержание

Преамбула	1
Укрепление здоровья	11
Профилактика	21
Медицинская помощь	33
Реабилитация	45
Вспомогательные приспособления	59

Преамбула

Право на здоровье без дискриминации закреплено в различных международных правовых актах. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) провозглашает, что «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического и социального положения» (1).

Предметом Конвенции ООН о правах инвалидов является право инвалидов на здоровье. Глава 25 требует от государств-участников признания того, что «инвалиды имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности» и, в совокупности с Главой 20 («Индивидуальная мобильность») и Главой 26 («Абилитация и реабилитация»), определяет основные меры, которые должны принять государства-участники для обеспечения доступа инвалидов к услугам здравоохранения, учитывающим гендерную специфику, в том числе к реабилитации по состоянию здоровья (2).

К сожалению, опыт показывает, что нередко инвалиды получают менее качественные услуги здравоохранения, чем основная масса населения (3), а также сталкиваются с различными трудностями при осуществлении своего права на здоровье (4).

Право на здоровье касается не только доступа к услугам здравоохранения, но и доступа к определяющим факторам здоровья, таким как безопасная питьевая вода, адекватные санитарные и жилищные условия. Право на здоровье включает в себя также другие права и свободы. В их число входят свобода от несогласованного с пациентом лечения, в частности, от экспериментов и исследований, и свобода от истязаний или другого жестокого, негуманного или унижающего обращения. Права, связанные со здоровьем, включают в себя право на охрану здоровья, на профилактику, лечение и контроль над заболеваниями, на доступ к основным медикаментам, а также на участие в принятии решений, связанных со здоровьем (4).

Программы реабилитации на уровне общин (РУО) оказывают поддержку инвалидам в достижении наивысшего возможного уровня здоровья. Они действуют в пяти ключевых сферах: укрепление здоровья, профилактика, медико-санитарная помощь, реабилитация и вспомогательные приспособления. Программы РУО содействуют инклюзивной охране здоровья путем взаимодействия с сектором здравоохранения с целью обеспечения доступа для всех инвалидов и активно выступают за то, чтобы службы здравоохранения соблюдали права инвалидов (5), проявляли внимание к их нуждам, были партисипативными и осуществлялись на базе общины (6).

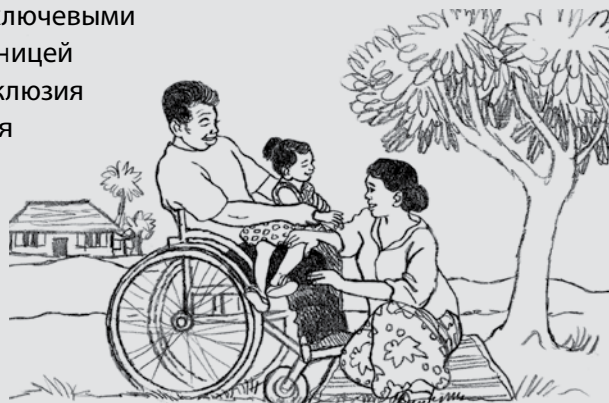
Исторически в программах РУО основное внимание уделялось сектору здравоохранения; но поскольку на здоровье влияет множество факторов, возникает потребность в мультисекторальном сотрудничестве и инклюзии (7), а программам РУО необходимо действовать в самых разнообразных областях, таких как образование и занятость. Учитывая масштабность темы здоровья, основное внимание в данном компоненте уделяется деятельности программ РУО в секторе здравоохранения.

Доведение медико-санитарных услуг до уровня общины

В Таиланде первичное медико-санитарное обслуживание имеет долгую и славную историю, на протяжении которой было осуществлено много новаторских стратегий и мероприятий. Во многих провинциях страны первичное медико-санитарное обслуживание базируется на сети сателлитных подразделений – пунктов первичной медико-санитарной помощи (ППМСП), связанных с крупными центральными больницами и получающих от них поддержку. В 2006 г. одна из таких больниц, в городе Сичон, внедрила в своей сети ППМСП программу реабилитации на уровне общин (РУО). Частью этой сети является медпункт Тха-Хин. Он расположен в сельском районе, а штат его работников включает в себя семейного врача, фармацевта, медицинских сестер и средний медперсонал. До внедрения программы РУО этот коллектив занимался в основном вопросами общего укрепления здоровья и профилактикой. Однако с внедрением программы РУО сотрудникам медпункта были поручены выявление инвалидов и удовлетворение их общих и специализированных потребностей в медико-санитарной помощи.

Основное внимание в программе РУО уделялось медико-санитарному обслуживанию инвалидов на дому. Была создана схема надомного медобслуживания (предназначенная также для пожилых людей и лиц с хроническими заболеваниями), обеспечивавшая прямую связь с больницей Сичона. Визиты на дом сотрудников медицинского пункта Тха-Хин, а также физиотерапевта из больницы Сичона осуществляются на регулярной основе, что позволяет людям избежать ненужных и дорогостоящих поездок. Был разработан также протокол реабилитации на дому. Местные добровольцы и члены семей инвалидов были обучены методам проведения базовой реабилитации инвалидов (т. е. обучения повседневным бытовым навыкам) и побуждались содействовать развитию инклюзивного образования для детей-инвалидов. Благодаря мультидисциплинарному подходу все инвалиды имеют доступ к медико-санитарному обслуживанию и реабилитационным услугам в своих общинах, а при необходимости получают направление к специалистам больницы Сичона.

Оценка, проведенная в 2008 г., показала, что программы РУО эффективно обеспечивали широкий спектр медико-санитарных услуг для инвалидов и членов их семей, в том числе раннее выявление инвалидов и раннее вмешательство, медико-санитарное просвещение, а также реабилитацию, включая функциональный тренинг и обеспечение вспомогательными приспособлениями. В целом качество жизни всех инвалидов повысилось, включая расширение их самостоятельности, увеличение мобильности и улучшение коммуникативных навыков. Улучшилась также поддержка, предоставляемая родителям детей-инвалидов. Сложились хорошие рабочие отношения между ключевыми заинтересованными сторонами (больницей Сичона, медпунктами, общиной), а инклюзия местных добровольцев и мобилизация других ресурсов способствовали расширению прав и полномочий общины и содействовали возникновению у ее жителей чувства собственности на результаты проекта.



Цель

Инвалидам обеспечивается наивысший достижимый уровень здоровья.

Роль программ РУО

Роль программ РУО заключается в тесном сотрудничестве с сектором здравоохранения для гарантированного удовлетворения потребностей инвалидов и членов их семей в сферах укрепления здоровья, профилактики, медицинской помощи, реабилитации и вспомогательных приспособлений. Программам РУО также необходимо вести работу с отдельными лицами и членами их семей с целью облегчить им доступ к услугам здравоохранения, а также взаимодействовать с другими секторами, гарантируя тем самым воздействие на все аспекты проблемы здоровья.

Желаемые результаты

- Инвалиды и члены их семей совершенствуют знания о своем здоровье и активно участвуют в достижении высокого уровня здоровья.
- Сектор здравоохранения осведомлен о возможности достижения инвалидами высокого уровня здоровья; в нем отсутствует дискриминация по признаку инвалидности и по иным признакам, таким как пол.
- Инвалиды и члены их семей пользуются доступом к медико-санитарному обслуживанию и реабилитационным услугам, преимущественно в общине или в непосредственной близости от нее и по доступной цене.
- Меры вмешательства в области здравоохранения и реабилитации позволяют инвалидам стать активными участниками жизни семьи и общины.
- Улучшилось взаимодействие между всеми секторами в сфере развития, включая образование, зарабатывание средств к существованию и социальный сектор, с целью достижения инвалидами высокого уровня здоровья.

Ключевые понятия

Здоровье

Что такое здоровье?

Здоровье традиционно определяется как отсутствие болезней или недугов. Однако определение ВОЗ существенно расширяет это понятие: здоровье – это «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (1). Здоровье является ценным ресурсом, который позволяет людям вести личностно, социально и экономически продуктивную жизнь, предоставляя им возможность свободно трудиться, учиться и активно участвовать в жизни семьи и общины.

Хуршида

Хуршида родилась слепоглухонемой в маленькой деревне округа Барабанки, в индийском штате Уттар-Прадеш. Когда Сатьябхама, сотрудница программы РУО, прошедшая подготовку в организации Sense International India, встретила ее, Хуршиде было 10 лет и большую часть своей жизни она проводила лежа в темном углу семейного дома, будучи полностью изолированной от своей общины. Она во всем зависела от матери и была неспособна общаться. Сатьябхама стала упорно работать с ней, обучая девочку повседневным бытовым и коммуникативным навыкам. Хуршида начала демонстрировать положительные результаты: научилась садиться, принимала пищу вместе со своей семьей и играла с игрушками. Она начала осваивать язык прикосновений, например, поняла, что потянуть мать за сари означает попросить ее не уходить. Со временем Сатьябхама смогла взять Хуршиду за руку и побудить ее сделать первые шаги за пределами родного дома. Возможно, девочка не слышала пения птиц и не видела солнца, но выражение ее лица говорило о том, что ей нравится, как свежий ветерок обдувает ее лицо. Программа РУО помогла семье Хуршиды получить свидетельство об инвалидности, что открыло для нее доступ к широкому спектру услуг. Программа также помогла матери Хуршиды получить противотуберкулезное лечение. Сатьябхама продолжает работать с Хуршидой и сейчас обучает ее жестовому языку. Хуршиде и ее семье предстоит пройти еще долгий путь, но при поддержке программы РУО они стремятся достичь полной инклюзии Хуршиды в жизнь ее общины.

Детерминанты здоровья

На состояние здоровья человека влияет широкий спектр личностных, экономических, социальных и средовых факторов. Эти факторы, обычно называемые детерминантами здоровья, перечисляются ниже (адаптировано из (8):

- Генетический фактор: наследственность влияет на продолжительность жизни, уровень здоровья и вероятность развития определенных заболеваний.
- Индивидуальное поведение и образ жизни: рацион питания, активность, курение, употребление алкоголя и способность справляться со стрессами – все это влияет на состояние здоровья.
- Доход и социальный статус: чем больше разрыв между богатыми и бедными, тем сильнее проявляются различия в состоянии здоровья.
- Занятость и условия труда: трудоустроенные люди имеют более высокий уровень здоровья, особенно те, у кого больше возможностей для контроля за соблюдением условий труда.
- Образование: низкий уровень образованности коррелирует с низким уровнем здоровья, более высокими стрессами и меньшей уверенностью в себе.
- Сети социальной поддержки: более активная поддержка со стороны семьи, друзей и общины коррелирует с более высоким уровнем здоровья.
- Культура: традиции, обычаи и верования семьи и общины влияют на здоровье.
- Пол: мужчины и женщины страдают от разных типов заболеваний в разных возрастах.

- Природная среда: безопасная вода, чистый воздух, здоровые условия труда, безопасные жилища, общины и дороги – все это содействует улучшению состояния здоровья.
- Медико-санитарное обслуживание: доступность и использование услуг влияет на состояние здоровья.

Некоторые из перечисленных факторов можно контролировать: например, тот или иной человек может выбрать здоровое или нездоровое поведение. Однако другие факторы, например, генетические, не поддаются контролю.

Инвалидность и здоровье

На конференции по первичной медико-санитарной помощи, состоявшейся в Алма-Ате в 1978 г., ВОЗ провозгласила глобальную цель в области здравоохранения: «Здоровье для всех». И тридцать лет спустя эта цель по-прежнему стоит перед общинами всего мира, а у многих групп людей, включая инвалидов, состояние здоровья по-прежнему хуже, чем у остальных.

Чтобы обеспечить инвалидам наивысший достижимый уровень здоровья, необходимо помнить следующее:

- Инвалиды, как и остальное население, нуждаются в услугах по удовлетворению общих медико-санитарных потребностей (таких как укрепление здоровья, профилактика и медико-санитарная помощь), включая различные потребности на разных этапах жизни.
- Хотя не у всех инвалидов нарушения связаны с проблемами здоровья, многие из них нуждаются в специализированном медико-санитарном обслуживании, включая реабилитацию, на регулярной или периодической основе в отдельные периоды или на протяжении всей жизни.

Медицинская помощь

Предоставление медицинской помощи

В пределах каждой страны медицинская помощь предоставляется в рамках системы здравоохранения, в состав которой входят все те организации, учреждения, ресурсы и люди, чьей основной целью являются укрепление, восстановление и поддержание здоровья. Хотя в конечном счете ответственность за систему здравоохранения лежит на государстве, большая часть медицинской помощи предоставляется совместно общественным, частным, традиционным и неформальным секторами (9).

В «Докладе о состоянии здравоохранения» за 2008 г. подчеркивается важнейшая роль первичного медико-санитарного обслуживания (ПМСО) для каждого человека (10). ПМСО – важнейший тип медико-санитарной помощи, повсеместно доступный индивидам и семьям по экономически приемлемой цене. Это первичный уровень взаимодействия индивидов, семей и общин с национальной системой здравоохранения, который максимально приближает медицинское обслуживание к месту работы и проживания людей (11).

Препятствия для медико-санитарного обслуживания инвалидов

Низкий уровень здоровья, встречающийся у инвалидов, не обязательно является прямым следствием инвалидности, но может быть связан с трудностями доступа к услугам и программам (12). По оценкам, лишь небольшой процент инвалидов в странах с низким доходом имеет доступ к реабилитации и надлежащим базовым медико-санитарным услугам (5). К числу препятствий для осуществления медико-санитарных услуг, с которыми сталкиваются инвалиды и члены их семей, относятся:

- отсутствие или недостатки политики и законодательства: там, где политика или законодательство существуют, они могут не применяться, не обладать механизмом принудительного применения либо носить дискриминационный и/или запретительный характер в отношении предоставления инвалидам медико-санитарных услуг;
- экономические барьеры: меры вмешательства в области здравоохранения, такие как обследования, медикаментозное и другое лечение, нередко требуют оплаты за счет средств пациента, что создает сложности для инвалидов и их семей, которые, скорее всего, ограничены в средствах на медицинскую помощь (см. Введение, раздел «Бедность и инвалидность»);
- физические и географические препятствия: примерами широко распространенных барьеров являются отсутствие доступного транспорта, неприиспособленные для инвалидов здания и несоответствующее медицинское оборудование, ограниченность ресурсов здравоохранения в сельских районах (где проживает много инвалидов), а также необходимость преодолевать большие расстояния до крупных городов, где предоставляются медико-санитарные услуги;
- коммуникационный и информационный барьеры: при общении с медицинскими работниками могут возникать трудности; например, человеку, страдающему глухотой, нелегко рассказать врачу о симптомах своей болезни, а информация, связанная со здоровьем, зачастую не представлена в доступном формате, например, в виде рисунков, предназначенных для больных с нарушениями умственного развития;
- неправильный подход медицинских работников к инвалидам и отсутствие знаний о них: медицинский персонал может иметь неправильные психологические установки, проявлять предубежденность или отсутствие чуткости и сознательности, а зачастую не обладать знаниями, пониманием и навыками, необходимыми для того, чтобы решать проблемы здоровья инвалидов;
- отсутствие у инвалидов знаний и сознательного отношения к системе здравоохранения и медико-санитарной помощи: инвалиды могут неохотно обращаться за медицинским обслуживанием; многие из них недостаточно осведомлены о своих правах, вопросах, связанных со здоровьем, а также о доступных медицинских услугах.

Некоторые инвалиды могут быть более уязвимыми к дискриминации и исключенности, чем другие. Они могут страдать от воздействия нескольких неблагоприятных факторов, например, связанных с видом инвалидности, возрастом, полом и/или социальным статусом (13), и в результате испытывать более значительные затруднения при доступе к медицинскому обслуживанию. Программы РУО должны обращать особое внимание на следующие группы населения: женщин, детей и пожилых инвалидов; людей с множественными нарушениями, например, слепоглухонемых, лиц с нарушением умственного развития; с инвалидностью и

ВИЧ/СПИДом; с задержкой умственного развития; страдающих лепрой или альбинизмом (см. Дополнительный буклет).

Инклюзивное здравоохранение

Концепция инклюзивного образования получила широкое признание и все шире применяется в образовательных системах во всем мире. В ней речь идет об образовании, которое предлагает всем, в том числе инвалидам, пройти полный курс обучения в общинных школах или образовательных центрах общего потока (см. компонент «Образование»). Аналогичным образом, программами РУО пропагандируется в настоящее время концепция инклюзивного здравоохранения, призванная гарантировать признание и учет потребностей инвалидов системами здравоохранения в их политике, планировании и обеспечении медицинской помощи. В ее основе лежит инициатива «Здоровье для всех», которая состоит в том, что медицинские услуги должны быть «...доступны как отдельным лицам, так и семьям в общине при их всестороннем участии в этой работе и при таких затратах, которые община и страна в целом могут себе позволить...» (11).

Инклюзивное здравоохранение означает, что все люди могут иметь доступ к медико-санитарной помощи, независимо от вида нарушения, пола, возраста, цвета кожи, расы, религии и социально-экономического положения. Чтобы гарантировать такой доступ, медико-санитарные учреждения должны доброжелательно относиться к инвалидности и инвалидам, а их специалисты и персонал обладать надлежащими навыками, например, коммуникативными умениями, необходимыми для удовлетворения потребностей людей с различными нарушениями. Необходимо изменить всю окружающую среду с тем, чтобы никто не мог подвергнуться активной или пассивной дискриминации. Одним из путей достижения этого является обеспечение инвалидам и их организациям возможностей для активного участия в планировании и укреплении медико-санитарных и реабилитационных услуг.



Смелость преодолевает преграды

Мухаммад Акрам родился в пакистанской провинции Синд. Слух он потерял в подростковом возрасте, в результате заболевания. Вот что он рассказывает о том, как родственники водили его к врачу: «Будучи глухим, я никогда не знал, о чем говорят окружающие. Если я задавал доктору вопрос, то он обычно отвечал, что уже обо всем рассказал моим родным. Если же я спрашивал о чем-то родных, то они говорили: «Не волнуйся, ничего особенного» или «Мы тебе потом расскажем». Никто на самом деле ничего мне не говорил – я лишь принимал таблетки. Никто не пользовался жестовым языком, ни у кого не было времени или желания общаться со мной с помощью ручки и бумаги. Постепенно я начал терять уверенность в себе и стал сильно зависеть от окружающих. После вступления в программу РУО я постепенно вновь обрел уверенность в себе и научился противостоять трудностям. Я стал отказываться ходить к врачу вместе с родными. Это вынудило доктора общаться со мной напрямую в письменном виде. Некоторые врачи по-прежнему просят меня в следующий раз привести с собой родственников, но я всегда отвечаю им, что я взрослый человек. Я чувствую себя хорошо, потому что сумел обрести уверенность в себе и помог расширить знания специалистов-медиков о моей болезни».

РУО и сектор здравоохранения

Программы РУО способны облегчить доступ инвалидов к услугам здравоохранения путем взаимодействия с учреждениями первичной медико-санитарной помощи в местных общинах, что обеспечит необходимую связь между инвалидами и системой здравоохранения. Во многих странах, например, в Аргентине, Вьетнаме, Индонезии и Монголии, программы РУО напрямую связаны с системой охраны здоровья: они управляются министерствами здравоохранения и внедряются структурами первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). В других странах программы РУО управляются неправительственными организациями или другими министерствами – например, социальной защиты, – и в этом случае необходимо поддерживать их тесное взаимодействие со структурами ПМСП, гарантируя инвалидам скорейший доступ к медицинскому обслуживанию и надлежащим реабилитационным услугам.

Разделы этой брошюры

Программы РУО признают, поддерживают и адвокатируют ряд ключевых аспектов медико-санитарной помощи для инвалидов. Эти аспекты соответствуют передовой практике (5, 15) и перечисляются ниже.

Укрепление здоровья

Целью укрепления здоровья является усиление контроля над здоровьем и определяющими его факторами. Широкий спектр доступных стратегий и мер вмешательства

направлен на развитие навыков людей и изменение социальных, экономических и экологических условий с целью уменьшения их влияния на здоровье.

Профилактика

Профилактика тесно связана с укреплением здоровья. Профилактика патологических состояний (например, заболеваний, расстройств, травм) включает в себя меры первичной (избегание), вторичной (раннее обнаружение и лечение) и третичной профилактики (реабилитация). В настоящей брошюре основное внимание уделяется первичной профилактике.

Медицинская помощь

Медицинская помощь включает в себя раннее обнаружение, оценку и лечение патологических состояний и вызванных ими нарушений с целью излечения или ограничения их воздействия на людей. Медицинская помощь может осуществляться на первичном, вторичном и третичном уровнях системы здравоохранения.

Реабилитация

Реабилитация – это комплекс мер, позволяющих инвалидам достигать оптимального уровня функционирования в своей среде и поддерживать этот уровень; это касается лиц как с приобретенной, так и с врожденной инвалидностью. Реабилитационные услуги охватывают диапазон от базовых до специализированных и предоставляются в различных местах, например, в больницах, на дому и в общине. Часто реабилитация проводится по инициативе сектора здравоохранения, но требует сотрудничества многих секторов.

Вспомогательные приспособления

Вспомогательным приспособлением называется устройство, разработанное, созданное или адаптированное для оказания помощи лицу в выполнении определенной задачи. Многие инвалиды пользуются одним или несколькими вспомогательными приспособлениями. Некоторыми широко распространенными типами таких устройств являются средства передвижения (трости, кресла-коляски), протезы (например, искусственные конечности), ортезы (например, шина для фиксации руки), средства для лиц с пониженным зрением (например, очки или белая трость) и пониженным слухом (слуховые аппараты). Важные аспекты предоставления вспомогательных приспособлений, направленные на то, чтобы обеспечить их эффективное использование, включают в себя обучение пользователя, ремонт и замену вспомогательных приспособлений, а также адаптацию внешней среды, проводимую дома и в общине.

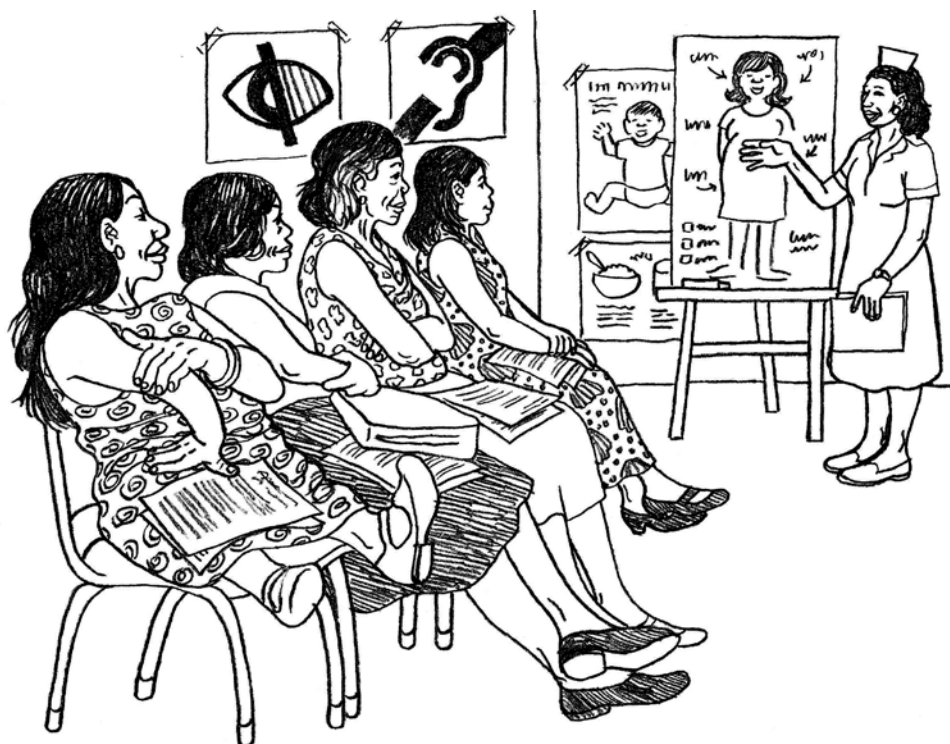
Укрепление здоровья

Введение

Оттавская хартия по укреплению здоровья (1986 г.) описывает укрепление здоровья как процесс, дающий людям возможность влиять на свое здоровье и улучшать его (16).

Укрепление здоровья концентрируется на тех определяющих факторах, которые потенциально могут быть изменены, таких как индивидуальное поведение, связанное со здоровьем, и образ жизни; доход и социальный статус; образование, занятость и условия труда, доступ к надлежащим услугам здравоохранения и физическая среда (17). Укрепление здоровья не требует применения дорогостоящих лекарств или технологий; вместо этого оно опирается на социальные меры вмешательства, которые на своем базовом уровне требуют индивидуального вложения времени и сил (18), например, участия в кампаниях по санитарно-гигиенической пропаганде.

Потенциал здоровья инвалидов часто не учитывается, и, в результате, они зачастую оказываются исключенными из мероприятий по укреплению здоровья. Данная брошюра посвящена важности укрепления здоровья для инвалидов. В ней представлены рекомендации для программ РУО о том, как облегчать доступ инвалидов к мероприятиям по укреплению здоровья и как внедрять базовые мероприятия там, где это необходимо. Важно помнить, что, поскольку укрепление здоровья концентрируется на изменении широкого спектра факторов, определяющих здоровье, в нем участвуют многие различные сектора, а не только сектор здравоохранения.



Преодоление стигматизации и предрассудков

В некоторых африканских культурах альбинизм представляется результатом полового сношения матери со злыми духами в период беременности. Иметь ребенка с признаками альбинизма считается аморальным, а в общине такой ребенок и его семья подвергаются дискриминации и стигматизации. Детей, страдающих альбинизмом, прячут, а их основные права, включая право на здоровье, попираются.

В Офтальмологическом центре округа Квале (ОЦОК) осуществляется программа РУО, фокусирующаяся на смягчении дискриминации и стигматизации детей с альбинизмом дома, в школе и в общине. Чтобы обеспечить этим детям достижение наивысшего достижимого уровня здоровья, программа РУО использует широкий круг мероприятий и интервенций по укреплению здоровья, включая:

- повышение осведомленности членов и лидеров общин, деревенских комитетов по вопросам здоровья, школьных учителей и женских групп с целью изменить их стереотипы поведения и отношение к людям, страдающим альбинизмом;
- просвещение родителей с тем, чтобы они могли укреплять и сохранять здоровье своих детей; например, в связи с тем, что для людей, страдающих альбинизмом, высок риск получения повреждений от солнечных лучей. ОЦОК убеждает в необходимости использования солнцезащитного крема и защищающей одежды, такой как рубашки с длинными рукавами и брюки;
- создание партнерств с местными отелями для побуждения гостей передавать перед отъездом солнцезащитный крем и ненужную одежду в пользу нуждающихся;
- проведение офтальмологических обследований с целью выявления дефектов зрения, распространенных среди людей, страдающих альбинизмом, и, при необходимости, предоставление очков или иных средств коррекции зрения.

Успех этой программы РУО связан с тесным сотрудничеством ОЦОК с секторами здравоохранения и образования. Сегодня дети, страдающие альбинизмом, интегрированы в школы общего потока.



Цель

Признание потенциала здоровья инвалидов и членов их семей, расширение их прав и возможностей для улучшения и/или поддержания существующего уровня здоровья.

Роль РУО

Роль РУО заключается в определении мероприятий по укреплению здоровья на местном, региональном и/или национальном уровнях и в работе с заинтересованными сторонами (например, министерством здравоохранения и местными органами власти) с целью гарантировать инвалидам и членам их семей доступ к медицинским услугам и инклюзию. Кроме того, роль РУО заключается в обеспечении осведомленности инвалидов и членов их семей о важности поддержания хорошего состояния здоровья и в побуждении их к активному участию в мероприятиях по его укреплению.

Желаемые результаты

- Инвалиды и члены их семей получают ту же информацию об укреплении здоровья, что и остальные члены общины.
- Материалы и программы по укреплению здоровья разработаны или адаптированы с учетом конкретных потребностей инвалидов и членов их семей.
- Инвалиды и члены их семей обладают знаниями, навыками и необходимой поддержкой для достижения высокого уровня здоровья.
- Сотрудники системы здравоохранения лучше осведомлены об общих и специальных потребностях инвалидов в области здоровья и удовлетворяют их в ходе соответствующих мероприятий по укреплению здоровья.
- Община создает инвалидам благоприятную среду для участия в мероприятиях по укреплению здоровья.
- Программы РУО подчеркивают ценность хорошего здоровья и организуют оздоровительные мероприятия на рабочих местах для своих сотрудников.



Ключевые понятия

Укрепление здоровья инвалидов

Укрепление здоровья часто рассматривается как стратегия предотвращения патологических состояний; оно редко ассоциируется с инвалидами, так как инвалидность рассматривается как следствие отказа от укрепления здоровья (19). Например, человек, который страдает параплегией после травмы спинного мозга, может не восприниматься как подходящий кандидат для укрепления здоровья, поскольку его/ее здоровье уже нарушено в результате травмы.

Многие инвалиды нуждаются в укреплении здоровья не меньше – а то и больше, – чем остальное население (3). Эти люди подвержены такому же риску возникновения патологических состояний, что и остальное население, а кроме того могут иметь дополнительные проблемы со здоровьем из-за более высокой подверженности патологическим состояниям (связанным или не связанным с инвалидностью) (20). Часто инвалиды и члены их семей очень мало осведомлены о мерах по укреплению или поддержанию здоровья.

Препятствия на пути укрепления здоровья

Инвалиды часто сталкиваются с более низким уровнем медицинского обслуживания, чем остальное население. Это происходит из-за многих препятствий, на которые они наталкиваются, когда пытаются улучшить свое здоровье (см. выше раздел «Препятствия для медико-санитарного обслуживания инвалидов»). Устранение этих барьеров облегчит участие инвалидов в оздоровительных мероприятиях.

Укрепление здоровья членов семей

Многие инвалиды нуждаются в поддержке окружающих, особенно членов своих семей. Члены семей могут испытывать трудности, связанные с уходом за инвалидами, включая возникновение соматических и эмоциональных расстройств, вызванных стрессом; снижение способности заботиться о других детях; сокращение времени и сил, отводимых для работы; уменьшение социального взаимодействия и стигматизацию (21). Поддержание здоровья членов семей является важной задачей (см. компонент «Социальные вопросы», раздел «Индивидуальная помощь»).

Мероприятия по укреплению здоровья

Оттавская хартия по укреплению здоровья выделяет пять сфер деятельности, которые могут быть использованы для содействия развитию и внедрению стратегий укрепления здоровья (16).

1. Проведение государственной политики, учитывающей интересы здоровья

Разрабатывать для всех секторов законодательные и нормативные акты, которые защищают здоровье общин, обеспечивая предоставление более безопасных для здоровья товаров и услуг, а также более чистой и эстетичной внешней среды.

2. Создание благоприятной среды для здоровья

Осуществлять изменения в физической и социальной среде для обеспечения безопасных, стимулирующих, удовлетворяющих и приятных условия жизни и труда.

3. Поддержка действий на уровне общин

Внедрять на уровне общин подходы с целью решения проблем в области здоровья, имеющих прочные экологические, социально-экономические и политические составляющие. Расширять права и возможности общин по постановке приоритетных задач, принятию решений, а также планированию и внедрению стратегий с целью достижения более высокого уровня здоровья.

4. Развитие личностных навыков

Развивать навыки людей путем информирования и санитарного просвещения с тем, чтобы они осуществляли более полный контроль над своим здоровьем и окружающей средой и делали выбор в пользу улучшения состояния своего здоровья.

5. Переориентация услуг здравоохранения

Роль сектора здравоохранения должна все более перемещаться в сторону укрепления здоровья, выходя за рамки традиционного предоставления лечебно-диагностических услуг.

Стратегии укрепления здоровья могут быть применены к таким объектам, как:

- группы населения, например, дети, подростки, пожилые люди;
- факторы, например, курение, сидячий образ жизни, неудовлетворительное питание, небезопасный секс;
- приоритетные цели в области здоровья или борьбы с заболеваниями, например, борьба с диабетом, ВИЧ/СПИДом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, гигиена полости рта;
- внешние условия: общинные центры, клиники, больницы, школы, рабочие места.

Люди обладают огромным потенциалом воздействия на результаты мер по охране своего здоровья, а подходы в сфере укрепления здоровья важны потому, что они позволяют людям осуществлять более полный контроль над факторами, влияющими на их здоровье. Вопросы здоровья должны решаться путем совместной работы с людьми, а не только путем оказания им помощи.

Рекомендуемые меры

Меры в области укрепления здоровья сильно зависят от местных проблем и приоритетов, поэтому предлагаемые здесь мероприятия носят рекомендательный характер. Сотрудники программ РУО должны хорошо понимать условия, в которых они работают. Это достигается путем контактов с членами общины и группами, уже работающими над повышением контроля за факторами, влияющими на их здоровье.

Оказывать поддержку кампаниям по укреплению здоровья

Кампании по укреплению здоровья могут положительно влиять на здоровье индивидов, общин и групп населения. Они способны формировать, поощрять и стимулировать изменение поведения. Программы РУО могут содействовать улучшению здоровья инвалидов следующими способами:

- выявлять кампании по укреплению здоровья, уже осуществляемые на уровне общины, региона или на национальном уровне, и обеспечивать их активную адресную ориентацию на инвалидов, а также активную вовлеченность инвалидов в эти кампании;
- активно участвовать в кампаниях по укреплению здоровья и связанных с ними мероприятиях с целью повышения общественной значимости проблемы инвалидности и улучшения информированности о ней;
- пропагандировать положительный образ инвалидов в рамках кампаний по укреплению здоровья, например на плакатах и информационных щитах с тем, чтобы эта информация стала доступной для всего населения;
- обеспечивать, чтобы в ходе этих кампаний использовалась информация в доступной для восприятия инвалидов форме, например, чтобы объявления об общественных мероприятиях были адаптированы для людей с нарушениями слуха путем использования субтитров и перевода на жестовый язык;
- выявлять существующие информационные ресурсы общины (например, выступления спикеров, газеты, радио и телевидение) и побуждать их к более широкому освещению проблем здоровья, связанных с инвалидностью; важно гарантировать, чтобы при любом освещении материала уважались права и достоинство инвалидов;
- поддерживать проведение кампаний на местном уровне по укреплению здоровья с целью решения проблем инвалидов, которые не охвачены существующими программами.



Укреплять индивидуальные знания и навыки

Информация и просвещение в области здоровья позволяют инвалидам и членам их семей сформировать знания и жизненные навыки, необходимые для поддержания и укрепления здоровья. Они могут узнать о факторах риска, связанных с заболеваниями, правилах гигиены, здоровом режиме питания, необходимости физической активности и других защитных факторах на специально организованных занятиях (индивидуальных или в составе малых групп). Сотрудники программ РУО могут:

- посещать инвалидов и их семьи на дому и проводить беседы о здоровом образе жизни, давая практические советы;
- накапливать и распространять среди инвалидов и их семей материалы по медико-санитарной пропаганде (например буклеты, брошюры);
- разрабатывать или адаптировать эти материалы с целью сделать их доступными для инвалидов; например, для людей с умственными расстройствами потребуются материалы, написанные простым языком и содержащие соответствующие иллюстрации;

- информировать инвалидов и членов их семей о местных программах и об услугах по укреплению здоровья, которые позволят им получить новые знания и умения, и оставаться здоровыми;
- при необходимости организовывать специальные курсы для инвалидов, если их потребности которых не удовлетворяются программами, нацеленными на основной контингент населения общины;
- обеспечить использование на занятиях широкого спектра методов обучения и методических материалов для подкрепления процессов обучения и понимания, например, использование ролевых игр, показов, обсуждений, рассказов, упражнений на решение проблем;
- помочь инвалидам и членам их семей чувствовать себя более уверенно в присутствии медицинских работников, задавать вопросы и выносить суждения о собственном здоровье;
- проводить совместно с сектором здравоохранения подготовку инструкторов в области укрепления здоровья из числа инвалидов.

Объединять людей в группы самопомощи

Группы самопомощи дают людям возможность собираться вместе, чтобы поделиться опытом и обсудить друг с другом различные ситуации и проблемы (см. компонент «Расширение прав и возможностей», раздел «Группы самопомощи»). Для многих возможность получить поддержку и практический совет другого человека с аналогичной проблемой гораздо полезнее, чем возможность проконсультироваться с работником здравоохранения (22). Группы самопомощи упоминаются в данной брошюре, так как способны содействовать улучшению здоровья инвалидов и членов их семей. Программы РУО могут:

- помогать инвалидам и членам их семей установить контакт с уже существующими в их общинах группами самопомощи, например, группами людей, имеющих травмы спинного мозга, больных лепрой, лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, или родителей детей с церебральным параличом, для удовлетворения конкретных потребностей в области здоровья;
- побуждать людей с аналогичной инвалидностью объединяться и создавать новые группы самопомощи там, где таких групп еще нет. В небольших деревнях это может оказаться сложным, и, возможно, более уместным будет индивидуальное наставничество;
- побуждать группы самопомощи к сотрудничеству с другими группами и активному участию в мероприятиях по укреплению здоровья в своих общинах, например, путем организации «лагерей здоровья» и проведения мероприятий, приуроченных ко Всемирному дню здоровья, Всемирному дню психического здоровья и Международному дню инвалидов.

Управление здоровьем на основе групп самопомощи

В колумбийском городе Пьедекуэста при поддержке программы РУО группа людей с травмами спинного мозга создала коллектив самопомощи. Они чувствовали, что в больницах, где они наблюдались, они не получают надлежащей информации о здоровье: о самообслуживании, предотвращении изъязвлений и проблем с мочеиспусканием. Опытные участники группы поддерживали новичков, недавно получивших травму спинного мозга, и помогали им находить пути решения проблем, показывая, как пользоваться ограниченными возможностями здоровья и вспомогательными приспособлениями в домашних условиях. Программа РУО организовала интерактивное занятие со специалистами больницы, во время которого члены группы могли задать вопросы и поделиться своими сомнениями.



Обучать работников здравоохранения

Работники здравоохранения являются доверенными источниками информации, касающейся здоровья, и обладают потенциалом положительного воздействия на здоровье других людей. Программы РУО должны сотрудничать с ними, обеспечивая их необходимыми знаниями об инвалидности и привлекая инвалидов ко всем осуществляемым мероприятиям по укреплению здоровья.

Рекомендуется, чтобы программы РУО:

- проводили ориентацию работников здравоохранения (например, персонал учреждений первичной медико-санитарной помощи) по проблемам инвалидности и информировали их о трудностях, с которыми сталкиваются инвалиды и члены их семей;
- помогали работникам здравоохранения понять важность уважительного и недискриминационного общения с инвалидами и демонстрировали им практические примеры в целях содействия обучению;
- показывали специалистам в области здравоохранения, как они могут осуществить несложную корректировку мер вмешательства с тем, чтобы формулируемые ими идеи в области здоровья были поняты инвалидами и членами их семей;
- побуждать специалистов здравоохранения использовать широкий круг средств массовой информации и технологий при планировании и разработке информации и программ в области здоровья, предназначенных для инвалидов.

Научить учителя

Программы РУО способны взаимодействовать с организациями инвалидов при разработке соответствующих методических материалов и методов обучения для информирования слепых или лиц с пониженным зрением о ВИЧ/СПИДе, а также для информирования служб охраны здоровья об особых потребностях этой группы населения. Например, Африканский союз слепых создал учебное пособие для «обучения учителей» по проблеме ВИЧ/СПИДа, чтобы облегчить инклюзию слепых или лиц с пониженным зрением и их участие в образовательных программах по ВИЧ/СПИДу.

Создать благоприятную среду

Программы РУО могут взаимодействовать с общинными медицинскими центрами, больницами, школами, предприятиями, рекреационными учреждениями и ключевыми заинтересованными сторонами с целью создания поддерживающей физической и социальной среды для инвалидов и достижения инвалидами оптимального уровня здоровья путем:

- обеспечения того, чтобы внешняя среда содействовала здоровому образу жизни, а специальные оздоровительные программы и услуги были доступны для инвалидов;
- создания партнерств между службами городского, социального и медицинского планирования и инвалидами в целях создания и улучшения физической и архитектурной доступности среды;
- создания возможностей с целью обеспечения участия инвалидов в рекреационной деятельности, например, оказание поддержки инвалидам-колясочникам в организации футбольного матча в местном спортивном комплексе (см.: Социальный компонент, раздел «Отдых, развлечения и спорт»);
- обеспечения доступности и безопасности общественного транспорта, так как проблемы с транспортом могут привести инвалидов к изоляции, одиночеству и социальной эксклюзии;
- устранения (посредством обучения и повышения квалификации) любые проявления недопонимания, негативного отношения и стигматизации, существующие в секторе здравоохранения и общине по отношению к инвалидам и членам их семей;
- организации культурных мероприятий для решения сложных проблем в области здоровья в рамках общины с помощью танца, драматического искусства, песен, фильмов и спектаклей кукольного театра.

Здоровый образ жизни

Программа РУО, действующая в Александрии (Египет), организует ежегодный летний лагерь, в который съезжаются дети-инвалиды, члены их семей и добровольцы из общин для группового отдыха. Основное внимание уделяется совместным развлечениям, улучшению здоровья, играм и совместному времяпрепровождению в качестве большой семьи или компании друзей. Программа РУО также сотрудничает с местным Паралимпийским комитетом, организациями родителей и инвалидов в целях организации ежегодного дня спорта на городском стадионе.



Стать организацией, пропагандирующей здоровье

Укрепление здоровья на рабочих местах обладает потенциалом в области улучшения моральных качеств и деловых навыков работников, повышения производительности труда, и в конечном счете улучшения состояния здоровья. Организации, внедряющие программы РУО, должны уделять основное внимание укреплению здоровья сотрудников и, в частности:

- организовывать обучение и повышение квалификации всех работников, независимо от занимаемой должности, с целью укрепления и сохранения их здоровья;
- обеспечивать безопасную и здоровую среду, например, путем отказа от курения, предоставления здорового питания, безопасных систем водоснабжения и канализации, разумной продолжительности рабочего времени, безопасных транспортных альтернатив;
- развивать в рамках организации политику и практику, направленные на укрепление здоровья, например, против дискриминации, предрассудков и стигматизации, притеснений, а также против табакокурения, употребления алкоголя и наркотиков;
- побуждать сотрудников подавать положительный пример в своих общинах, служить образцом для других путем усвоения норм здорового образа жизни.

Профилактика

Введение

Главным аспектом профилактики является предотвращение возникновения патологических состояний (первичная профилактика). Однако профилактика включает в себя также раннее обнаружение и лечение заболевания с целью прекращения развития патологического состояния (вторичная профилактика) и ведение больного в целях уменьшения последствий существующего патологического состояния (третичная профилактика). В настоящей брошюре основное внимание уделяется первичной профилактике.

Первичная профилактика может включать в себя: первичную медико-санитарную помощь (ПМСП); предродовой и послеродовой уход; обучение правильному питанию; кампании по иммунизации против инфекционных заболеваний; меры контроля над эндемическими заболеваниями; внедрение правил безопасности; программы по предотвращению несчастных случаев в различных условиях, включая адаптацию рабочих мест в целях предотвращения производственного травматизма и профессиональных заболеваний; а также предотвращение инвалидности, связанной с загрязнением окружающей среды или вооруженным конфликтом (23).

По оценкам, в результате повышения качества первичной профилактики и укрепления здоровья глобальное бремя болезней может быть снижено не менее чем на 70% (10). При этом нередко считают, что профилактика (т. е. мероприятия, направленные на укрепление здоровья) играет в лучшем случае незначительную роль в управлении здоровьем инвалидов.

Медико-санитарное обслуживание инвалидов обычно фокусируется на специализированной медицинской помощи и реабилитации. Однако, как отмечалось выше, инвалиды подвержены риску возникновения других патологических состояний, а также риску вторичных осложнений, являющихся следствием первичных патологических состояний (24).

Как и укрепление здоровья, профилактика требует участия многих различных секторов. В рамках сектора здравоохранения важную роль играет первичная медико-санитарная помощь, а так как программы РУО тесно связаны с ней, то они могут играть важную роль в содействии и поддержке профилактической медико-санитарной помощи инвалидам.



Жить достойно

В Чамараджнагаре, одном из беднейших округов индийского штата Карнатака, очень низкое качество жизни. Особенно это касается инвалидов. В ходе осуществления проекта РУО неправительственной организацией Mobility India (MI) при поддержке организации Disability and Development Partners UK было обнаружено, что многие члены общины не имеют доступа к базовым системам канализации. Большинство людей были вынуждены уходить далеко в поле, чтобы совершить акт естественной потребности. Для инвалидов, особенно женщин, это было очень трудно.

Правительство Индии выделило семьям субсидии на постройку туалетов, а MI помогла инвалидам и их семьям в Чамараджнагаре построить туалеты, доступные для инвалидов. Используя в этом новом проекте существующие внутриобщинные связи и группы самопомощи (ГСП), MI организовала уличные театральные представления и роспись стен с целью повышения информированности населения о гигиене и той роли, которую канализация играет в предотвращении проблем со здоровьем. Так как люди проявили интерес к проблеме и мотивацию к ее решению, MI согласилась работать с ними с целью улучшения доступа к базовой системе канализации.

Общая стоимость постройки одного туалета составляла, по оценкам, около 150 долл. США. Хотя правительство Индии предложило субсидию каждой семье, для большинства населения, особенно для инвалидов, было трудно достать остальную сумму. При финансовой поддержке организации MIBLOU Switzerland и с использованием местных пожертвований MI получила возможность построить 50 качественных туалетов, доступных для инвалидов. Членов ГСП попросили составить список наиболее нуждающихся в туалетах бедных домохозяйств, где есть инвалиды. Члены ГСП также координировали проведение строительных работ в партнерстве с семьями и обеспечивали целевое расходование средств.

Сейчас многие инвалиды избавлены от необходимости ползти самим или просить, чтобы кто-нибудь отнес их на большое расстояние для удовлетворения естественной потребности. Они стали независимыми и, что особенно важно, получили возможность вновь обрести человеческое достоинство. Риск развития патологических состояний, связанных с плохой канализацией, также существенно сократился. Видя успех проекта MI, правительство Индии увеличило размер грантов и дало указание местным органам власти выделять средства незамедлительно. Инвалидизированные и неинвалидизированные люди получают от этого проекта одинаковую пользу, и постепенно он вырастает в проект окружного уровня. Чамараджнагар скоро станет округом, в котором люди имеют туалет в доме или по крайней мере недалеко от дома.



Цель

Снижение вероятности развития у инвалидов патологических состояний, связанных или не связанных с их заболеваниями, влияющее на их функционирование, а также на общее состояние здоровья и благополучие. Снижение вероятности развития у членов семей инвалидов, а также у других членов общины патологических состояний и нарушений, связанных с инвалидностью.

Роль РУО

Роль РУО состоит в обеспечении того, чтобы общины и соответствующие сектора развития сосредоточивали внимание на проведении профилактических мероприятий для инвалидов и неинвалидов. Программы РУО предоставляют поддержку инвалидам и членам их семей, обеспечивая им доступ к услугам, которые содействуют улучшению их здоровья и предотвращают развитие общих или вторичных нарушений здоровья (осложнений).

Желаемые результаты

- Инвалиды и их семьи имеют доступ к медицинской информации и услугам, направленным на предотвращение нарушений здоровья;
- Для инвалидов и их семей снижается риск развития проблем со здоровьем, благодаря усвоению и последовательному соблюдению норм здорового поведения и здорового образа жизни;
- Инвалиды охвачены мероприятиями по первичной профилактике например, программами иммунизации и участвуют в них с целью сокращения риска развития дополнительных патологических состояний или нарушений;
- Все члены общины участвуют в мероприятиях по первичной профилактике – например, в программах иммунизации – с целью сокращения риска развития патологических состояний или расстройств, которые могут привести к инвалидности;
- Программы РУО сотрудничают с сектором здравоохранения и другими секторами, например, сектором образования, с целью решения проблем, связанных со здоровьем, а также обеспечения поддержки и помощи в проведении профилактики.

Ключевые понятия

Риски для здоровья

Факторы риска влияют на здоровье индивида и определяют вероятность появления травм, расстройств или заболеваний. На протяжении жизни люди сталкиваются со многими рисками для здоровья. Некоторыми ведущими факторами риска являются: сниженная масса тела; небезопасный секс; высокое кровяное давление; употребление табака; употребление алкоголя; небезопасное водоснабжение, канализация и гигиенические условия; дефицит железа; и воздействие дыма от сжигания твердого топлива внутри помещения (25).

Профилактические мероприятия сокращают риск для здоровья индивидов и общин. Некоторые факторы риска, например, семейный анамнез, не могут контролироваться, тогда как другие – например, образ жизни, физическую и социальную среду – можно изменить, что потенциально будет способствовать поддержанию и улучшению состояния здоровья человека. Сектор здравоохранения может играть важную роль в воздействии на эти факторы риска.

Три уровня профилактики

Профилактические мероприятия могут проводиться на трех уровнях.

1. **Первичная профилактика.** Смысл первичной профилактики можно выразить словами «Легче предупредить болезнь, чем лечить», которые знакомы многим людям. Первичная профилактика направлена на избежание вредных факторов и использует меры вмешательства, которые предотвращают развитие патологических состояний (17). Эти меры вмешательства обычно касаются людей (например, изменение поведения, связанного со здоровьем; иммунизация, правильное питание) и среды их проживания (безопасные источники воды, канализация, хорошие условия жизни и труда). Первичная профилактика в равной степени важна как для инвалидов, так и для не инвалидов, и в данной брошюре ей уделяется основное внимание.
2. **Вторичная профилактика** представляет собой раннее выявление и лечение патологических состояний с целью устранения или снижения их воздействия. Примерами ранней диагностики являются маммограммы, проводимые с целью выявления рака груди, или проверка зрения с целью обнаружения катаракты. Примеры раннего лечения включают в себя: лечение трахомы с помощью антибиотиков для предотвращения слепоты; многокомпонентную терапию лепры с целью предотвращения развития болезни; и медицинскую помощь при переломе для содействия правильному лечению и предотвращения деформации. Стратегии вторичной профилактики для пациентов – инвалидов и не инвалидов рассмотрены ниже, в разделе «Медицинское обслуживание».
3. **Третичная профилактика** ставит целью ограничить или обратить вспять последствия уже существующих патологических состояний и расстройств. Она включает в себя реабилитационные услуги и меры вмешательства, цель которых – предотвратить ограничение активности субъекта и содействовать его независимости, участию и инклюзии. Стратегии третичной профилактики обсуждаются в разделах «Реабилитация» и «Вспомогательные приспособления».

Рис. 1 Три уровня профилактики



Анита стойко преодолевает трудности

Анита – пятидесятилетняя женщина, живущая в деревне Кхандал, расположенной в холмистой зоне округа Райгад (штат Махараштра, Индия). Однажды Анита получила небольшую травму правой стопы. Боль быстро распространялась, и через несколько дней нога почернела. Сын отвез ее в больницу в город Алибаг, находящийся в 15 км от деревни, где ей посоветовали обратиться в специализированную больницу в Мумбаи, в 100 км от дома. Там медицинские работники немедленно диагностировали у Аниты диабет и ампутировали ногу ниже колена, поскольку она была поражена гангреной. Непосредственно после хирургического вмешательства семья Аниты забрала ее домой, так как денежные средства не позволяли ей оставаться на лечение в городе. Анита не могла идти, поэтому ее сын нес ее на спине.

Сельский медицинский работник сообщил Аните и ее семье о программе РУО, обеспечивающей бесплатное медико-санитарное обслуживание для людей, лишившихся конечностей. Анита посетила программу РУО в медицинском центре, находившемся недалеко от ее деревни. Ее культю обследовали на предмет заживления, а левую ногу проверили на ранние изменения кровообращения и чувствительности. Аните рассказали о диабете и о том, как контролировать свое состояние с помощью лекарств, регулярных упражнений и диеты. Она также узнала о том, как правильно ухаживать за ногами, чтобы в будущем не потерять левую конечность. Аните дали костыли и научили ими пользоваться.

Позднее команда специалистов посетила медицинский центр и подобрала Аните протез и хорошую обувь, чтобы обеспечить защиту ее левой ноги от повреждений. Женщину научили ходить с протезом, удостоверившись, что она может передвигаться самостоятельно, а сотрудники программы РУО установили возле ее хижины параллельные брусья, чтобы она могла самостоятельно отрабатывать навыки ходьбы. Постепенно Анита стала чувствовать себя настолько уверенной в себе, что могла самостоятельно передвигаться на протезе и вновь стала выполнять работу по дому и в поле. Она продолжает регулярно принимать лекарства и проходить обследования. Анита говорит, что качество ее жизни повысилось. С помощью программы РУО и окружающих она успешно предотвратила дальнейшее ухудшение здоровья в результате диабета.

Что означает профилактика для инвалидов?

Инвалиды, как и все люди, подвержены воздействию факторов риска, в связи с которым они нуждаются в текущей профилактической медико-санитарной помощи, например, в иммунизации. Однако им также могут понадобиться адресные, целевые меры вмешательства, поскольку зачастую такие люди более уязвимы к рискам для здоровья, существующим в общине. Например, в условиях бедности инвалиды в наименьшей степени имеют доступ к безопасным системам водоснабжения и канализации. Неудовлетворительный доступ к этим системам иногда вынуждает их не соблюдать гигиену, что подвергает опасности их здоровье, усугубляет бедность и не позволяет улучшать условия жизни (26). В этих ситуациях им могут потребоваться те или иные изменения или специальные приспособления.

Инвалиды подвержены также риску развития вторичных патологических состояний (т. е. проблем со здоровьем или осложнений, связанных с их первичным патологическим состоянием). В качестве примеров можно привести: пролежни, инфекции мочепускающего тракта, контрактуры суставов, боли, ожирение, остеопороз и депрессию. На эти вторичные состояния можно воздействовать благодаря раннему вмешательству, а многие из них могут быть предотвращены в комплексе. Например, больной с параплегией может предотвратить появление пролежней, ухаживая за кожей, и предотвратить инфекции мочепускающего тракта благодаря эффективному контролю состояния мочевого пузыря.

ВСТАВКА 10

Вьетнам

Повышение доступности домашней среды

Организация Handicap International оказала помощь в создании отделения спинно-мозговой травматологии в больнице города Хошимина (Вьетнам). На сотрудников программы РУО, работающих в этом отделении, возложено наблюдение за выписанными больными с целью предотвращения вторичных патологических состояний и обеспечения доступности домашней среды для инвалидов-колясочников. Сотрудники РУО старались вести наблюдение за всеми выписавшимися пациентами, но из-за ограниченности кадровых ресурсов и большой зоны охвата наблюдались только 25% всех выписавшихся, и при этом зачастую не удавалось охватить тех, кто наиболее нуждался в помощи. Медики и сотрудники программы РУО решили внедрить новую систему, в которой приоритет будет отдан интересам пациентов: для больных из группы высокого риска предусматривалось посещение на дому, а для больных с низким риском – телефонные консультации и раздача учебных материалов. В результате в клинике реабилитации было отмечено снижение числа повторных госпитализаций. Для сотрудников РУО эта инициатива оказалась более рентабельной и менее «стрессообразующей».

Что означает профилактика для неинвалидов?

Профилактика одинаково важна и для инвалидов, и для неинвалидов. Развитие многих патологических состояний, связанных с расстройствами и инвалидностью, может быть предотвращено. Например, 80% всех случаев слепоты у взрослых можно предотвратить и лечить, а примерно половины случаев слепоты у детей можно избежать благодаря раннему лечению и коррективке отклонений, таких как катаракта и глаукома, при рождении (27). Резолюция 58-ой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения «Инвалидность, включая ее предупреждение, ведение и реабилитацию» (WHA58.23) (28) призывает государства-члены способствовать росту осознания широкой общественностью значения вопроса инвалидности и координировать усилия всех групп населения, направленные на участие в мероприятиях по предотвращению инвалидности.

При продвижении программ или инициатив, сфокусированных на предотвращении патологических состояний и расстройств, связанных с инвалидностью, необходима деликатность, поскольку многие люди из сообщества инвалидов могут счесть эти действия угрожающими и оскорбительными и рассматривать их как попытку

препятствовать самому существованию инвалидов. Не должно быть конфликта между профилактическими мерами вмешательства, направленными на сокращение связанных с инвалидностью патологических состояний, и действиями по сохранению и улучшению здоровья инвалидов (29).

Рекомендуемые меры

Поскольку профилактика тесно связана с укреплением здоровья и медико-санитарной помощью, важно отметить, что рекомендуемые меры, перечисленные в разделах, посвященных этим трем темам, частично совпадают, так что эти разделы рекомендуется изучать одновременно. В настоящем разделе основное внимание уделяется первичным профилактическим мероприятиям, при этом не затрагиваются проблемы ВИЧ и насилия, так как они рассмотрены в компоненте «Социальные вопросы», а также в главе, посвященной РУО и ВИЧ/СПИДу, в Дополнительном буклете.

Облегчать доступ к существующим программам профилактики

Программы РУО, осуществляемые в общинах, могут проводить сбор информации о существующих профилактических мероприятиях в этих общинах и взаимодействовать с программами профилактики с целью включения в них инвалидов, тем самым обеспечивая более широкий охват населения. Программы РУО могут:

- обеспечивать осведомленность инвалидов и членов их семей о типах профилактических мероприятий, доступных в их общинах;
- обеспечивать осведомленность персонала учреждений здравоохранения о потребностях инвалидов;
- обеспечивать доступность и удобный формат информации о профилактических мероприятиях, а также ее размещение в нескольких пунктах вблизи места жительства людей;
- определить, доступны ли для инвалидов места проведения профилактических мероприятий, а если нет, то предложить идеи и практические решения по облегчению доступности;
- определить, могут ли профилактические мероприятия проводиться в других местах, например, на дому, если доступ к местам их проведения затруднен.



ВСТАВКА 11

Кения

Удовлетворение потребностей инвалидов-колясочников

В городе Найроби медицинский центр одной из неправительственных организаций в трущобном районе Корогочо был недоступен для инвалидов-колясочников из-за ступенек. В результате люди с физическими недостатками (например, дети с церебральным параличом) не имели доступа к программам вакцинации, и сотрудники центра перенаправляли их в городской реабилитационный центр. Программа РУО организовала встречу с работниками здравоохранения для обсуждения этой проблемы, в результате чего было найдено простое решение: работники центра согласились вакцинировать детей-инвалидов на первом этаже здания.

Пропагандировать навыки здорового образа жизни

Здоровый образ жизни, включающий в себя отказ от курения, употребление небольшого количества алкоголя, здоровое питание, регулярные физические упражнения и использование контрацептивов во время секса, может сократить риск развития проблем со здоровьем. В программах профилактики нередко используются стратегии медико-санитарной пропаганды для поощрения здорового образа жизни, например, кампании по санитарному просвещению с целью донести профилактическую информацию до общин, а также индивидуальное обучение. См. рекомендуемые меры пропаганды здорового образа жизни, перечисленные в настоящей брошюре в разделе «Укрепление здоровья».

Содействовать иммунизации

В каждой общине должны быть доступны программы иммунизации против конкретных заболеваний или для групп высокого риска, например, вакцинация детей в возрасте до одного года, а также других детей младшего возраста от полиомиелита, дифтерии, столбняка и кори, а также противостолбнячная вакцинация беременных. Программы РУО способны:

- активно участвовать в информационных кампаниях по пропаганде иммунизации среди всех членов общины, включая инвалидов;
- контактировать с работниками учреждений первичной медико-санитарной помощи и рассказывать им о важности иммунизации инвалидов, особенно детей, независимо от функциональных нарушений;
- взаимодействовать со службами первичной медико-санитарной помощи, обеспечивая доступ инвалидов и членов их семей к программам вакцинации в общинах;
- обеспечивать получение лицами, которым предоставляется помощь и поддержка со стороны программ РУО (например, детьми-инвалидами, их братьями и сестрами, беременными матерями детей-инвалидов), всех необходимых прививок;
- предоставлять людям, не получившим необходимых прививок, информацию о местах предоставления безопасных и надежных услуг, а в случае необходимости помогать им получать доступ к этим услугам;
- взаимодействовать со службами первичной медико-санитарной помощи, с целью создания альтернативных возможностей для людей, неспособных воспользоваться существующими программами вакцинации, например, для детей-инвалидов, не посещающих школу.

ВСТАВКА 12

Малайзия

Спасти молодые жизни

Национальная программа РУО в Малайзии тесно сотрудничает со службами первичной медико-санитарной помощи, обеспечивая инвалидам доступ к мероприятиям, проводимым сотрудниками этих служб, включая вакцинацию против краснухи для молодых матерей и детские программы иммунизации.

Обеспечить надлежащее питание

Недостаточное (пониженное) питание обычно бывает следствием недостатка пищи, а также привычки плохо питаться и является распространенной причиной проблем со здоровьем. Программы РУО должны сотрудничать со многими секторами сферы развития, в обязанности которых входит обеспечение качественного продовольствия и надлежащего питания. В отношении сектора здравоохранения некоторые мероприятия, рекомендуемые для программ РУО, включают в себя:

- обеспечение способности персонала программ РУО выявлять инвалидизированных и неинвалидизированных лиц с признаками недоедания и направлять их к медицинским работникам для надлежащего обследования и лечения;
- поощрение использования доступной местной пищи, богатой железом и витаминами, например, шпината, листьев кассии пучковой, цельнозерновых продуктов, папайи; одним из способов побудить людей употреблять полезную пищу является демонстрация рецептов приготовления дешевых блюд;
- обеспечение получения детьми-инвалидами достаточного количества надлежащей пищи; таким детям часто не уделяется достаточного внимания, особенно тем, у кого наблюдаются проблемы с питанием;
- выявление инвалидов, имеющих проблемы с питанием, – например, детей с церебральным параличом, которым трудно жевать и глотать; – и, по возможности, направление их к логопеду;
- предоставление семьям простых рекомендаций по оказанию помощи инвалидам в приеме пищи и жидкости, например, по выбору правильной позы, делающей кормление более безопасным и легким;
- выявление инициатив в области здорового питания, доступных в данной общине, и обеспечение инвалидам доступа к ним, например, активное вовлечение детей-инвалидов в программы, предусматривающие мониторинг роста и предоставление дополнительного питания и пищевых добавок;
- пропаганда грудного вскармливания и побуждение беременных женщин посещать женскую консультацию для получения пищевых добавок, содержащих железо и фолиевую кислоту (см. ниже раздел «Содействовать доступу к мерам по охране здоровья матери и ребенка»).



Укрепление сил благодаря питанию

В городе Бангалор (Индия) целевой фонд «Сандживини» уже на протяжении более 10 лет работает с детьми и женщинами. Одним из его главных мероприятий является решение проблемы недостаточного питания детей, особенно в возрасте до пяти лет. Будучи убежденным в том, что у многих детей из бедных семей дефицит питания возникает при переходе от грудного вскармливания к полужидкой и далее к твердой пище ввиду отсутствия подходящих продуктов питания, Фонд ежемесячно предоставляет всем детям, страдающим от недоедания, пищевую добавку – высоконасыщенный белками порошок. Добровольцы проходят обучение по приготовлению добавки и ее распространению среди выявленных детей с признаками недоедания. Матерей обучают принципам здорового питания и показывают им, как готовить недорогую и питательную пищу с использованием доступных местных злаков и овощей. Фонд также сотрудничает с другими организациями, обеспечивающими реабилитацию детей-инвалидов, предоставляя им данную пищевую добавку. Дети с особыми потребностями (например, те, у кого имеются проблемы с питанием), систематически употреблявшие пищевые добавки, продемонстрировали значительное улучшение состояния здоровья.

Африн девять лет, и она страдает церебральным параличом. Она живет с родителями и двумя сестрами в трущобном районе Ильяснагар, в Бангалоре. Ее родители трудятся на местной фабрике за 70 рупий в день. Семья Африн переехала в Бангалор, когда девочке было шесть лет. Из-за осложнений при родах у Африн развился церебральный паралич. Ее кормили только жидкой пищей, в результате чего у нее развилась недостаточность питания. Девочка была прикована к постели, слаборазвита и страдала от частых поносов и судорог. Сотрудник РУО не мог предложить ей лечение по поводу ее болезни, поэтому девочке предоставили дополнительное питание, и в течение года здоровье Африн постепенно укрепилось. Сейчас она посещает развивающий центр, получая терапию и стимуляцию. Ее семья очень счастлива в связи улучшением состояния ребенка, а мать получила возможность вводить в рацион питания девочки другую пищу.

Содействовать доступу к мерам по охране здоровья матери и ребенка

Дородовое наблюдение, квалифицированная помощь при родах и послеродовой уход сокращают риск развития патологических состояний и/или расстройств, способных привести к инвалидности. Программы РУО должны:

- выявлять доступные в рамках общины услуги по охране здоровья матери, например, по дородовому уходу;
- обеспечивать всех женщин информацией об услугах по охране здоровья матери и побуждать их к пользованию этими услугами;
- обеспечивать дополнительную поддержку женщинам-инвалидам, в случае если им трудно обращаться за услугами по охране материнства, например, осуществлять адвокати́рование в случаях дискриминации в системе здравоохранения;
- направлять женщин и членов их семей на генетическое консультирование, если у них имеются специальные вопросы, связанные с текущей или будущими беременностями; например, семейная пара с ребенком-инвалидом может задать

вопрос о вероятности проявления аналогичного дефекта/нарушения у последующих детей;

- предоставлять рекомендации службам здравоохранения относительно доступа к ним беременных женщин-инвалидов, например, предлагать оптимальные способы коммуникации и варианты доступа в больницы/родовые палаты;
- выяснить, существуют ли учебные программы для народных целительниц, принимающих роды в местных общинах, и обеспечить включение в эти программы информации об инвалидности и раннем выявлении нарушений здоровья;
- побуждать семьи к регистрации детей-инвалидов в местных органах власти при рождении.

ВСТАВКА 14

Монголия

Смягчение стресса, связанного с беременностью

В некоторых деревнях северо-западной Монголии у многих женщин наблюдается вывих бедра. При беременности таких женщин обнаруживается, что добавочный вес чрезмерно нагружает их бедра, усиливая боль и усугубляя инвалидность. Монгольская национальная программа РУО работает с этими женщинами, консультируя их по поводу планируемых интервалов между беременностями и надлежащего отдыха на поздних сроках беременности.

Содействовать использованию чистой воды и систем канализации

Мероприятия в области водоснабжения и канализации способствуют улучшению здоровья и минимизации числа случаев инвалидности. Программы РУО могут помочь привлечь внимание к потребностям инвалидов путем:

- проведения бесед с инвалидами и членами их семей о препятствиях, с которыми они сталкиваются в ходе пользования системами водоснабжения и канализации; например, инвалиды могут быть лишены доступа к источникам воды из-за удаленности проживания или сложности рельефа местности и/или способа забора воды из колодца;
- информировать местные органы власти и организации системы водоснабжения и канализации об этих трудностях, предоставляя рекомендации по преодолению существующих преград на пути к сотрудничеству с инвалидами и членами их семей;
- лоббировать и проводить работу с местными органами власти в направлении адаптации существующей и/или создания новой инфраструктуры, например, установки подъемных сидений и поручней в санузлах для обеспечения помощи людям, неспособным использовать санузел, требующий сидения на корточках;
- побуждать членов общины к оказанию поддержки и помощи инвалидам там, где это необходимо; например, побуждать соседей сопровождать инвалида, когда он идет за водой.



Помогать предотвращать травмы

Многие случаи инвалидности вызваны несчастными случаями, происходящими дома, на рабочем месте или в общине. Инвалидизированные взрослые и дети нередко подвержены повышенному риску травматизма. Программы РУО могут сыграть важную роль в предотвращении травматизма в общине путем:

- выявления основных причин травматизма на дому и в общине (например, ожогов, утоплений, дорожно-транспортных происшествий), а также групп людей, подверженных наибольшему риску (например, детей);
- формирования осведомленности общины о наиболее распространенных причинах травматизма и способах его избежания (см. раздел «Укрепление здоровья»);
- взаимодействия с местными органами власти и общинными группами с целью проведения необходимых мероприятий по предотвращению травматизма дома и в общине, например, для предотвращения травм во время больших праздников;
- предоставления семьям рекомендаций по профилактике домашнего травматизма, например, по наблюдению за детьми, когда они находятся рядом с водой или открытым огнем; недопущению доступа детей к ядовитым веществам; недопущению детей на балконы, края крыш или лестницы; запрещению игр с острыми предметами;
- обучения работодателей и работников методам предотвращения производственных травм, например, благодаря использованию средств индивидуальной защиты (защитной обуви, касок, рукавиц, средств защиты слуха) на строительных объектах;
- обучения школьников правилам безопасности дорожного движения, например, в форме бесед о необходимости соблюдения осторожности при переходе улицы, использования ремней безопасности при пользовании транспортными средствами, а также о необходимости ношения шлема во время езды на велосипеде и мотоцикле.

Помогать предотвращению вторичных патологических состояний

Инвалиды всех возрастов подвержены риску развития вторичных патологических состояний. Программы РУО могут содействовать осуществлению стратегий первичной профилактики таких состояний в целях сокращения вероятности их развития у инвалидов. В рамках программ РУО рекомендуется:

- обеспечивать осведомленность инвалидов и членов их семей о вторичных патологических состояниях, наиболее часто связываемых с их инвалидностью; например, люди с травмами спинного мозга или спинно-мозговой грыжей и члены их семей должны знать о высоком риске развития у них инфекций мочевыделительной системы;
- помогать инвалидам и их семьям определять стратегии предотвращения развития вторичных патологических состояний, например, ведение здорового образа жизни, включающего в себя физические упражнения и полноценное питание, регулярные медицинские осмотры, соблюдение гигиены и участие в группах самопомощи;
- обеспечивать, чтобы ни одно вспомогательное приспособление, предоставляемое инвалидам, не создавало риска развития вторичных патологических состояний, например, чтобы протезы были подобраны правильно и не вызывали раздражения кожи, приводящего к возникновению пролежней.

Медицинская помощь

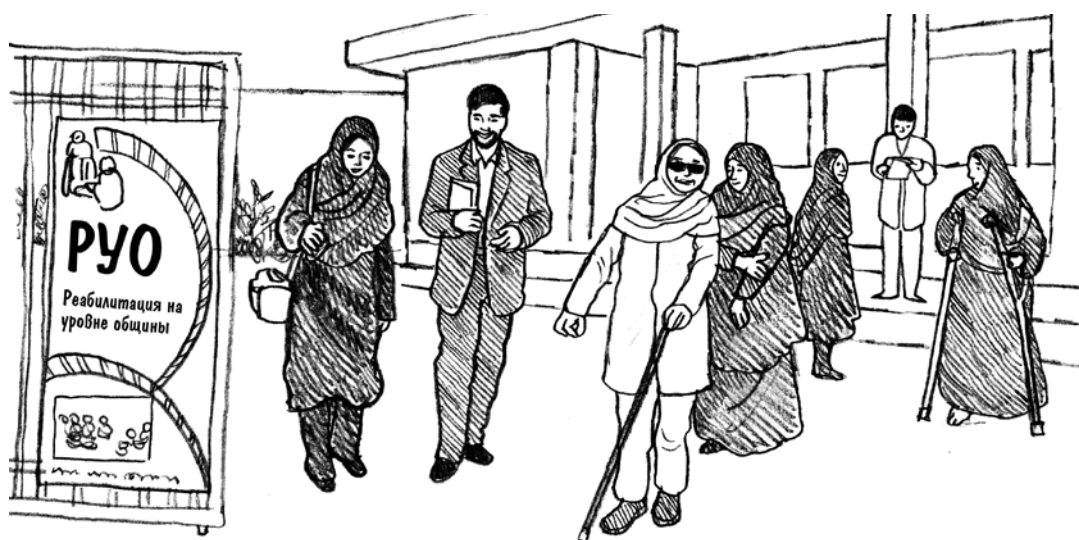
Введение

Медицинскую помощь можно определить как выявление, оценку и лечение патологических состояний и/или вызванных ими нарушений здоровья. Медицинская помощь способна: обеспечить выздоровление (например, при лечении лепры или малярии), уменьшить воздействие заболевания (например, при лечении эпилепсии); не допустить развития предотвратимых нарушений здоровья (например, при лечении диабета с целью предотвращения слепоты). Доступ к качественной медицинской помощи в нужное время и в необходимом объеме играет важнейшую роль для поддержания хорошего уровня здоровья и функционирования (30), в особенности для инвалидов, у которых может наблюдаться низкий уровень здоровья.

В Преамбуле мы ссылались на главу 25 «Конвенции о правах инвалидов» и на меры, которые должны принять государства-участники в отношении услуг здравоохранения для инвалидов, включая обеспечение инвалидам того же набора, качества и уровня бесплатных или недорогих услуг и программ по охране здоровья, что и другим лицам; предоставление тех услуг здравоохранения, которые необходимы инвалидам непосредственно по причине их инвалидности, включая раннюю диагностику, а в соответствующих случаях – меры вмешательства; и организацию этих услуг как можно ближе к общинам, в которых непосредственно проживают эти люди (2).

В «Стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов» (23) также приводится перечень обязанностей, которые должны выполнять государства в области медицинского обслуживания, и подчеркивается, что выполнение этих обязанностей является необходимой предпосылкой для равноправного участия инвалидов во всех видах деятельности.

Руководствуясь «Конвенцией о правах инвалидов» и «Стандартными правилами», сотрудники программ РУО могут вести работу в своих общинах, обеспечивая инвалидам доступ к инклюзивной, надлежащей и своевременной медицинской помощи.



Большие перемены в жизни Аднана

Ирэн и Мохаммед живут в Объединенной Республике Танзания. Когда у них родился сын Аднан, они были очень рады, так как у них уже была шестилетняя дочь и они давно хотели второго ребенка. Когда Аднану было около двух месяцев, родители заметили, что его голова стала меньше. Родители отвезли Аднана в местную больницу за медицинской помощью. Было проведено рентгеновское обследование, после которого доктор заявил, что поводов для беспокойства нет. Однако по мере того, как Аднан рос, стало очевидным, что он неспособен выполнять даже самые несложные действия и подчиняться основным требованиям, а его поведение все больше тревожило родителей. Кроме того, у него регулярно бывали судороги. Ирэн поясняет: «Он не говорил и вообще не издавал никаких звуков, поэтому мне всегда казалось, что он ничего не понимает, и фактически я с ним не разговаривала. Было непонятно, в чем дело. Но ему становилось все хуже и хуже».

Аднан начал ходить только в четыре года. Однажды, когда он играл на улице, кто-то из прохожих, заметив у мальчика нарушение умственного развития, рассказал Ирэн и Мохаммеду о местной программе «Комплексная реабилитация на уровне общин в Танзании» (КПРУОТ), которую осуществляла неправительственная организация Родители Аднана связались с этой организацией и попросили проконсультировать их и оказать помощь. Мама Китенге, сотрудница программы РУО, начала регулярно посещать их дом, проводила обучение и оказывала медицинскую помощь. Она также помогла семье Аднана получить доступ к необходимой мальчику противосудорожной терапии. В результате Аднан сейчас регулярно принимает препараты для лечения эпилепсии.

Ирэн рассказывает: «Перед тем, как мы начали участвовать в программе, Аднан был неспособен делать что-либо самостоятельно. Он не мог самостоятельно есть, одеваться или мыть руки. Он не был уравновешенным, счастливым ребенком. Он просто весь день бродил, и часто нам приходилось его разыскивать. Я не знала, что с ним делать. Обучение принесло реальную пользу, особенно что касается инструкций. Теперь я все время разговариваю с Аднаном, и он меня понимает. Он может носить воду, самостоятельно есть и умыться. Я много раз показывала ему дорогу от водоразборной колонки до

дома, всегда обращая внимание на одни и те же ориентиры, и теперь он знает, как добраться до дома, если вдруг потеряется. Мальчик регулярно принимает противосудорожные препараты, и у него не бывает приступов. Все это – большие изменения по сравнению с прошлым».



Цель

Инвалиды пользуются доступом к медицинской помощи – как общей, так и специализированной, – в зависимости от своих потребностей.

Роль РУО

Роль РУО состоит в сотрудничестве с инвалидами, членами их семей и медицинскими службами с целью обеспечения этим людям доступа к обслуживанию, направленному на выявление, предотвращение, минимизацию и/или коррекцию патологических состояний и нарушений здоровья.

Желаемые результаты

- Сотрудники РУО осведомлены об услугах медицинской помощи и способны направлять инвалидов и их семьи за получением общего и специализированного медицинского обслуживания.
- Инвалиды и их семьи имеют доступ к мероприятиям, направленным на раннее выявление патологических состояний и нарушений здоровья (диагностические и скрининговые услуги).
- Учреждения медицинской помощи носят инклюзивный характер и имеют улучшенный доступ для инвалидов.
- Инвалиды пользуются доступом к хирургическому лечению с целью минимизации или коррекции нарушений, что способствует улучшению их здоровья и функционирования.
- Инвалиды и их семьи развивают в себе навыки самостоятельного управления здоровьем, в результате чего у них появляется возможность задавать вопросы, обсуждать варианты лечения, принимать грамотные решения об оказании медицинской помощи и самостоятельно управлять своим здоровьем.
- Медицинские работники повышают свою осведомленность о медицинских потребностях инвалидов, уважают их права и достоинство и предоставляют высококачественное обслуживание.

Ключевые понятия

Типы медицинской помощи

Системы здравоохранения во многих странах с низким доходом имеют трехуровневую структуру, состоящую из первичного, вторичного и третичного уровней медицинской помощи. Эти уровни обычно связаны друг с другом системой направления к специалистам: например, работники первичной медико-санитарной помощи при необходимости направляют больных на следующий (вторичный) уровень помощи. Несмотря на то, что уровни частично «накладываются» друг на друга – например, первичная медико-санитарная помощь может быть оказана в учреждении, обычно предоставляющем вторичную помощь, – сотрудникам программ РУО важно понимать базовые различия между уровнями помощи с тем, чтобы способствовать доступу инвалидов и членов их семей к услугам.

Первичный уровень медицинской помощи связан с базовыми мерами поддержания здоровья. Услуги на этом уровне предоставляются медицинскими центрами и клиниками и обычно являются для пациентов первым контактом с системой здравоохранения. Медицинская помощь, предоставляемая на данном уровне, включает в себя простое и краткосрочное лечение острых состояний (например, инфекций) и профилактическое ведение хронических заболеваний (например, лепры, эпилепсии, туберкулеза, диабета). Программы РУО работают на уровне общин и поэтому тесно взаимодействуют со службами здравоохранения (14).

Вторичный уровень медицинской помощи включает в себя более специализированное медицинское обслуживание, предоставляемое крупными клиниками и больницами, действующими на уровне округа. Первичная медико-санитарная помощь обеспечивает необходимую связь со вторичным уровнем благодаря механизмам направления пациентов к специалистам.

Третичный уровень медицинской помощи представлен высокоспециализированным медицинским обслуживанием. Он обеспечивается специализированными медиками-профессионалами совместно со средним медперсоналом и включает в себя применение специализированных методик лечения. Данные услуги предоставляются крупными больницами, расположенными в больших городах, на общенациональном или региональном уровне. Медицинская помощь, предоставляемая на третичном уровне, может включать в себя нейрохирургическое вмешательство, противораковое лечение или ортопедическую хирургию.

Медицинская помощь инвалидам

Медицинские работники часто направляют инвалидов, которым требуется общая медицинская помощь, в учреждения по реабилитации, вместо того, чтобы лечить их в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Это происходит по причине их неосведомленности о том, что инвалиды, как и остальное население, могут иметь нарушения здоровья общемедицинского характера на любом этапе жизни, нуждаясь при этом в медицинской помощи, в частности, в первичной медико-санитарной помощи. Например, им может потребоваться медицинская помощь в случае заболевания респираторными инфекциями, гриппом, при высоком кровяном давлении, инфекциях среднего уха, диабете, туберкулезе или малярии.

Персонал учреждений здравоохранения играет важную роль в раннем выявлении нарушений, способных привести к дефектам. Большое значение имеют раннее обнаружение и лечение всех возникающих нарушений здоровья (вторичная профилактика). Некоторые нарушения здоровья, будучи не излеченными или неконтролируемыми, способны привести к новым дефектам или усугубить уже существующие. Раннее медицинское вмешательство менее травматично, более экономически эффективно и ведет к лучшим результатам.

Многие инвалиды имеют также специфические медицинские потребности на протяжении ограниченного периода жизни или в течение всей жизни; например, лица, страдающие эпилепсией, могут нуждаться в строгом принятии лекарственных препаратов на протяжении долгого времени. Некоторые инвалиды нуждаются также в хирургическом лечении, связанном с их дефектами.

Эпилепсия

Эпилепсия (судороги) – хроническое неврологическое заболевание, обычно ведущее к инвалидности, особенно в развивающихся регионах. Люди, страдающие эпилепсией, и их семьи часто страдают от предрассудков и дискриминации. Существует множество ложных представлений и мифов об эпилепсии и том, как ее правильно лечить. Недавние исследования, проведенные в странах как с высоким, так и с низким доходом, показали, что до 70% взрослых и детей с недавно диагностированной эпилепсией можно успешно лечить (т. е. судороги будут полностью контролироваться) с помощью противоэпилептических препаратов. По прошествии срока лечения от двух до пяти лет препараты могут быть отменены приблизительно у 70% детей и 60% взрослых без наступления рецидивов. Однако примерно $\frac{3}{4}$ страдающих эпилепсией в странах с низким доходом не получают требуемого лечения (31).

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение – часть медицинской помощи и обычно предоставляется на вторичном или третичном уровнях системы здравоохранения. Некоторые типы хирургической помощи могут скорректировать дефекты, предотвратить или ограничить повреждения и осложнения, связанные с имеющимися дефектами. В качестве примеров такой помощи можно назвать удаление катаракты, ведущей к дефекту зрения; ортопедическую хирургию, направленную на устранение переломов или повреждений позвоночника; а также реконструктивную хирургию в случае расщепления губы и твердого нёба, ожогов или лепры.

Перед проведением хирургической помощи необходимо принять во внимание многие факторы. Семьи могут иметь недостаточно знаний и понимания сути хирургических мероприятий, поэтому их следует правильно информировать о пользе и последствиях вмешательства. Хирургическая помощь часто бывает дорогостоящей и при отсутствии социальной защиты или медицинского страхования будет недоступна бедным слоям населения. Успешный исход вмешательства зависит от комплексного проведения последующего наблюдения (последующих хирургических манипуляций). Кроме того, пациенты могут нуждаться в дальнейшей медицинской помощи, терапии и вспомогательных приспособлениях, поэтому необходимо тесное взаимодействие между медиками и специалистами по реабилитации. Важно помнить, что хирургическое вмешательство само по себе неспособно решить все проблемы, связанные с нарушением здоровья и инвалидностью.

Узнать о новых возможностях

Патрик, житель кенийского округа Кьениоджо, родился в 1987 г. с деформацией стоп. Его сестра Сара тоже родилась с этим дефектом. В возрасте 17 лет юноша услышал по радио объявление о том, что все дети с инвалидностью приглашаются приехать в город Камвенге. «Все эти годы, – рассказывает Патрик, – я постоянно был изолирован от моих сверстников. Когда я услышал объявление по радио, то ощутил смешанные чувства: я не был уверен в том, что с моими стопами можно что-то сделать. Наконец, я приехал в Центр помощи Камвенге. Я увидел там множество детей-инвалидов. До этого я не знал, что другие люди испытывают аналогичные трудности. После двух операций мои стопы были исправлены, и, прежде всего, я рад, что теперь могу надевать обычную обувь, что раньше казалось мне несбыточной мечтой. С каждым днем ходить становится все легче. Моя младшая сестра, которой сейчас 14 лет, тоже была прооперирована. Для всех общин важно знать, что детям-инвалидам доступны медицинские и реабилитационные услуги. В нашей местности люди не знают о таких услугах. Сара и я стараемся изо всех сил, информируя наши семьи, друзей и общину о таких услугах. Вместе с другими инвалидами мы являемся частью общества и хотим участвовать в нормальной деятельности в храмах, школах и других группах. С тех пор, как я и моя сестра были прооперированы, многие люди поверили, что другие дети-инвалиды тоже могут вернуть себе утраченную надежду на выздоровление».

Самостоятельное управление здоровьем

Самостоятельное управление здоровьем (часто называемое самопомощью или самообслуживанием) не означает управления здоровьем без медицинского вмешательства. Самостоятельное управление вовлекает людей в процесс контроля над своим здоровьем. Они несут ответственность за грамотный выбор альтернатив и принятие решений, связанных с медицинским обслуживанием, а также за осуществление активной роли в разработке лечебного плана по улучшению и поддержанию состояния своего здоровья. Все это требует хороших взаимоотношений между пациентами и медицинским персоналом, что обеспечивает достижение благоприятных исходов. Люди, самостоятельно управляющие своим здоровьем:

- регулярно и эффективно взаимодействуют с медицинскими работниками;
- участвуют в принятии решений и планировании медицинских мероприятий;
- просят предоставить им, получают и осмысливают информацию, касающуюся здоровья;
- следуют лечебному режиму, предписанному медицинскими работниками;
- проводят согласованные с медицинскими работниками надлежащие мероприятия по самостоятельному ведению болезни.

Самостоятельное управление здоровьем важно для людей, имеющих пожизненный дефект, например, страдающих параплегией или хроническим заболеванием, таким как диабет. Работники здравоохранения могут игнорировать роль, которую способны играть в управлении своим здоровьем инвалиды и их семьи. Кроме того, пациентам может не хватать навыков, в полной мере обеспечивающих ответственное отношение к своему здоровью.

Группы самопомощи предоставляют хорошую возможность инвалидам научиться самостоятельно управлять здоровьем путем обмена опытом с другими участниками группы. Нередко ценная информация усваивается благодаря доступным источникам информации о медицинской помощи – о том, как эффективно взаимодействовать с системой здравоохранения и справляться с имеющимися нарушениями здоровья.

ВСТАВКА 18

Сальвадор

Количество переходит в качество

Итальянская ассоциация «Amici di Raoul Follereau» (АИФО/Италия) совместно с группой по проблемам реабилитации и инвалидности Всемирной организации здравоохранения и Международной организацией инвалидов провели исследования в нескольких странах для определения того, могут ли люди овладеть навыками самостоятельного управления здоровьем и играть более активную роль в оказании самим себе медицинской помощи в случае, если они объединятся в группу инвалидов с аналогичными потребностями в медицинской помощи. Исследователи обратились с просьбой к организаторам пилотных проектов: выявить и сформировать группы инвалидов с аналогичными потребностями в медицинской помощи; определить основные медицинские потребности; совместно с медицинскими специалистами предоставить знания и навыки в области оказания самопомощи для удовлетворения выявленных потребностей; оценить, повысилось ли качество самопомощи и медицинской помощи, предоставляемой инвалидам и/или членам их семей; определить, получили ли знания и навыки инвалидов признание со стороны медицинского сообщества и была ли им отведена какая-либо роль в системе медицинского обслуживания.

Пилотный проект в Сальвадоре был сфокусирован на проблематике травм спинного мозга. АИФО/Италия в сотрудничестве с Университетом Дон Боско и Сальвадорским институтом реабилитации инвалидов провела работу с группой из 30 пациентов, имеющих спинно-мозговые травмы, и членами их семей из нескольких районов Сан-Сальвадора и деревни Тенакачепек. Были организованы четыре группы самопомощи и проведены регулярные занятия/совещания с ними. Участники этих групп определили свои основные потребности в медицинской помощи, включая такие вопросы, как мочеиспускание, состояние мочевого пузыря и почек, пролежни, малоподвижность суставов, сексуальность и выполнение родительских обязанностей. Привлеченные к проекту медики-профессионалы организовали тренинги по овладению навыками самопомощи согласно перечню выявленных основных проблем. Через некоторое время взгляды членов групп самопомощи и участвующих в проекте медицинских работников начали меняться. Оказалось, что при правильно проведенном обучении и при наличии поддержки члены групп самопомощи с травмами спинного мозга способны заботиться о своем здоровье и улучшать качество своей жизни. Также оказалось, что специалистам в области здравоохранения необходимо выйти за рамки своей традиционной медицинской роли и заняться поощрением и содействием самопомощи в рамках концепции совместной ответственности. Участники групп самопомощи выступили с инициативой создания собственной ассоциации АЛМЕС («Сальвадорская ассоциация инвалидов со спинно-мозговыми травмами»).

Рекомендуемые мероприятия

Программы РУО могут осуществлять следующие виды деятельности по расширению доступа инвалидов к медицинской помощи.

Собирать информацию о медицинских услугах

Информация о медицинских услугах доступна на первичном, вторичном и третичном уровнях системы здравоохранения и имеет большое значение для облегчения доступа инвалидов и членов их семей к медицинской помощи и поддержке. Программы РУО могут:

- выявлять существующие медицинские услуги на локальном, региональном и общенациональном уровнях, предоставляемые государственными, частными и неправительственными поставщиками, включая при необходимости традиционную медицину;
- устанавливать контакты с поставщиками медицинских услуг и собирать информацию о видах оказываемой ими медицинской помощи, ее доступности, стоимости, графике и механизме направления пациентов в другие медицинские учреждения;
- составить каталог услуг с тем, чтобы вся информация была доступна персоналу программ РУО, индивидам и общинам; обеспечивать, чтобы каталоги услуг были доступны на местных языках и в удобных форматах в местах оказания медицинской помощи.

Содействовать раннему выявлению

Программы РУО могут:

- создать совместно с персоналом учреждений первичной медико-санитарной помощи механизм раннего выявления патологических состояний и нарушений здоровья, связанных с инвалидностью;
- выявлять скрининговые мероприятия, направленные на раннее выявление инфекционных и неинфекционных болезней, таких как туберкулез, лепра, филяриатоз, онхоцеркоз, диабет, рак;
- предоставлять инвалидам и членам их семей информацию о времени и месте проведения скрининговых мероприятий и обеспечивать доступность этих мероприятий;
- помогать членам семей, имеющим в анамнезе генетические или наследственные нарушения, например, мышечную дистрофию, получать направления в соответствующие медицинские учреждения для диагностики и консультирования;
- знать о возможности развития вторичных патологических состояний связанных с конкретными видами инвалидности (например, пролежней), и проводить соответствующие осмотры при работе с инвалидами;
- выявлять в общине лиц с нарушениями здоровья, которым может принести пользу хирургическая операция.



Объединенные усилия по оказанию медицинской помощи

В индийском округе Мандия программы РУО, осуществляемые двумя неправительственными организациями, сотрудничают с Национальной программой лечения лепры. Они участвуют в распространении знаний о ранних признаках и симптомах лепры. Людям, которым поставлен диагноз «лепра», предлагается 6–12-месячный курс лечения, проводимый бесплатно службой первичной медико-санитарной помощи. Если пациенты прерывают лечение, служба первичной медико-санитарной помощи просит программу РУО проводить последующее наблюдение за этими больными.

Обеспечивать доступ к раннему лечению

Программы РУО могут развивать и поощрять сотрудничество между инвалидами, членами их семей и работниками учреждений первичной медико-санитарной помощи с целью расширения доступа к медико-санитарному обслуживанию на всех уровнях. Предлагаемые мероприятия включают в себя:

- проверки, проводимые медицинскими работниками, с целью удостовериться в том, что инвалиды, охваченные скрининговыми мероприятиями, при необходимости проходят последующее наблюдение;
- проверки, проводимые медицинскими работниками, с целью удостовериться в том, что инвалидам, нуждающимся в доступе к медицинской помощи вторичного и третичного уровней, выдаются направления к специалистам;
- адвокати́рование: например, сотрудники программ РУО, владеющие жестовым языком, могут сопровождать глухих пациентов при посещении ими медицинских учреждений, чтобы помогать им сообщать о своих потребностях и понимать предоставляемую им информацию, а также оказывать им поддержку в доступе к соответствующему лечению;
- повышение информированности о барьерах, препятствующих доступу к медицинской помощи, и коллективная работа по устранению и преодолению этих барьеров; для устранения некоторых барьеров, например, оплаты расходов, связанных с оказанием медицинской помощи, необходимы инновационные механизмы;
- выявление пробелов в предоставлении инвалидам медицинских услуг и изучение совместно с ними, а также с членами их семей, медицинскими работниками, разработчиками политики способов минимизации или устранения таких пробелов.



Опора на успех

В странах с низким доходом такие пороки развития, как косолапость или врожденная деформация стопы, зачастую становятся причиной инвалидности. Общинное агентство по реабилитации и обучению инвалидов (CARE-Belize) признало что для детей Белиза эта проблема является серьезной. Совместно с Международной детской больницей и Министерством здравоохранения Белиза организация CARE-Belize разработала программу раннего выявления и лечению косолапости у детей.

Местные доктора, терапевты и полевые специалисты-реабилитологи были обучены методу Понсети, т. е. нехирургическому исправлению деформаций и косолапости в очень раннем возрасте при помощи нетравмирующих манипуляций, специальных форм и наложению шин. С помощью персонала РУО организация CARE-Belize выявляла детей в очень раннем возрасте и направляла их в медицинские учреждения для коррекции косолапости. Хотя вначале это была неправительственная инициатива на местном уровне, ее успех привел к разработке Национальной программы лечения косолапости.

Облегчать доступ к хирургической помощи

Некоторым инвалидам может потребоваться хирургическая помощь. В сочетании с послеоперационным уходом и реабилитацией хирургическая операция способна исправить нарушения, предотвратить ухудшение состояния пациента и способствовать улучшению функционирования. Программы РУО могут:

- исследовать, какие варианты хирургического лечения доступны для инвалидов и, в частности, какие существуют возможности финансирования;
- до проведения операции осуществить проверку и убедиться в том, что инвалиды и члены их семей правильно информированы о рисках и пользе хирургического вмешательства и осведомлены о стоимости и продолжительности как хирургической операции, так и всего курса лечения;
- после проведения операции осуществить проверку и убедиться в том, что хирургический и сестринский персонал, а также специалисты-реабилитологи (например, физиотерапевты, протезисты/ортезисты, специалисты по трудотерапии) предоставляют пациентам надлежащий послеоперационный уход с целью максимизировать успех хирургического вмешательства;
- способствовать плавному переходу от медицинской помощи к реабилитации.

Содействовать самостоятельному управлению хроническими состояниями

Программы РУО могут помочь инвалидам и членам их семей узнать о своем праве на медицинское обслуживание и приобрести необходимые навыки самоконтроля при хронических заболеваниях. Рекомендуются, чтобы программы РУО:

- вели работу непосредственно с инвалидами, побуждая их взять на себя ответственность за свое здоровье с тем, чтобы они стремились получить надлежащую

медицинскую помощь и вели здоровый образ жизни, а также убеждаясь в том, что они способны правильно следовать рекомендациям врачей;

- разрабатывали материалы/публикации, содержащие медицинскую информацию о патологических состояниях, или адаптировали уже существующие материалы в формат, наиболее удобный для инвалидов и членов их семей (например, изложение простым языком, с несложными рисунками и фотографиями, в переводе на местный язык);
- привлекали инвалидов к участию в группах самопомощи, чтобы они могли узнавать о методах самостоятельного управления здоровьем благодаря обмену опытом и навыками, получать ценную информацию о доступных ресурсах медицинской помощи, эффективных методах переговоров со структурами здравоохранения и методах управления патологическими состояниями.

ВСТАВКА 21

Никарагуа

Партнерства для осуществления перемен

В Никарагуа существуют «клубы» людей с хроническими заболеваниями, например, с высоким кровяным давлением или диабетом. Эти клубы, или группы поддержки, помогают системе здравоохранения обеспечить, чтобы люди были в состоянии взять на себя ответственность за управление собственным здоровьем и могли предотвращать развитие новых патологических состояний и нарушений здоровья. На встречах люди рассказывают о своих проблемах, учатся самостоятельно следить за своим здоровьем и рассматривают различные возможности его поддержания, такие как ведение здорового образа жизни. Комитеты по управлению клубами проводят мероприятия по сбору средств для оплаты расходов на медикаменты и анализы, которые обычно не предоставляются системой здравоохранения бесплатно. Программа РУО сотрудничает с этими группами поддержки, обеспечивая, чтобы в них участвовали инвалиды.



Формировать отношения с поставщиками медицинских услуг

Медицинский персонал часто плохо осведомлен о проблемах инвалидности и методах по обеспечению оптимального доступа инвалидов к медицинским службам. Благодаря установлению контактов с этими службами и налаживанию связей с их персоналом программы РУО могут создать сеть, облегчающую выдачу инвалидам направлений к специалистам и доступ к всеобъемлющему медицинскому обслуживанию. Программы РУО могут:

- повышать уровень осведомленности медицинского персонала о медико-санитарных потребностях инвалидов и членов их семей;
- организовывать интерактивные индивидуальные и групповые занятия для инвалидов, членов их семей и медицинского персонала с целью обсуждения

ключевых вопросов, связанных с инвалидностью, например, о доступе к услугам и обмене опытом;

- побуждать медицинский персонал к вовлечению инвалидов и членов их семей в процесс разработки планов лечения.
- просить медицинские службы провести необходимое обучение и повышение квалификации работников программ РУО с тем, чтобы они могли оказывать помощь в раннем выявлении заболеваний, выписке направлений к специалистам и последующем наблюдении больных в общине;
- взаимодействовать с общинными программами в области здравоохранения, чтобы инвалиды имели доступ к преимуществам этих программ.

ВСТАВКА 22

Индонезия

Повышение информированности населения в Индонезии

В состав сотрудников программы РУО, осуществляемой в южной части индонезийского острова Сулавеси, входит многопрофильная команда, включающая в себя сельских медработников, учителей начальной школы и добровольцев, многие из которых сами являются инвалидами или членами семей инвалидов.

Команда РУО проводит регулярные тренинги с персоналом всех уровней системы здравоохранения. Эти тренинги открывают широкие возможности для развития сети сотрудничества, содействуют удовлетворению потребностей инвалидов в сфере медицинского обслуживания и повышают роль программ РУО и служб по оказанию медицинской помощи.

Реабилитация

Введение

Как подчеркивается в преамбуле, доступ к реабилитации имеет важнейшее значение для достижения инвалидами наивысшего достижимого уровня здоровья. Статья 26 «Конвенции о правах инвалидов» призывает принимать «эффективные и надлежащие меры к тому, чтобы наделить инвалидов возможностью для достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни...» (2).

«Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов» предусматривают, что реабилитационные мероприятия должны включать в себя предоставление или восстановление функций либо компенсацию утраты или отсутствия функций, а также функциональных ограничений (23). Реабилитация может происходить на любом этапе жизни человека, но, как правило, происходит в течение ограниченных периодов времени и включает в себя одно или несколько мероприятий. Реабилитация может варьироваться в диапазоне от базовых мер, которые могут предоставляться сотрудниками общинных центров и членами семей инвалидов, до более сложных мероприятий, требующих участия терапевтов.

Успешная реабилитация требует привлечения всех секторов в области развития, включая здравоохранение, образование, самообеспечение и социальную защиту. В настоящей брошюре внимание фокусируется на тех мерах по улучшению функционирования, которые предлагаются в рамках сектора здравоохранения. Важно отметить, что предоставление связанных со здоровьем реабилитационных услуг не обязательно должно находиться в ведении министерства здравоохранения (см. раздел «Реабилитационные услуги»).



Создание государственно-частных партнерств

В течение последних 50 лет Ассоциация инвалидов Кении (АИК) предоставляет жителям страны комплексные услуги по реабилитации, которые охватывают более 500 тыс. инвалидов. В результате осуществления нескольких партнерских программ АИК удалось создать Национальную сеть по реабилитации, состоящую из девяти главных отделений, 280 связанных между собой центров выездных услуг и множества программ по реабилитации на уровне общин, которые предлагают терапевтические услуги, вспомогательные приспособления и поддержку при хирургических вмешательствах.

Одним из примеров успешного партнерства с участием АИК является сотрудничество с Министерством здравоохранения. В течение последних 30 лет АИК тесно сотрудничает с этим министерством, обеспечивая, чтобы высококачественные услуги в области реабилитации были доступны максимально возможному числу пациентов. Шесть из девяти отделений АИК находятся при государственных больницах, и Министерство здравоохранения выделило для работы в них более 50 медицинских работников, в основном терапевтов и средний медицинский персонал. Министерство выделяет заработную плату для большинства этих работников, а АИК финансирует расходы по программе.

Первую программу РУО АИК открыла в своем отделении в Момбасе в 1992 году. С 2000 г. программа была распространена на основные трущобные районы Найроби с тем, чтобы охватить наиболее уязвимых инвалидов. Программы РУО предусматривают реабилитацию на дому и являются важным связующим звеном с центрами выездного обслуживания и отделениями АИК. При финансовой поддержке компаний CBM и Kindernothilfe АИК привлекла к работе в этих программах 32 сотрудника РУО. Со своей стороны, правительство финансирует несколько терапевтических программ.

АИК является успешным примером государственно-частного партнерства и показывает, что реабилитация на базе центров и реабилитация на базе общин могут осуществляться совместно для обеспечения реабилитационными услугами пациентов, проживающих в городских и сельских районах. В одном только 2008 г. около 52 тыс. кенийцев получили услуги по реабилитации по линии АИК.



Цель

Инвалиды пользуются доступом к реабилитационным услугам, способствующим повышению благосостояния, инклюзии и участию в общественной жизни.

Роль РУО

Роль РУО заключается в поощрении, поддержке и реализации реабилитационных мероприятий на уровне общин и содействии в получении доступа к специализированным услугам по реабилитации.

Желаемые результаты

- Инвалиды получают индивидуальные оценки своего состояния и участвуют в разработке персонального реабилитационного плана, включая услуги, которые они желают получать.
- Инвалиды и члены их семей понимают роль и назначение реабилитации и получают достоверную информацию об услугах, доступных в секторе здравоохранения.
- Инвалиды получают направления на специализированные реабилитационные услуги, а также последующее наблюдение; тем самым обеспечивается предоставление этих услуг и удовлетворение потребностей инвалидов.
- На уровне общин доступны базовые услуги по реабилитации.
- Материальные ресурсы, необходимые для осуществления реабилитационных программ в общинах, доступны персоналу программ РУО, инвалидам и членам их семей.
- Персонал программ РУО получает надлежащую подготовку, обучение и поддержку, которые помогают им при проведении реабилитационных мероприятий.

Основные понятия

Реабилитация

Реабилитация распространяется на лиц, ставших инвалидами по широкому спектру патологических состояний. Таким образом, в «Конвенции о правах инвалидов» говорится как об «абилитации», так и о «реабилитации».

Абилитация направлена на оказание помощи людям с врожденной инвалидностью или тем, кто получил инвалидность в раннем детстве и не имеет опыта жизни без инвалидности. Реабилитация направлена на оказание помощи тем людям, которые потеряли те или иные функциональные возможности в результате травмы или болезни и которым нужно заново учиться навыкам повседневной деятельности, чтобы достичь максимальной функциональности. Абилитация является новым термином и обычно не применяется в странах с низким доходом, поэтому в данном Руководстве термин «реабилитация» означает как реабилитацию, так и абилитацию.

Мероприятия по реабилитации

В рамках системы здравоохранения можно осуществлять широкий спектр реабилитационных мероприятий. Рассмотрим следующие примеры.

- Реабилитация молодой девушки с врожденным церебральным параличом может включать в себя поощрение ее двигательной активности с помощью игры, развитие языковых навыков и чувствительности, специальные программы по предотвращению гипертрофированности мышц и развития деформаций, например путем использования инвалидной коляски со специальными вставками для правильного позиционирования тела.
- Реабилитация слепоглухонемого мальчика может включать в себя работу с родителями с тем, чтобы они обеспечивали стимулирующее воздействие, поощряющее развитие и функциональную мобильность ребенка, с помощью обучения специальным средствам коммуникации, таким как прикосновения и знаки, которые позволяли бы ребенку активно взаимодействовать со средой обитания как внутри дома, так и вне его.
- Реабилитация девочки-подростка с интеллектуальными нарушениями может включать в себя обучение приемам личной гигиены (например, гигиене при менструации), разработке совместно с членами ее семьи стратегий решения поведенческих проблем для обеспечения безопасного доступа к социальной среде.
- Реабилитация молодого человека с депрессией может включать в себя консультирование по вопросам решения основных проблем, ведущих к депрессии, обучение технике релаксации для снятия состояний стресса и тревоги, а также участие в группе поддержки для повышения уровня социального взаимодействия с окружающими.
- Реабилитация пожилой женщины, перенесшей инсульт, может включать в себя укрепляющие упражнения для нижних конечностей, обучение навыкам ходьбы, функциональный тренинг, призванный научить ее самостоятельно одеваться, питаться и принимать ванну, предоставление трости для сохранения равновесия, а также упражнения по восстановлению речи.
- Реабилитация пожилого человека, страдающего от диабета и перенесшего вследствие этого ампутацию обеих ног ниже колена, может включать в себя общеукрепляющие упражнения, протезирование и/или предоставление инвалидной коляски, а также функциональный тренинг по обучению навыкам передвижения и самообслуживания.

Услуги по реабилитации

Реабилитационные услуги находятся в ведении государства, частных и некоммерческих структур. В большинстве стран реабилитационными услугами руководит Министерство здравоохранения, а в некоторых странах предоставление указанных услуг находится в ведении других министерств, таких как Министерство труда и Министерство инвалидов войны и социальных вопросов во Вьетнаме или Министерства социального обеспечения в Гане, Индии и Эфиопии. В некоторых странах, таких как Исламская Республика Иран, Кения и Китай, управление услугами по реабилитации осуществляется путем установления партнерских отношений между государственными ведомствами и неправительственными организациями.

Реабилитационные услуги предоставляются широким кругом специалистов, включая медицинских работников (медсестры, физиотерапевты), терапевтов (специалисты по трудотерапии, физиотерапевты, логопеды) и технических специалистов (ортопеды и протезисты), а также специалистов по реабилитации (помощники по реабилитации, сотрудники общинных реабилитационных центров).

Реабилитационные услуги могут предоставляться во многих видах учреждений, в том числе в больницах, клиниках, специализированных центрах или службах, общинных учреждениях, а также на дому. Место проведения реабилитационного мероприятия определяется с учетом фазы реабилитации (например острой фазы после ДТП или травмы), а также вида необходимых мер вмешательства.

В странах с низким доходом, особенно в сельских районах, диапазон физически и экономически доступных реабилитационных услуг ограничен. Например, там может функционировать только один реабилитационный центр, расположенный в столице страны, а терапевты могут быть доступны только в госпиталях или крупнейших клиниках. Поэтому стратегии, осуществляемые на базе общины, такие как РУО, играют важнейшую роль в обеспечении доступа инвалидов и членов их семей к услугам по реабилитации.

Услуги на базе общин

Исторически программы РУО являлись средством предоставления услуг, ориентированных на реабилитацию лиц, проживающих в странах с низким доходом, путем использования ресурсов местных общин. Хотя первоначальная концепция РУО со временем превратилась в расширенную стратегию развития, программы предоставления реабилитационных услуг на уровне общин по-прежнему остаются необходимым и актуальным элементом программ РУО.

Реабилитация в специализированных центрах может не быть необходимой или не иметь практического значения для людей, проживающих в сельских районах, а многие реабилитационные мероприятия могут инициироваться в общинах. Пособие ВОЗ по тренингу инвалидов в общинах представляет собой руководство по проведению реабилитационных мероприятий, которые могут осуществляться в общине с использованием местных ресурсов (32).

Реабилитационные услуги на уровне общин могут также потребовать последующей реабилитации в специализированных центрах. При этом пациенту могут потребоваться длительная поддержка и помощь при использовании полученных навыков и знаний на дому и в общине после возвращения из центра по реабилитации. Программы РУО могут предоставлять поддержку путем посещения людей на дому и при необходимости убеждать их продолжать реабилитацию.

В общинах, где организовано предоставление реабилитационных услуг, должно быть установлено тесное взаимодействие



с медицинскими специализированными центрами по реабилитации. Потребности инвалидов могут изменяться со временем; при этом пациентам может потребоваться периодическая поддержка в течение длительного периода. Успех реабилитационных мероприятий зависит от надежных партнерских отношений между инвалидами, профессиональными реабилитологами и общинными работниками.

ВСТАВКА 24

Китай

Дорога Ли к независимости

Ли, женщина средних лет, проживает вместе со своей пожилой матерью и тремя детьми в китайской провинции Цинхай. До несчастного случая, произошедшего в октябре 2003 г., она была кормильцем всей семьи. Ли упала с крыши во время ремонта дома, в результате чего получила перелом позвоночника с потерей подвижности и чувствительности ног. После выписки из больницы Ли оказалась прикованной к постели. Ее ноги стали быстро опухать, и без помощи детей она не могла повернуться в постели, принять душ, переодеться и воспользоваться туалетом. Ли потеряла уверенность в себе и несколько раз пыталась покончить с собой, но, к счастью, эти попытки были неудачными.

Деревенский сотрудник программы РУО по реабилитации приехал к Ли и провел с ней курс реабилитации на дому. Ли обучилась методам самообслуживания с учетом имеющихся у нее возможностей. Она получила информацию о своей инвалидности и узнала, как можно избежать пролежней и инфекции мочевыводящих путей. Членов ее семьи и друзей научили, как сделать простые «ходунки», с помощью которых Ли могла учиться стоять и ходить. Они также изготовили простое туалетное ведро, что помогло решить Ли проблему посещения туалета. Уездный реабилитационный центр предоставил ей костыли и инвалидное кресло-коляску. Со временем Ли научилась вставать, ходить на костылях и использовать инвалидное кресло-коляску для перемещений на большие расстояния. Шаг за шагом Ли становилась все уверенней в своих силах. Скоро она стала способна выполнять свои ежедневные обязанности, в том числе готовить еду для всей семьи, а ее активность значительно возросла. Она открыла мельницу, доход от которой вместе с выплачиваемым ей небольшим ежемесячным пособием от уездного Министерства гражданской администрации позволяет ей снова заботиться о своей семье и уверенно смотреть в будущее.

Реабилитационные планы

Реабилитационный план должен быть индивидуализированным, целенаправленным и реалистичным. При разработке плана должны быть учтены предпочтения человека, его возраст, пол, социально-экономический статус и домашняя среда. Нередко реабилитация бывает длительным процессом, поэтому необходимо долгосрочное планирование наряду с постановкой задач по достижению краткосрочных целей. Ценные ресурсы могут быть потрачены впустую, если реабилитационный план нереалистичен.

Многие реабилитационные планы потерпели неудачу из-за того, что при их составлении не посоветовались с инвалидами. Важно, чтобы при разработке

реабилитационного плана учитывались их мнения и предпочтения, а также были приняты во внимание особенности их образа жизни, например, бедность. Например, план, предусматривающий для бедняка, живущего в сельском районе, частые поездки в региональный реабилитационный центр для прохождения курса физиотерапии, обречен на неудачу. Реабилитационный персонал должен мыслить творчески и разрабатывать программы реабилитации, которые были бы доступны по месту жительства инвалида, в том числе в сельском районе.

Потребности в области реабилитации могут со временем меняться, особенно в переходные периоды, например, когда ребенок идет в школу, юноша поступает на работу, а взрослый возвращается домой в общину из реабилитационного учреждения. В реабилитационный план должны быть внесены соответствующие коррективы с учетом особенностей переходного периода с тем, чтобы планируемая деятельность оставалась уместной и актуальной.

Рекомендуемые мероприятия

Выявлять потребности

Прежде чем разрабатывать реабилитационный план и начинать его осуществление, сотрудникам программы РУО важно провести базовую оценку для выявления потребностей и приоритетов совместно с инвалидом и/или членами его семьи. Проведение оценки требует ценных навыков, поэтому персонал РУО должен пройти предварительное обучение с последующим контролем, чтобы обеспечить компетентность в этой области. При выявлении потребностей инвалидов полезно рассмотреть следующие вопросы:

- Какие действия они могут выполнять, а какие нет?
- Какими действиями они хотят овладеть?
- С какими проблемами они сталкиваются? Как и когда возникают эти проблемы?
- Какие сферы жизнедеятельности при этом затрагиваются, например, тело, органы чувств, умственные способности, общение, поведение?
- Какие проблемы возникают в дальнейшем?
- Какова ситуация дома и в их общине?
- Как дом и община адаптируются к инвалидности?

Точная информация по перечисленным вопросам может быть получена путем анализа медицинской документации, наблюдения за индивидом, его медицинского осмотра, а также путем обсуждения основных проблем с индивидом и членами его семьи при участии работников (служб) здравоохранения. Важно учитывать первоначальные оценки и данные последующих консультаций с тем, чтобы мониторить постепенное улучшение состояния индивида. В рамках многих программ РУО разработаны специальные бланки оценки и отслеживания прогресса для облегчения работы сотрудников.

Облегчать направление к специалистам и проводить последующее наблюдение

Если в ходе первоначальной оценки сотрудники РУО выявляют потребность в специализированных реабилитационных услугах, например, в области физитерапии, трудотерапии, аудиологии, логопедии, они могут облегчить инвалидам доступ к этим услугам путем выдачи направлений к специалистам. Рекомендуются следующие мероприятия:

- определить доступность направления инвалидов на реабилитационные мероприятия на всех уровнях системы здравоохранения;
- предоставлять инвалидам и их членам семей информацию о доступных услугах, включая данные о месте предоставления услуг, возможной пользе и потенциальных затратах;
- побуждать инвалидов и членов их семей проявлять заинтересованность и задавать вопросы о направлении к специалистам. При необходимости помогать им запрашивать дополнительную информацию и устанавливать контакты с другими инвалидами, которые живут в той же общине, сталкиваются с аналогичными проблемами и пользуются теми же или аналогичными услугами;
- обеспечивать, чтобы инвалиды и члены их семей давали информированное согласие на медицинское вмешательство до выписки направления;
- после выписки направления поддерживать регулярные контакты со службами и убедиться в том, что все необходимые меры вмешательства назначены и выполнены;
- определять, какая поддержка нужна инвалидам для доступа к услугам (например, финансовая помощь, обеспечение транспортом, адвокати́рование) и как она может быть предоставлена. Например, если необходимо адвокати́рование, сотрудники программы РУО могут сопровождать индиви́да к месту оказания реабилитационной услуги;
- осуществлять последующее наблюдение после назначения реабилитационной услуги для определения необходимости дополнительной поддержки (например, может потребоваться проведение реабилитационных мероприятий на дому).

Специализированные услуги по реабилитации зачастую предлагаются в крупных городских центрах, и это может ограничить доступ к ним инвалидов, проживающих в сельских и отдаленных районах. Поэтому необходимо обращать внимание на расходы, связанные с посещением реабилитационного центра в городе, включая расходы на транспорт, питание, проживание и учитывая потерю дневной заработной платы; кроме того, многие услуги предполагают оплату наличными. Программы РУО должны учитывать финансовые ограничения и обеспечить рассмотрение широкого спектра альтернативных возможностей, включая схемы финансирования по линии государственных и неправительственных организаций, банковские кредиты и поддержку со стороны общины.

Нет такого места, где бы не предоставлялись услуги

Программа РУО в Исламской Республике Иран побуждает сельских медработников и персонал программ РУО заблаговременно выявлять инвалидов и направлять их на получение первичной медико-санитарной помощи непосредственно в общине. На основании выписанного направления мобильная команда специалистов по реабилитации посещает инвалида на дому для оказания реабилитационных услуг. Если пациенту необходимо специализированное лечение, выписывается направление в медицинское учреждение третичного уровня, как правило, расположенное в районном центре или в столице. После реабилитации в специализированном центре инвалидам выдается направление на обслуживание в учреждении системы первичной медико-санитарной помощи, которое сотрудничает с программой РУО, для продолжения в случае необходимости реабилитационных мероприятий. Мобильная команда специалистов по реабилитации осуществляет последующее наблюдение за проводимыми реабилитационными мероприятиями и при необходимости оказывает дальнейшую помощь.

Облегчать проведение реабилитационных мероприятий

Программы РУО могут облегчать предоставление терапевтических услуг на дому и/или в общине и оказывать помощь больным с широким спектром нарушений, что позволит им поддерживать и увеличивать свои функциональные возможности дома и в общине.

Осуществлять меры раннего вмешательства в области развития детей

Каждый ребенок проходит процесс обучения, позволяющий ему приобрести навыки, важные для последующей жизни. Основными направлениями развития ребенка являются: физическое развитие, речевое и языковое развитие, когнитивное развитие, социальное и эмоциональное развитие.

Задержки в развитии происходят тогда, когда ребенок не может достигнуть важных ключевых точек развития, соответствующих его/ее возрастной группе. С помощью раннего вмешательства дети из группы риска или с задержкой развития выявляются как можно раньше и получают адресные реабилитационные меры вмешательства для профилактики или уменьшения задержки развития.

Инвалидность, например, детский церебральный паралич, слепота или глухота, может привести к задержке развития и ограничить способность ребенка участвовать в регулярных действиях, таких как игры с другими детьми и посещение школы. Персонал РУО может осуществлять меры раннего вмешательства, обычно на дому, для проведения простых и приятных для ребенка обучающих и развивающих мероприятий. Кроме того, персонал программы РУО может побуждать родителей встречаться для обмена опытом и идеями в области обучающих и развивающих мероприятий и облегчать создание игровых групп, где их дети смогут учиться играть с другими детьми, овладевать новыми навыками и совершенствоваться во всех аспектах развития.

Веселье для всей семьи

В городе Александрия (Египет) программа РУО открыла несколько клубов, члены которых еженедельно встречаются в различных частях города, в том числе на местном стадионе и в мечети. Родители вместе со своими детьми-инвалидами приходят, чтобы принять участие в мероприятиях, организованных сотрудниками РУО и волонтерами из общины. Детям предлагается широкий спектр развлечений, например, конкурсы танцев и песен, а родителям – возможность пообщаться друг с другом, обменяться опытом и принять участие в тренингах.

Поощрять функциональную независимость

Меры вмешательства функционального характера направлены на повышение уровня независимости индивида в применении навыков повседневной жизни, например, передвижения, коммуникации, принятия ванны, пользования туалетом, одевания, приема и приготовления пищи, питья и работы по дому. Меры вмешательства зависят от возраста, пола человека и местных средовых условий и будут меняться с течением времени по мере того как он/ она переходит от одного этапа жизни к другому. Персонал РУО может обеспечить следующие мероприятия:

- тренинг инвалидов и членов их семей по различным аспектам осуществления жизнедеятельности;
- консультирование членов семей инвалидов по вопросам того, как наилучшим образом помогать инвалидам в функционировании для достижения максимальной независимости;
- отработка навыков использования вспомогательных приспособлений, например, средств передвижения/помощи при ходьбе для облегчения повседневной жизнедеятельности;
- обучение и инструктаж по конкретным методам, используемым для преодоления нарушений, таких как мышечная слабость, нарушение равновесия и перенапряженность мышц, что затрудняет человеку повседневную жизнедеятельность (в таких случаях могут применяться укрепляющие, массажно-растягивающие процедуры и фитнес-программы).



Учиться смотреть на жизнь по-другому

Ширли живет в деревне в Гайане. Она незрячая, и поэтому мать не выпускала ее из дому, опасаясь, что девочка нечаянно получит травму. Волонтеры РУО посетили Ширли на дому и поговорили с ее матерью о том, как научить Ширли самостоятельно передвигаться вне дома. Убедить мать девочки было трудно. Волонтеры РУО попросили Паулину, координатора регионального отделения программы, посетить дом Ширли и поговорить с ее матерью. Так как Паулина сама была слепой, то волонтеры РУО решили, что ее пример послужит стимулом для Ширли и ее матери. Мать Ширли согласилась, и был разработан реабилитационный план, направленный на расширение функциональной независимости девочки. Ширли быстро делала успехи, и теперь может самостоятельно передвигаться по деревне с помощью белой трости. Она стала активным членом местного комитета РУО и вступила в организацию инвалидов.

Содействовать трансформации внешней среды

Для повышения функциональной независимости инвалидов может потребоваться модификация внешней среды. Персонал РУО может облегчить трансформацию среды как на индивидуальном уровне (в доме), например, путем установки пандуса для инвалидной коляски, перил возле лестницы, переоборудования туалета, расширения дверных проемов, так и на уровне общины, например, путем модификации среды в школе, общественных зданиях и на рабочих местах (см. раздел «Вспомогательные приспособления»).

Бабушка находит дорогу

Престарелая бабушка из вьетнамской деревни Тхай Бинь больна диабетом и к тому же плохо видит. Ей необходимо часто посещать туалет, особенно ночью, а он расположен во дворе, и бабушке необходимо, чтобы кто-то из членов семьи ее провожал. Волонтер местного отделения РУО посоветовал натянуть веревку от кровати до туалета, чтобы ночью бабушка могла ходить, держась за веревку, и не будила родственников. Таким образом, простое изменение внешней среды позволило повысить самостоятельность бабушки.



Программы РУО содействуют созданию групп самопомощи, чтобы люди с одинаковыми нарушениями или аналогичными потребностями в реабилитации могли собираться вместе для обмена информацией, идеями и опытом. Программы РУО могут стимулировать взаимодействие между группами самопомощи и специалистами в области реабилитации для достижения взаимопонимания и развития сотрудничества.

ВСТАВКА 29

Индия

Признательность больнице за помощь

Программа РУО в бедном районе Большого Мумбаи (Индия) часто привлекает к работе сотрудников реабилитационных учреждений в качестве инструкторов и преподавателей курсов для сотрудников программы. Сотрудники обнаружили, что многие семьи, где есть инвалиды, боятся ходить в больницу по направлению, например, посещать отоларинголога, офтальмолога. Поэтому было организовано посещение больниц небольшими группами инвалидов и членов их семей, чтобы объяснить, как эти больницы работают и как люди могут получить доступ к различным услугам. Некоторые специалисты больниц были приглашены на культурные мероприятия, организуемые программами РУО, где им была выражена признательность общественности за оказанную помощь. Многие специализированные больницы согласились субсидировать совместные мероприятия с программами РУО.

Разрабатывать и распространять информационные материалы

Буклеты и учебные пособия по вопросам инвалидности могут быть полезным инструментом при реабилитации. Эти ресурсы могут быть использованы персоналом РУО, а также инвалидами и членами их семей для руководства реабилитацией, особенно там, где доступ к специалистам по реабилитации ограничен. Кроме того, эти ресурсы могут содержать ценную информацию для общины, а также для разнообразных служб и секторов, участвующих в деятельности по реабилитации. Предлагаются следующие мероприятия в области РУО:

- выявление существующих информационных ресурсов. Они могут быть доступны по линии министерств, учреждений Организации Объединенных Наций, ассоциаций инвалидов, а также национальных и международных неправительственных организаций, многие из них могут быть доступны в Интернете, например, издания ВОЗ «Обучение инвалидов в общине» (32) и «Сельские дети-инвалиды» (33);
- адаптация материалов с учетом местных потребностей, с особым вниманием к культурным различиям;
- перевод существующих материалов на национальные и/или местные языки;
- разработка новых материалов, изложенных простым языком и учитывающих местные потребности, там, где имеющиеся ресурсы недоступны;

- предоставление информационных материалов всем сотрудникам программ РУО, чтобы они могут брать эти материалы с собой при посещении инвалидов с целью реабилитации;
- создание ресурсных центров, в которых в открытом доступе находятся материалы для инвалидов, членов их семей и других членов общины. Такие центры могут быть созданы в местном департаменте развития, общинной поликлинике или в специализированных центрах для инвалидов.

ВСТАВКА 30

Вьетнам

Перевод источников на вьетнамский язык

Во Вьетнаме программа РУО осуществила перевод нескольких публикаций, в том числе Руководства ВОЗ по РУО, на вьетнамский язык для использования на местном уровне. Кроме того, были разработаны собственные материалы по проблемам, с которыми сталкиваются инвалиды и лица, осуществляющие уход за ними.

Медицинским работникам выдается по два экземпляра любого информационного материала – один для работы, а другой для тех, кого они посещают.

Проводить повышение квалификации

Необходимо проводить повышение квалификации сотрудников программ РУО, чтобы они предоставляли надлежащие реабилитационные услуги на уровне общины и облегчали доступ к этим услугам. Во многих организациях разработаны соответствующие учебные программы. Персонал РУО должен хорошо понимать роль различных категорий реабилитационного персонала, например, физиотерапевтов, специалистов по трудотерапии, логопедов, аудиологов, инструкторов по обучению навыкам передвижения, протезистов (ортопедов-ортезистов), медицинского и парамедицинского персонала, а также знать, какую пользу эти специалисты могут принести людям с различными нарушениями. Программы РУО могут также проводить обучение персонала служб реабилитации с целью разъяснения роли программ РУО и того, как эти программы могут помочь им повысить качество услуг (см. раздел «Управление»).

Вспомогательные приспособления

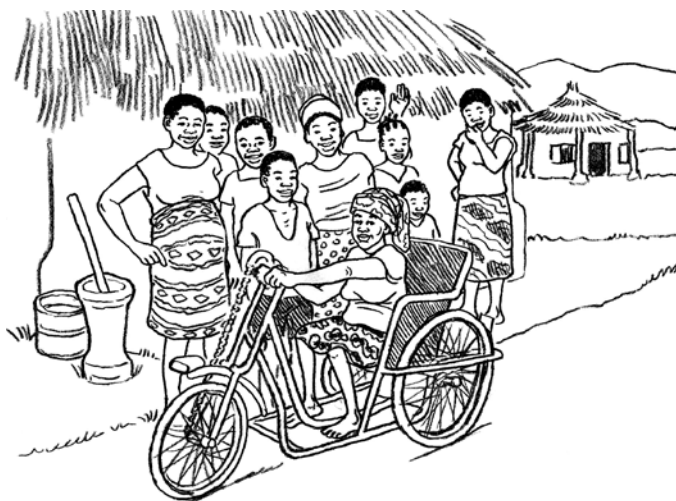
Введение

Вспомогательные приспособления – это внешние устройства, которые разработаны, изготовлены или адаптированы для оказания помощи человеку при выполнении определенных задач. Многие инвалиды зависят от вспомогательных приспособлений, которые позволяют им осуществлять повседневную деятельность, а также активно и продуктивно участвовать в жизни общины.

Статьи 4, 20 и 26 «Конвенции о правах инвалидов» призывают государства содействовать доступности соответствующих приспособлений и средств передвижения, а также предоставлять доступную информацию о них (2). Со своей стороны, «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов» призывают государства оказывать поддержку разработке, производству, распределению и сервисному обслуживанию вспомогательных приспособлений и оборудования, а также распространению информации о них (23).

Во многих странах с низким и средним доходом только от 5 до 15% людей, нуждающихся в вспомогательных приспособлениях и ассистивных технологиях, имеют доступ к ним (34). В этих странах низок уровень производства, качество зачастую оставляет желать лучшего, численность квалифицированного персонала очень невелика, а цены отпугивают.

Доступ к вспомогательным приспособлениям играет важнейшую роль в жизни многих инвалидов и является важной частью любой стратегии развития. Без вспомогательных приспособлений инвалиды могут никогда не получить образования или не иметь возможности работать, что продлевает цикл бедности. Кроме того, вспомогательные приспособления все шире используются пожилыми людьми в качестве средства профилактики заболеваний и укрепления здоровья.



Не терять трудоспособности

«Реабилитация на уровне общины Биратнагар» (РУОБ) – неправительственная организация, действующая в восточной части Непала с 1990 г. В настоящее время организация обслуживает 41 деревню в округе Моранг и субмуниципалитете Биратнагар, предоставляя услуги по реабилитации более чем для 3 тыс. инвалидов – детей и взрослых. В 1997 г. РУОБ создала небольшую ортопедическую мастерскую, выполняющую мелкий ремонт вспомогательных приспособлений. До этого многим инвалидам приходилось ездить в столицу страны или в соседнюю Индию для их ремонта. Через некоторое время РУОБ создала полностью оснащенную ортопедическую мастерскую. Совместно с непальским отделением организации Handicap International она развернула полный цикл услуг, включая изготовление, предоставление и ремонт вспомогательных приспособлений. Местные жители (женщины и мужчины, как инвалидизированные, так и неинвалидизированные) прошли подготовку в качестве техников в Непале и Индии и влились в коллектив сотрудников РУОБ. В настоящее время РУОБ обеспечивает высококачественными ортезами (суппортами, скобами, шинами), а также протезами (например, искусственными ногами и руками) и средствами передвижения (костылями, трехколесными велосипедами инвалидными креслами-колясками) инвалидов, проживающих в 16 округах на востоке Непала. Персонал РУОБ, врачи и техники мастерской – все работают рука об руку с целью улучшить качество жизни инвалидов.

Чандесвар – один из тех, кто воспользовался услугами ортопедической мастерской. Он был водителем велорикши и упорно трудился, но после травмы его левую ногу пришлось ампутировать. Он потерял свой доход, потому что уже не мог работать водителем велорикши. Он также потерял свои сбережения, так как ему нужно было заплатить за медицинскую помощь. На Чандесвара обратила внимание бригада специалистов РУОБ, работавшая в его деревне. Они сконструировали протез ноги ниже колена и провели курс реабилитации, в ходе которого Чандесвар научился ходить с искусственной ногой и опять овладел умением крутить педали своей велорикши. Теперь Чандесвар снова работает водителем велорикши на оживленных улицах Биратнагара, что дает ему возможность зарабатывать на жизнь. Видя успех таких людей, как Чандесвар, президент РУОБ говорит: «Мы занимались программами РУО много лет, но с тех пор как мы стали обеспечивать людей качественными вспомогательными приспособлениями, мы стали работать более эффективно. Наш авторитет вырос, и мы получили широкое признание в общине».



Цели

Инвалиды пользуются доступом к соответствующим вспомогательным приспособлениям хорошего качества, что дает им возможность участвовать в жизни дома, на работе и в общине.

Роль РУО

Роль программ РУО в работе с инвалидами и их семьями по определению их потребностей во вспомогательных приспособлениях состоит в том, чтобы способствовать доступу к вспомогательным приспособлениям и при необходимости обеспечивать их обслуживание, ремонт и замену.

Желаемые результаты

- Персонал РУО обладает необходимыми знаниями о вспомогательных приспособлениях, включая доступные модели, их функциональность и устойчивость при различных видах инвалидности, а также об их устройстве, доступности в общинах и механизмах выдачи направлений на получение конкретных приспособлений.
- Инвалиды и члены их семей хорошо осведомлены о вспомогательных приспособлениях и принимают компетентные решения о доступе к этим приспособлениям и их использовании.
- Инвалидам и членам их семей предоставляются обучение, тренинг и последующее наблюдение для обеспечения правильного использования вспомогательных приспособлений и ухода за ними.
- Местные жители, в том числе инвалиды и их семьи, имеют возможность изготавливать базовые вспомогательные приспособления и проводить их простой ремонт и техническое обслуживание.
- Уменьшены препятствия, мешающие доступу к вспомогательным приспособлениям, такие как недостаточная информация, финансовые ограничения и централизованное предоставление услуг.
- Осуществляется воздействие на окружающую среду с тем, чтобы дать возможность инвалидам использовать вспомогательные приспособления всюду, где они им необходимы.

Ключевые понятия

Основные типы вспомогательных приспособлений

Диапазон вспомогательных приспособлений варьируется от простых, низкотехнологичных средств (таких как трости для ходьбы или специальные чашки) до сложных, высокотехнологичных приспособлений (например, специализированного компьютерного оборудования и программного обеспечения или моторизованных кресел-колясок). Будет полезным рассмотреть этот широкий спектр вспомогательных приспособлений по отдельным категориям.

Средства передвижения

Средства передвижения помогают людям ходить или передвигаться и включают в себя:

- инвалидные кресла-коляски;
- трехколесные коляски;
- костыли;
- трости для ходьбы;
- рамы (опоры) для ходьбы (ходунки).

Средства передвижения могут быть оснащены специальными устройствами для удовлетворения потребностей пользователя. Например, человек с церебральным параличом может заказать к инвалидной коляске держатели для тела (головы), чтобы иметь возможность поддерживать правильное сидячее положение. Полезным справочным материалом для тех, кто участвует в проектировании, производстве и распространении инвалидных кресел-колясок, являются рекомендации ВОЗ «Предоставление кресел-колясок с ручным приводом в условиях дефицита ресурсов» (35).

Приспособления для поддержания правильной позы

Люди с физическими недостатками часто сталкиваются с трудностями при поддержании правильного лежачего, стоячего или сидячего положения тела для функциональной активности и подвергаются риску развития деформаций из-за неправильной позы. Следующие приспособления могут помочь преодолеть некоторые из этих проблем:

- клиновидные подкладки;
- кресла (угловые кресла, специальные сидения);
- рамы (опоры) для стояния.

Протезы, ортезы и ортопедическая обувь

Это, как правило, сделанные на заказ приспособления для восполнения, поддержки и коррекции частей тела. Они разработаны, изготовлены и подогнаны в специализированных мастерских или центрах квалифицированным персоналом по протезированию и ортопедии и включают в себя следующие приспособления:

- протезы, например, искусственные конечности;
- ортезы, например, коррегирующие корсеты для позвоночника, шины или биндажи для рук/ног;
- ортопедическая обувь.

Приспособления для повседневной жизни

Эти приспособления позволяют инвалидам выполнять повседневную деятельность, связанную с самообслуживанием (например, питание, купание, одевание, пользование туалетом, уход за жилым помещением). Существует много таких приспособлений, в том числе:

- адаптированные столовые приборы и чашки;

- душевые сиденья и стулья;
- туалетные сиденья и рамы для сидения;
- инвалидные кресла с туалетным устройством;
- палки для одевания.

Приспособления для лиц с нарушением зрения

Плохое зрение или слепота оказывает большое влияние на способность человека выполнять важные повседневные действия. Для максимизации участия и повышения независимости может быть использован целый ряд приспособлений (начиная от простых и кончая сложными), в том числе:

- книги с крупным шрифтом;
- лупы;
- линзы/очки;
- белые трости;
- азбука Брайля для чтения и письма;
- аудиоустройства, например, радиоприемники, аудиокниги, мобильные телефоны;
- компьютерные программы экранного доступа, например, JAWS (Job Access with Speech).

Приспособления для лиц с пониженным слухом

Потеря слуха влияет на возможность человека общаться и взаимодействовать с другими людьми. Она может оказывать воздействие на многие аспекты развития, такие как речь и язык, и ограничивает возможности получения образования и трудоустройства, что приводит к социальной дискриминации и изоляции. Такие приспособления включают в себя:

- слуховые аппараты;
- наушники для телевизора;
- телефоны с усилителем;
- устройства связи для слабослышащих (TTY /TTD);
- визуальные системы для подачи сигналов (например, для включения лампочки при звонке в дверь).

ВСТАВКА 32

Папуа – Новая Гвинея

Лучшая в классе

Анна живет в Папуа – Новой Гвинее (провинция Восточный Сепик). Ее дочь Корис с рождения страдает глухотой. Анна очень хотела, чтобы ее дочь пошла в школу. Сотрудник программы РУО, прошедший обучение в национальной неправительственной организации «Каллан – услуги для инвалидов», рассказал ей про детский сад для глухих. Перед тем как девочка поступила в это дошкольное учреждение, организация «Каллан» заказала ей слуховой аппарат. У Корис были взяты слепки ушных раковин, а когда слуховой аппарат был готов, для его подгонки девочку отвезли в Порт-Морсби на прием к аудиологу. Корис начала ходить в детский сад, а кроме того, стала обучаться жестовому языку. Вскоре благодаря вспомогательным приспособлениям и при поддержке учителей Корис стала одной из лучших учениц в группе.

Коммуникационные приспособления

Приспособления, усиливающие или изменяющие речь, могут помочь людям, испытывающим трудности с пониманием и говорением. Они предназначены для поддержки речи (усиливающие приспособления) или для компенсации ее дефектов (приспособления, изменяющие речь). К числу таких приспособлений относятся:

- коммуникационные доски с картинками, символами или буквами алфавита;
- карточки с вопросами;
- электронные речевые устройства;
- компьютеры со специальным оборудованием и программами.

Когнитивные (познавательные) приспособления

Познавательная способность – это способность понимать и обрабатывать информацию. Она охватывает психические функции мозга, такие как память, планирование и решение проблем. К числу многих патологических состояний, которые могут влиять на когнитивные способности человека, относятся травмы головного мозга, интеллектуальные нарушения, слабоумие и психические заболевания. Помочь людям запоминать важные задачи (события), управлять своим временем и готовиться к мероприятиям могут следующие приспособления:

- списки;
- дневники;
- календари;
- графики;
- электронные приспособления, например, мобильные телефоны, пейджеры, персональные органайзеры.

Выбор вспомогательных приспособлений

Технологии, соответствующие имеющимся условиям

Многие технологии не подходят для отдаленных или сельских районов, а также для стран с низким доходом. Тем не менее с учетом экологических, культурных и социально-экономических факторов, которые влияют на общины и отдельных лиц, разрабатываются «технологии, соответствующие имеющимся условиям». Эти технологии направлены на удовлетворение потребностей людей, используют местные навыки, инструменты и материалы, а также являются простыми, эффективными, доступными и приемлемыми для своих пользователей.

Вспомогательные приспособления – это технологии, которые должны быть тщательно разработаны, изготовлены и отобраны с тем, чтобы соответствовать этим критериям.



Носить ту же обувь, что и другие

Сотрудники лепрозория «Ассизи» и программы РУО в индийском штате Андхра Прадеш раздавали больным лепрой, которые потеряли чувствительность конечностей и подвергались риску появления язв на ногах, специальные сандалии из черной микропористой резины. Стало известно, что многие люди, которым были выданы эти сандалии, не пользуются ими. Поговорив с этими людьми, медицинские работники выяснили, что те, кто носят такие сандалии, подвергаются социальной стигматизации: для людей из общины черные сандалии стали признаком больных лепрой. После этого сотрудники программы решили использовать обычные сандалии, доступные на местном рынке, при необходимости адаптируя их к потребностям больных лепрой. Люди стали носить такие сандалии, так как они ничем не отличались от обуви, которую носят другие члены общины.

Оценка

Вспомогательные приспособления должны быть тщательно подобраны и зачастую специально изготовлены и подогнаны, чтобы удовлетворять потребности конкретного человека. Неудачный выбор и дизайн могут привести к возникновению многих проблем, таких как фрустрация, дискомфорт и развитие вторичных патологических состояний. Например, во многих странах широкое распространение может получить использование подержанных инвалидных колясок, полученных в порядке дарения или пожертвования. Хотя такая практика, возможно, имеет свои преимущества, она также способна причинить вред пользователям: например, предоставление инвалидной коляски без специальной подушки инвалиду со спинно-мозговой травмой может привести к возникновению потенциально опасной для жизни зоны давления (см. раздел «Профилактика»).

Для того, чтобы вспомогательные приспособления удовлетворяли потребности людей в домах, школе, на работе и в общине, необходима всесторонняя оценка. Такая оценка может включать в себя сбор анамнеза, обзор текущего функционирования и индивидуальных целей, оценку существующих вспомогательных приспособлений и медицинский осмотр. Подход к оценке должен быть, по возможности, междисциплинарным и предусматривать участие широкого круга лиц – инвалидов, членов их семьи, врачей, среднего медицинского персонала, преподаватели и сотрудников РУО.

Использование вспомогательных приспособлений

Безбарьерная среда

Многие люди используют вспомогательные приспособления в разных условиях, и важно обеспечить, чтобы внешняя среда была «безбарьерной» и позволяла людям достигать максимальной функциональности и независимости. Например, молодая женщина, пользующаяся инвалидной коляской, должна иметь возможность использовать ее для входа и выхода из дома, свободно передвигаться по квартире

и иметь доступ к важным зонам (например, к туалету), а также перемещаться в пределах своей общины и иметь доступ к рабочему месту.

Адаптация (модификация) физической среды включает в себя установку пандуса там, где есть ступеньки, расширение узкого дверного проема, а также перестановку мебели в целях увеличения пространства для движения. Важно также учитывать другие аспекты внешней среды, в частности, социальные установки и системы поддержки, которые могут влиять на способность инвалида использовать вспомогательные приспособления. Например, мальчик, который для компенсации речи пользуется коммуникационной доской, будет нуждаться в ней как дома, так и в школе; поэтому важно, чтобы члены его семьи, учителя и друзья были позитивно настроены, дружелюбны и могли вместе с ним пользоваться этой доской.

При рассмотрении возможности модификации среды, особенно внутри общины, полезно рассмотреть «универсальный дизайн» (36), который предполагает проектирование изделий, внешней среды, программ и услуг для использования всеми людьми (2), как инвалидами, так и неинвалидами.

ВСТАВКА 34

Вьетнам

Как мост объединил общину

В одной из деревень округа Тхай Бинь во Вьетнаме волонтеры программы РУО убедили членов общины перестроить местный мост, чтобы для людей на инвалидных колясках он был таким же удобным, как и для всех остальных.

Рекомендуемые мероприятия

Обучать персонал программ РУО

Сотрудникам РУО необходимо пройти тренинг по использованию вспомогательных приспособлений с тем, чтобы они могли предоставлять точную информацию, направлять к специалистам и проводить обучение. Тренинг может быть целевым или являться частью учебного курса по реабилитации. Персоналу РУО необходимы знания по следующим вопросам:

- основные типы вспомогательных приспособлений;
- назначение и функциональные возможности вспомогательных приспособлений;
- какие основные вспомогательные приспособления могут быть произведены силами общины (например, костыли);
- где можно приобрести специализированные вспомогательные приспособления, такие как протезы и слуховые аппараты
- механизмы выдачи направлений для получения доступа к специализированным приспособлениям;
- варианты финансирования приобретения вспомогательных приспособлений инвалидами, которые не имеют для этого средств.

Кроме того, практический тренинг имеет важное значение для сотрудников РУО, работающих в сельских и отдаленных районах, с тем, чтобы они могли самостоятельно изготавливать простые вспомогательные приспособления и развивать навыки доверительного общения и работы с людьми, которым необходимы такие приспособления. Например, сотрудникам РУО может потребоваться:

- показать семье, как сделать деревянный стул со специальным ремнем, помогающим ребенку с нарушением вестибулярного аппарата сидеть правильно;
- показать семье, как построить дома параллельные брусья для отработки навыков ходьбы;
- показать, как сделать простую трость для пациента, восстанавливающегося после инсульта, для оказания ему помощи при ходьбе;
- научить ребенка с церебральным параличом, не владеющего речью или навыками координации движения рук, пользоваться коммуникационной доской с картинками при помощи движения глаз;
- объяснить слепому, как пользоваться белой тростью.

ВСТАВКА 35

Индонезия

Получать информацию там, где она необходима

Сотрудники программы РУО на юге острова Сулавеси (Индонезия) подготовили перечень ресурсов по вспомогательным приспособлениям. В нем перечислены основные поставщики услуг, которые могут поставлять и ремонтировать такие приспособления. Этот перечень передан всем сотрудникам РУО и дает возможность инвалидам, проживающим в деревнях, постоянно получать точную информацию.

Формировать потенциал индивидов и семей

Сотрудникам программ РУО необходимо работать в тесном контакте с инвалидами и членами их семей с тем, чтобы те:

- знали о разных типах вспомогательных приспособлений и о том, как эти приспособления могут помочь людям в достижении независимости и обеспечении участия;
- были вовлечены в процесс принятия решений о выборе и конструировании различных типов вспомогательных приспособлений; предоставляли возможность людям увидеть и испытать вспомогательные приспособления с тем, чтобы их выбор был правильным и осознанным;
- использовали вспомогательные приспособления правильно и с соблюдением техники безопасности, а также могли выполнять их ремонт и техническое обслуживание для обеспечения долгосрочной эксплуатации;
- могли информировать специализированные службы о любых возникающих трудностях с тем, чтобы можно было провести коррекцию и рассмотреть альтернативные варианты.

В настоящей брошюре подчеркивается, что участие в группах самопомощи позволяет людям накапливать ценную информацию, навыки и опыт. Группы самопомощи

могут быть особенно полезны в случае, если кто-либо испытывает ограничения в доступе к персоналу, занимающемуся реабилитацией. Группы самопомощи могут оказывать поддержку инвалидам в индивидуальной подгонке недавно приобретенных вспомогательных приспособлений, обучать навыкам ухода и технического обслуживания, консультировать по вопросам самопомощи, например, о том, как избежать развития вторичных патологических состояний и как добиться оптимального функционирования.

Проводить обучение местных ремесленников

Маловероятно, что жители сельских районов поедут в специализированный центр для ремонта вспомогательных приспособлений. Многие попросту перестанут пользоваться такими приспособлениями, когда у них возникнут проблемы. Местных ремесленников можно обучить навыкам проведения мелкого ремонта вспомогательных приспособлений, в частности, протезов, ортезов и инвалидных кресел-колясок – например, тому, как проводить ремонт ортеза путем замены ремней, винтов и заклепок. Программы РУО могут выявить местных ремесленников и совместно с техническими специалистами организовать их обучение.



Такие виды вспомогательных приспособлений, как трости, костыли, ходунки, рамы для стояния и простые сиденья, также могут быть изготовлены силами местных ремесленников, потому что это достаточно просто сделать, если использовать местные доступные материалы. Программы РУО могут выявить местных ремесленников, заинтересованных в производстве таких вспомогательных приспособлений, и содействовать их обучению.

ВСТАВКА 36

Монголия

Обучение производству вспомогательных приспособлений

В 2000 г. национальная программа РУО в Монголии организовала курс повышения квалификации для сотрудников Национальной ортопедической лаборатории в Улан-Баторе с целью обучения методам изготовления простых шин, сидений и средств передвижения с использованием местных материалов и подручных технологий. Теперь, пока только программа РУО начинает работу в какой-либо провинции Монголии, ее сотрудники выбирают двух местных ремесленников и направляют их на обучение в Национальную ортопедическую лабораторию.

Облегчать доступ к вспомогательным приспособлениям

Доступ к вспомогательным приспособлениям может быть ограничен из-за неточной информации, бедности, удаленности и централизованного сервисного обслуживания. Персонал РУО должен работать в тесном контакте с инвалидами и их семьями с целью облегчения их доступа к вспомогательным приспособлениям путем:

- выявления существующих поставщиков услуг на местном, региональном и национальном уровнях, которые поставляют или производят широкий спектр вспомогательных приспособлений (простых и сложных);
- составления подробной информации по каждому поставщику услуг, включая способы получения направления к ним, стоимость обслуживания, необходимые процедуры (включая административные), оценку, необходимое количество посещений для снятия мерок и подгонки, а также время изготовления;
- обеспечения доступности собранной информации в соответствующем формате для передачи ее инвалидам и;
- выявления альтернативных возможностей финансирования для лиц, которые не в состоянии оплатить расходы, связанные с приобретением вспомогательных приспособлений. Программы РУО могут облегчить доступ к государственным и негосударственным схемам финансирования а также использовать собственные фонды или индивидуальные и общинные пожертвования;
- оказания содействия в завершении необходимых административных процедур, например, в получении удостоверения инвалида, наличие которого открывает во многих странах бесплатный доступ к вспомогательным устройствам;
- сотрудничества с медицинскими центрами, местными органами власти и другими организациями для определения способов децентрализации предоставления услуг, связанных со вспомогательными приспособлениями;
- предоставления транспорта для небольших групп людей из удаленных сельских районов с целью поездки в специализированные центры; достижения договоренности с этими центрами об обслуживании;
- организации услуг по ремонту вспомогательных приспособлений на дому или в общинах для людей, проживающих в удаленных и сельских районах, например, путем создания мобильных сервисных центров или стационарных пунктов в общинах, куда постоянно могут обращаться инвалиды, нуждающиеся в ремонте вспомогательных приспособлений.

Доступность вспомогательных приспособлений

Национальная организация инвалидов в Ливане организовала производство деталей для инвалидных колясок и других вспомогательных приспособлений, таких как костыли, ходунки, туалетные сиденья, ортопедическая обувь и специальные кресла. Также была создана система распределения, организованы ремонтные мастерские по всей стране для улучшения доступности вспомогательных приспособлений. В мастерских по производству и ремонту работают инвалиды. Национальная организация инвалидов обеспечила также необходимое бюджетное финансирование для вспомогательных приспособлений. Теперь программы РУО могут направлять инвалидов в эти центры реабилитации, чтобы они получили доступ к вспомогательным приспособлениям.

Создавать небольшие мастерские

В случаях, когда обслуживание недоступно или возникают такие барьеры, как высокая цена или большое расстояние, программы РУО могут способствовать организации и поддержке малых мастерских для удовлетворения местных потребностей. Простые приспособления могут изготавливаться специально обученными местными жителями. В Руководстве ВОЗ по РУО (32) и в издании «Деревенские дети-инвалиды» (33) содержатся рекомендации по организации производства вспомогательных приспособлений с использованием местных ресурсов.

Решать проблемы своими силами

При больнице в городе Кумура (Гвинея-Бисау) создана небольшая мастерская по производству ортезов. Работающие в ней два инвалида прошли обучение по профилю «техник-ортопед». Найти необходимые материалы зачастую бывает трудно, а импорт таких материалов непомерно дорог. Поэтому техники пытаются использовать наработки других мастерских. Например, они начали делать кожаные и пластиковые шины для людей, потерявших ноги.

Навыкам производства вспомогательных приспособлений можно также обучить самих инвалидов. В результате они будут получать доход, что приведет к росту их признания в качестве полноправных участников жизни общины, к развитию социальных сетей и в конечном счете к расширению их прав и возможностей.

Успех малого бизнеса

Сотрудники нескольких программ РУО в городе Бангалор (Индия) выявили группу из 10 молодых женщин-инвалидов. Все они испытывали обездоленность и дискриминацию, так как были бедны, не имели образования, были женщинами и вдобавок инвалидами, а потому рассматривались в семье и общине как обуза. В 1998 г. эти 10 женщин прошли обучение по специальности «техник-ортопед», и им в рамках одной из программ РУО был предоставлен кредит на создание коммерческой мастерской. С созданием собственного бизнеса – «Мастерской женщин-инвалидов по изготовлению средств реабилитации» – жизнь этих женщин изменилась. Уже на второй год мастерская начала приносить прибыль, а к концу четвертого года женщины полностью погасили кредит. Они расширили свой бизнес, став агентами по продажам продукции нескольких крупных компаний – производителей ортопедического оборудования и средств по уходу за больными, а также наладили связи с крупнейшими частными больницами города. Теперь эти женщины получают хороший доход, достигли высокого материального уровня и считаются активными членами своих общин. Они вышли замуж, содержат свои семьи и служат примером для других инвалидов.



Связи и сотрудничество

В некоторых странах бывает невозможно организовать услуги по продвижению широкого ряда вспомогательных приспособлений. Это связано с государственными приоритетами, ограниченностью ресурсов или малой численностью населения. Однако многие вспомогательные приспособления бывает легче приобрести в соседних странах, где их цена более доступна, чем импортировать из стран с высоким доходом. Программам РУО необходимо выявить доступные ресурсы в соседних странах и по возможности наладить с ними сотрудничество. Кроме того, программы РУО должны установить прочные связи с международными и национальными неправительственными организациями, которые активно участвуют в производстве и продвижении вспомогательных приспособлений, с целью развития устойчивого сервисного обслуживания.

Преодолевать барьеры во внешней среде

Зачастую в семье, школе, на работе или в общине существуют барьеры, затрудняющие использование инвалидами вспомогательных приспособлений. Персонал РУО должен обладать необходимыми знаниями об этих барьерах, чтобы вместе с инвалидами, членами их семей, общинами и местными органами власти вести работу по выявлению и устранению таких барьеров.

Примечания

1. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, 2006 (www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, accessed 30 May 2010).
2. *Конвенция о правах инвалидов*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2006. (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml, дата доступа: 30 марта 2010 г.).
3. Becker H. Measuring health among people with disabilities. *Community Health*, 2005, 29(1S):70S–77S.
4. *The right to health* (Fact Sheet No. 31). Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights/World Health Organization, 2008 (www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf, accessed 30 May 2010).
5. *Disability, poverty and development*. London, Department for International Development, 2000 (www.dfid.gov.uk/Documents/publications/disabilitypovertydevelopment.pdf, accessed 30 May 2010).
6. *Access to basic services for the poor: The importance of good governance* (Asia Pacific MDG Study Series). Bangkok, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific/UNDP/ADB, 2007 (www.unescap.org/pdd/prs/ProjectActivities/Ongoing/gg/access-to-basic-services.asp, accessed 30 May 2010).
7. *From exclusion to equality: realizing the rights of persons with disabilities*. Geneva, United Nations – DESA/OHCHR/IPU, 2007 (www.ohchr.org/Documents/Publications/training14en.pdf, accessed 30 May 2010).
8. *The determinants of health*. Geneva, World Health Organization, 2010 (www.who.int/hia/evidence/doh/en/, accessed 30 May 2010).
9. *Health systems*. Geneva, World Health Organization, 2010 (www.who.int/topics/health_systems/en/, accessed 30 May 2010).
10. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2008. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо*. Женева, 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/ru/>, дата доступа: 30 апреля 2010 г.).
11. *Алма-Атинская декларация. Международная конференция по медико-санитарной помощи. Алма-Ата, СССР, 6–12 сентября 1978 г.* (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf, дата доступа: 18 июня 2010 г.).
12. Rimmer JH, Rowland JL. Health promotion for people with disabilities: Implications for empowering the person and promoting disability-friendly environments. *Journal of Lifestyle Medicine*, 2008, 2(5):409–420.
13. *International Norms & Standards Related to Disability, Section V – Rights of special groups with disabilities*. New York, United Nations, 2003–2004 (www.un.org/esa/socdev/enable/discom500.htm, accessed 30 May 2010).
14. *CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities* (Joint position paper 2004). Geneva, International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, and World Health Organization, 2004 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html, accessed 30 May 2010).
15. *Understanding community-based rehabilitation*. Bangkok, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2009 (www.unescap.org/esid/psis/disability/decade/publications/cbr.asp, accessed 30 May 2010).
16. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva, World Health Organization, 1986 (www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, accessed 30 May 2010).
17. *Health promotion glossary*. Geneva, World Health Organization, 1998 (www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf, accessed 30 May 2010).

18. *Regional framework for health promotion 2002–2005*. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2002 (www.wpro.who.int/publications/pub_9290810328.htm, accessed 30 May 2010).
19. Harrison T. Health promotion for persons with disabilities: what does the literature reveal? *Family Community Health*, 2005, 29(1S):12S–19S.
20. *The Surgeon General's call to action to improve the health and wellness of people with disabilities*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 2005 (www.surgeongeneral.gov/library/disabilities/calltoaction/index.html, accessed 30 May 2010).
21. Smith RD. Promoting the health of people with physical disabilities: a discussion of the financing and organization of public health services in Australia. *Health Promotion International*, 2000, 15(1):79–86 (<http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/15/1/79>, accessed 30 May 2010).
22. Hubley J. *Communicating health: an action guide to health education and health promotion*, 2nd ed. Oxford, Macmillan Education, 2004.
23. *Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1993 (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disabled.shtml, дата доступа: 18 июня 2010 г.)
24. Patrick DL. Rethinking prevention for people with disabilities Part 1: a conceptual model for promoting health. *American Journal of Health Promotion*, 1997, 11(4):257–260.
25. *World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (www.who.int/whr/2002/en/, accessed 30 May 2010) [На русском языке см.: Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2002. Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни [Обзор]. Женева, 2001 (<http://www.who.int/whr/previous/ru/>, дата доступа: 30 апреля 2010 г.)]
26. Jones H, Reed B. *Water and sanitation for people with disabilities and other vulnerable groups: designing services to improve accessibility*. Loughborough, Water Engineering and Development Centre, 2005.
27. *Visual impairment and blindness* (Fact Sheet No. 282). Geneva, World Health Organization, 2009 (www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/index.html, accessed 30 May 2010).
28. Резолюция WHA58.23. *Инвалидность, включая предупреждение, ведение и реабилитацию*. Пятдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 25 мая 2005 г. (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_23-ru.pdf, дата доступа: 18 июня 2010 г.)
29. Albrecht GL et al., eds. *Encyclopedia of disability*, Vol. 2. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2006.
30. Drum CD et al. Recognizing and responding to the health disparities of people with disabilities. *Californian Journal of Health Promotion*, 2005, 3(3):29–42 (www.csuchico.edu/cjhp/3/3/29–42-drum.pdf, accessed 30 May 2010).
31. *Эпилепсия*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/ru/index.html>, дата доступа: 21 сентября 2012 г.)
32. *Training in the community for people with disabilities*. Geneva, World Health Organization, 1989 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/training/en/index.html, accessed 30 May 2010).
33. Werner D. *Disabled village children*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2009 (www.hesperian.org/publications_download_DVC.php, accessed 30 May 2010).
34. *Assistive devices/technologies*. Geneva, World Health Organization, 2010 (www.who.int/disabilities/technology/en/, accessed 30 May 2010).
35. *Guidelines on the provision of manual wheelchairs in less resourced settings*. Geneva, World Health Organization, 2008 ([www.who.int/disabilities/publications/technology/English%20Wheelchair%20Guidelines%20\(EN%20for%20the%20web\).pdf](http://www.who.int/disabilities/publications/technology/English%20Wheelchair%20Guidelines%20(EN%20for%20the%20web).pdf), accessed 30 May 2010).

Список рекомендуемой литературы

A health handbook for women with disabilities. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2007 (www.hesperian.org/publications_download.php, accessed 30 May 2010).

Guideline for the prevention of deformities in polio. Geneva, World Health Organization, 1990 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).

Hartley S (ed.). *CBR as part of community development: a poverty reduction strategy.* London, University College London Centre for International Child Health, 2006.

Hartley S, Okune J (eds.). *CBR: inclusive policy development and implementation.* Norwich, University of East Anglia, 2008.

Heinicke-Motsch K, Sygall S (eds.). *Building an inclusive development community: a manual on including people with disabilities in international development programmes.* Eugene, OR, Mobility International, 2003.

Helping children who are blind. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2000 (www.hesperian.org/publications_download.php, accessed 30 May 2010).

Helping children who are deaf. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2004 (www.hesperian.org/publications_download.php, accessed 30 May 2010).

Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva, World Health Organization/World Organization of Family Doctors (Wonca), 2008 (www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf, accessed 30 May 2010).

Let's communicate: a handbook for people working with children with communication difficulties. Geneva, World Health Organization, 1997 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).

Promoting independence following a spinal cord injury: a manual for mid-level rehabilitation workers. Geneva, World Health Organization, 1996 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).

Promoting independence following a stroke: a guide for therapists and professionals working in primary health care. Geneva, World Health Organization, 1999 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).

Promoting the development of infants and young children with spina bifida and hydrocephalus: a guide for mid-level rehabilitation workers. Geneva, World Health Organization, 1996 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).

Promoting the development of young children with cerebral palsy: a guide for mid-level rehabilitation workers. Geneva, World Health Organization, 1993 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).

Rehabilitation for persons with traumatic brain injuries. Geneva, World Health Organization, 2004 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).

Where there is no doctor. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 1992 (www.hesperian.org/publications_download.php, accessed 30 May 2010).

The relationship between prosthetics and orthotics services and community based rehabilitation (CBR): a joint ISPO/WHO statement. Geneva, WHO/International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO), 2003 (www.who.int/disabilities/technology/po_services_cbr.pdf, accessed 30 May 2010).

МАТРИЦА РУО



ISBN 978 92 4 454805 9



Всемирная организация здравоохранения

Avenue Appia 20

1211 Geneva 27

Switzerland

Телефон: + 41 22 791 21 11

Телефакс: + 41 22 791 31 11