Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение«Ейский медицинский колледж»

министерства здравоохранения Краснодарского края



**Методическая разработка**

**Студенческая внутриколледжная**

**научно-теоретическая конференция:**

**«ПРОБЛЕМЫ ИНВАЛИДИЗАЦИИ**

**В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ»**

для студентов 4 курса

специальности 31.02.01

Лечебное дело (углубленная подготовка)

ПМ.05. Медико-социальнаядеятельность

2020

**ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА**

В недавнем времени рассматривалась инвалидность, как социальная проблема. Тем не менее, большинству из них не требуется изоляция от общества. Они способны при незначительной помощи окружения вести самостоятельную жизнь, трудиться на местах, приспособленных под индивидуальные особенности, иметь семьи и содержать их. На протяжении длительного времени обществом стало меняться отношение к людям с инвалидностью, изменился социальный портрет инвалида.

Это связано с культурными традициями, социально-экономическим состоянием страны, менталитетом. Переродились общественные стереотипы, сформированные годами. В последнее время, благодаря государственным программам, начали решаться многие проблемы инвалидов. Тем не менее, некоторые из них остаются полностью не разрешенными, маломобильные лица продолжают испытывать ряд затруднений. Человек оказался под влиянием огромного количества самых разнообразных неблагоприятных воздействий, что в свою очередь привело к увеличению частоты заболеваний, которые для полного выздоровления требуют длительной реабилитации, а главное профилактической работы, ведь только в таком случае появляется положительный результат лечения.

Проведение конференции обеспечивает включение студентов в активное взаимодействие и общение в процессе их познавательной деятельности. А метод учебного сотрудничества является наиболее эффективным для развития и формирования ключевых компетенций. Формирование у студентов уме­ния самостоятельно пополнять знания, ориентиро­ваться в стремительном потоке информации – одно из направлений совершенствования качества подготовки специалистов. Студенческая конференция является наиболее эффективной формой внеаудиторной работы студентов, интенсивно стимулирующей их интерес к будущей профессиональной деятельности медицинского работник.

Учебно-теоретическая конференцияобеспечивает педагогическое взаимодействие преподавателя и студентов при максимальной самостоятельности, активности, инициативе последних. Она создает условия для самовыражения учащихся, самореализации.

Метод учебного сотрудничества является наиболее эффективным для развития и формирования ключевых компетенций.

Студенческие конференции являются занятием информационного характера, насыщенным по выполняемым функциям: анализа, коммуникации, информации, планирования, организации.

От правильного и системного анализа зависит эффективность принимаемых решений, как на конференции, так и в дальнейшем, при реализации возникающих проблем. Содержание учебного материала соответствует требованиям к результатам освоения программы подготовки специалистов среднего звена (ППССЗ), позволяет обучающемуся подготовиться к одному из видов своей профессиональной деятельности – медико-социальной деятельностии проведение профилактических мероприятий, способствует освоению и формированию у будущего медицинского работника соответствующих знаний, умений, общих и профессиональных компетенций.

В период подготовки конференции – сбора материала, работы с литературой по специальности и подготовки выступлений – будущие медицинские работники приобщаются к работе с литературными источниками, закрепляют навыки изложения полученных данных в форме сообщений, что, несомненно, поможет им в дальнейшей практической деятельности.

Проведение конференции «Проблемы инвалидизации в современном обществе» способствует не только более глубокому усвоению изучаемого профессионального модуля, но и развитию творческих и интеллектуальных способностей студентов, формированию нравственных ценностей.

**Цели конференции:**

**УЧЕБНЫЕ:**

* Углубить и расширить знания по профессиональному модулю «Медико-социальнаядеятельность», «Здоровый человек и его окружение», приблизив профессиональный модуль к реальной жизни.

**РАЗВИВАЮЩИЕ:**

* Способствовать развитию творческого потенциала будущих специалистов;
* Расширить кругозор студентов по изучаемому модулю;
* Развивать умение осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач;
* развивать ораторское искусство, умение выступать публично.

**ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ:**

* Воспитывать бережное отношение к своему здоровью и здоровью будущих пациентов;
* Формировать культуру здорового образа жизни;
* Формирование компетенций.

**ЗАДАЧИ КОНФЕРЕНЦИИ:**

* углубить и расширить знания по ПМ.05. Медико-социальная деятельность,
* способствовать повышению качества профессиональной подготовки студентов и престижа будущей профессии;
* привлечь внимание студентов к реабилитационным и профилактическим мероприятиям у больных и инвалидов;
* способствовать развитию творческого потенциала будущих специалистов.

**ТРЕБОВАНИЯ К ЗНАНИЯМ, УМЕНИЯМ, ПРАКТИЧЕСКОМУ ОПЫТУ**

**иметь практический опыт:**

* реабилитации пациентов при различных заболеваниях и травмах в разных возрастных группах;
* обучения пациента и его окружение организации рационального питания,
* обеспечению безопасной среды, применению физической культуры;
* проведения комплексов лечебной физкультуры пациентам различных категорий;

**уметь:**

* проводить комплекс упражнений по лечебной физкультуре при различных заболеваниях;
* проводить основные приемы массажа и лечебной физкультуры;
* определять показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;
* составлять программу индивидуальной реабилитации;
* организовывать реабилитацию пациентов.

**ФОРМИРУЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ:**

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ПК 5.1. Осуществлять медицинскую реабилитацию пациентов с различной патологией.

ПК 5.2. Проводить психосоциальную реабилитацию.

ПК 5.4. Проводить медико-социальную реабилитацию инвалидов, одиноких лиц, участников военных действии и лиц из группы социального риска.

**Вид занятия –** внеаудиторное мероприятие: научно-теоретическая конференция «Проблемы инвалидизации в современном обществе»

**Межпредметные и внутрипредметные связи:**

* «Анатомия и физиология человека»,
* «Основы латинского языка с медицинской терминологией»,
* «Психология»,
* «Психология общения»,
* «Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными»
* «Диагностическая деятельность»
* «Лечебная деятельность»
* «Профилактическая деятельность»

**План конференции**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вступительное слово |
|  | Инвалидизация в современном обществе |
|  | Роль государства и общества в профилактике инвалидности |
|  | Качество оказания лекарственной и реабилитационной помощи инвалидам |
|  | Эйблизм - как избежать дискриминации инвалидов |
|  | Профилактика инвалидности после перенесенногоcovid-19 |
|  | Заключительное слово преподавателя  |

**Хронокарта студенческой внутриколледжной научно - теоретической конференции: *«*Проблемы инвалидизации в современном обществе*»***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вид деятельности** | **Время** |
|  | Организационный момент.Вступительное слово ведущего - сообщение темы, целей и плана конференции | 2 мин |
|  | Практическая часть конференции «Проблемы инвалидизации в современном обществе» в виде представления научно-теоретических работ студентов | 35 мин |
|  | Подведение итогов конференции. Вручение диплома участника | 8 мин |
| **Всего** | **45 мин** |

**Сценарий конференции**

Добрый день гости и участники конференции. Мы рады приветствовать Вас на ежегодной научно – теоретической конференции посвященной проблемам реабилитации.

Сегодня на нашей конференции участвуют студенты специальностей: «Лечебное дело»

**Ведущий:**

Не жалейте денег на здоровье!

В жизни это главное условье.

Почему? Да просто потому,

Что без настоящего здоровья

Деньги нам уже и ни к чему!

# Эдуард Асадов

**Вступительное слово преподавателя:**

К инвалиду относится гражданин, имеющий стойкое нарушение здоровья в следствии основного заболевания, болезни или увечья, вызванного негативным влиянием профессиональных факторов, травмой. В результате чего возникает ограничение жизнедеятельности, необходимость социальной защиты.

Ограниченная жизнедеятельность определяется в частичной или полной утрате самостоятельного передвижения, обслуживания, контролирования поведения, обучения, ведения трудовой деятельности. Данные критерии определяются в ходе медицинской комиссии, которая присваивает степень нарушения и возможность реабилитации.

Инвалиды относятся к наиболее уязвимой группе в России. Их общее число превышает 13 миллионов, их них 700 тысяч – дети. Поэтому проблемы инвалидов являются острым вопросом для государства, задачей которого считается уничтожение барьеров, мешающих реализации прав маломобильных людей, созданных веками.

В недавнем времени рассматривалась инвалидность, как социальная проблема. Тем не менее, большинству из них не требуется изоляция от общества. Они способны при незначительной помощи окружения вести самостоятельную жизнь, трудиться на местах, приспособленных под индивидуальные особенности, иметь семьи и содержать их. На протяжении длительного времени обществом стало меняться отношение к людям с инвалидностью, изменился социальный портрет инвалида.

Это связано с культурными традициями, социально-экономическим состоянием страны, менталитетом. Переродились общественные стереотипы, сформированные годами. В последнее время, благодаря государственным программам, начали решаться многие проблемы инвалидов. Тем не менее, некоторые из них остаются полностью не разрешенными, маломобильные лица продолжают испытывать ряд затруднений.

Социальная реабилитация – сложный процесс взаимодействия личности с социальной средой, в результате чего формируются определенные качества человека как субъекта общественных отношений. Одна из основных целей социальной реабилитации - приспособление человека к окружающей реальности, социальная адаптация, восстановление социального статуса, достижение материальной независимости, что является необходимым условием нормального функционирования общества.

Снижение числа инвалидов достигается рядом средств медицины: раннее выявление и диагностика, совершенствование средств профилактики, повышение качества сопровождения коррекционно-образовательного процесса, совершенствование реабилитационных мероприятий.

Социальная реабилитация инвалидов включает несколько направлений:

* Правовое направление. Включает законодательство о социальной помощи инвалидам. Социально-средовое направление.
* Психологическое направление. Реабилитация направлена на изживание психологического комплекса «калеки», на преодоление страха перед действительностью, укрепление, деятельной, личностной, активной позиции. Уровень индивидуально-психологического здоровья личности указывает на способность человека адекватные психологические способы осуществления своих стремлений.
* Образовательное направление. Включает процессы приобретения необходимого общего, специального или дополнительного образования. Образовательная и педагогическая реабилитации взаимосвязаны между собой. Доступность качественного образования – один из эффективнейших социальных ресурсов, гарантирующий необходимый социальный старт, дальнейшее развитие и полноценное существование.
* Социокультурное направление. Удовлетворяет потребность в получении социально-культурных услуг, информации, доступных видов спорта и творческой деятельности. Данное направление включает спортивную реабилитацию. Занятия спортом, участие в соревнования, помимо общего оздоравливающего эффекта, повышают степень координации двигательных актов, воспитывают командные навыки и развивают общение.

**Ведущий:**

Мы живем в социальном потоке,
Каждый занят своими делами.
Мы живем и, порой, невдомек нам,
Кто незримо присутствует с нами.
Это люди, особой отметки.
Те, на ком судьба ставит зарубки:
Инвалиды - постарше и детки,
Те, чья жизнь - это каторжный труд!
Оглянемся, давайте в округе,
Ведь есть праздник особых людей.
Силы всем и терпения друг к другу,
Очень верных, хороших друзей!

**Доклад**

**Инвалидизация в современном обществе**

Численность инвалидов растет. Это происходит в связи со старением населения – пожилые люди в повышенной степени подвержены риску инвалидности, – а также из-за глобального роста хронических состояний, таких как диабет, сердечно-сосудистые болезни и психические заболевания. В странах с низким и средним уровнем дохода на долю хронических болезней приходится, по оценкам, 66,5% общего числа лет, прожитых с инвалидностью. На модели инвалидности в отдельно взятой стране влияют тенденции развития патологических состояний, а также тенденции развития факторов окружающей среды и других факторов, таких как дорожно-транспортные происшествия, природные катастрофы, конфликты, питание и злоупотребление наркотическими веществами.

В предстоящие годы инвалидность будет вызывать все бόльшую озабоченность, поскольку ее распространенность увеличивается.

По всему миру люди с инвалидностью демонстрируют более низкие результаты в отношении здоровья, более низкие достижения в области образования, меньшую экономическую активность и более высокие показатели бедности, чем не инвалиды.

Отчасти это связано с тем, что инвалиды сталкиваются с барьерами, препятствующими их доступу к услугам, которые для многих из нас являются привычными, таким как здравоохранение, образование, занятость и транспорт, а также информация. Эти трудности усугубляются в наименее благополучных общинах. Для достижения долгосрочных перспектив значительно более успешного развития, необходимо расширить права и возможности инвалидов и разрушить барьеры, которые мешают им участвовать в жизни сообществ, получать высококачественное образование, находить достойную работу, а также препятствуют тому, чтобы их голос был услышан. Согласно Российскому законодательству, инвалид - это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты». Ограничение жизнедеятельности определяется как «полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Это определение сравнимо с тем, которое дается Всемирной организацией здравоохранения: люди с ограниченными возможностями имеют функциональные затруднения в результате заболевания, отклонений или недостатков развития, состояния здоровья, внешности, вследствие неприспособленности внешней среды к их особым нуждам, из-за предрассудков общества в отношении к инвалидам.

По данным ООН, каждый десятый человек на планете имеет инвалидность. По официальной статистике, в России сейчас 13 млн. инвалидов. По оценке Агентства социальной информации, их не менее 15 млн. Среди нынешних инвалидов очень много молодых людей и детей.

## В узком смысле, с точки зрения статистики, инвалидом является человек, имеющий непросроченное свидетельство об инвалидности, выданное в Бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) или в лечебных учреждениях силовых ведомств. Подавляющее большинство таких людей состоят на учете в органах социальной защиты или в лечебных учреждениях силовых ведомств как получатели различного рода пенсий, в том числе пенсий не по инвалидности, а по другим основаниям (чаще всего по старости). Факторы, влияющие на образ жизни инвалидов.

Факторы окружающей среды, затрудняющие участия инвалидов в социальной жизни:

* Неадекватные меры политики и стандарты. При разработке политики не всегда учитываются потребности инвалидов, или не применяются на практике существующие меры политики и стандарты. Например, в отношении мер политики, направленных на обеспечение инклюзивного образования, обзор по 28 странам – участникам партнерства «Инициатива ускоренного достижения цели образования для всех», показал, что 18 стран почти не предоставляют подробной информации о предлагавшихся ими стратегиях охвата детей-инвалидов школьным образованием либо вообще не касаются вопросов инвалидности или инклюзии. К числу наиболее распространенных недостатков в образовательной политике относятся отсутствие финансовых и других адресных стимулов для посещения школы детьми-инвалидами, а также дефицит услуг в области социальной защиты и поддержки детей-инвалидов и членов их семей.
* Негативное отношение. Предубеждения и предрассудки способствуют созданию барьеров на пути к образованию, занятости, медико-санитарной помощи и участию в социальной жизни. Например, ложное представление работодателей о том, что люди с инвалидностью якобы работают менее эффективно, чем их коллеги – не инвалиды, и неосведомленность о доступных мерах по совершенствованию режимов труда и отдыха ограничивают возможности занятости.
* Недостаток услуг. Инвалиды значительно более уязвимы перед дефицитом таких услуг, как медико-санитарное обслуживание, реабилитация, а также поддержка и помощь. Данные по четырем странам региона Южной Африки показывают, что только 26–55% людей получают необходимую им медицинскую реабилитацию; 17–37% имеют необходимые вспомогательные устройства; 5–23% получают профессиональное обучение, в котором они нуждаются, и 5–24% – необходимые социальные услуги. Исследование, проведенное в индийских штатах УттарПрадеш и Тамилнад, показало, что недостаток услуг в регионе занимал второе место (после стоимости услуг) среди причин, по которым инвалиды не посещали медицинские учреждения.
* Проблемы с предоставлением услуг. Слабая координация услуг, недостаточное кадровое обеспечение и низкий уровень профессиональной подготовки персонала могут отразиться на качестве, доступности и адекватности услуг для инвалидов. Данные по 51 стране, приведенные во «Всемирном обзоре в области здравоохранения», показывают, что для людей с инвалидностью вероятность сообщения о несоответствии знаний и навыков поставщиков медицинских услуг потребностям больного в два раза выше, вероятность

невнимательного отношения к больному – в четыре раза выше, а вероятность отказа в предоставлении медико-санитарной помощи – примерно в три раза выше, чем для других пациентов. Многие социальные работники имеют низкую зарплату и недостаточную подготовку. Исследование, проведенное в США, показало, что более 80% социальных работников не имеют формального образования или профессиональной подготовки.

* Недостаточное финансирование. Ресурсы, выделяемые на осуществление мер политики или планов часто недостаточны. Дефицит финансирования является основной преградой для устойчивого предоставления услуг в странах и регионах, относящихся к различным группам по уровню дохода. Например, в странах с высоким доходом в общей сложности у 20–40% инвалидов не удовлетворяются потребности в помощи при осуществлении повседневной деятельности. Во многих странах с низким или средним доходом государство не может обеспечить предоставление надлежащих услуг, а коммерческие поставщики услуг физически или экономически недоступны большинству домохозяйств. Анализ по 51 стране, приведенный во «Всемирном обзоре в области здравоохранения» показывает, что люди с инвалидностью испытывают намного больше трудностей, чем не инвалиды, при получении права на бесплатную или льготную медикосанитарную помощь.
* Отсутствие доступности. Многие здания (в том числе места общественного пользования) и транспортные системы, и информация не являются доступными для всех. Отсутствие доступа к транспорту является для инвалидов распространенной причиной отказа от поисков работы или фактором, ограничивающим доступность здравоохранения. Доклады стран, где были приняты, даже 20–40 лет назад, законы в отношении доступности, подтверждают низкий уровень их соблюдения.
* Неадекватные информация и коммуникация. В доступных форматах имеется мало информации, а многие потребности инвалидов в области коммуникации не удовлетворяются. Неслышащие люди часто испытывают неудобства с доступом к сурдопереводу: исследование по 93 странам показало, что в 31 стране нет услуг сурдоперевода; только в 30 странах численность квалифицированных сурдопереводчиков составляет 20 человек или менее. Люди с инвалидностью значительно меньше используют информационно-коммуникационные технологии, чем не инвалиды. В некоторых случаях у них может не быть доступа даже к базовым продуктам и услугам, таким как телефония, телевидение и Интернет.
* Отсутствие консультирования и включенности в общественную жизнь. Большинство инвалидов не принимают участия в процессах принятия решений по вопросам, непосредственно влияющим на их жизнь. Например, там, где у инвалидов, получающих поддержку на дому, нет возможности выбирать услуги или контролировать их оказание.
* Отсутствие данных и опыта. Недостаток точных и сопоставимых данных об инвалидности, а также опыта осуществления эффективных программ может препятствовать пониманию проблем и практическим действиям. Осведомленность об общей численности и условиях жизни инвалидов может
* Способствовать повышению эффективности усилий, направленных на устранение барьеров, связанных с инвалидностью, и предоставление услуг, что позволит инвалидам участвовать в общественной жизни. Например, чтобы облегчить выявление экономически эффективных мер вмешательства необходимо разработать более совершенные индикаторы окружающей среды и ее воздействия на различные аспекты инвалидности.

Политика социальной поддержки инвалидов должна строиться на платформе создания условий для равного участия людей с ограниченными возможностями в жизни общества.

Поэтому необходимо усовершенствовать процесс социально – бытовой адаптации к условиям жизни в социуме и в быту.

Одним из главных показателей социально – психологической адаптации лиц с ограниченными возможностями является их отношение к собственной жизни, поэтому нужно помочь им улучшить свое самовосприятие и материальное положение. Для этого следует сделать более доступным процесс получения образования с целью повышения возможности восхождения по социальной лестнице.

Более подробно была рассмотрена проблема доступности здравоохранения. Разработка индивидуальных планов помощи и определение координатора медицинского обслуживания могут обеспечить доступ к больным с комплексными потребностями в отношении здоровья, а также к контингентам, доступ которых к медико-санитарной помощи затруднен. Инвалиды должны обслуживаться бригадами первичной медико-санитарной помощи, однако в случае необходимости должны быть доступны специализированные услуги, организации и учреждения для обеспечения всеобъемлющей охраны здоровья. В целях улучшения подходов к профессиональной деятельности, а также знаний и навыков поставщиков услуг здравоохранения, обучение медицинских специалистов должно включать в себя необходимую информацию, касающуюся инвалидности. Привлечение инвалидов в качестве поставщиков обучения и повышения квалификации может улучшить знания и подходы к профессиональной деятельности.

Расширение прав и возможностей инвалидов, позволяющее им лучше управлять своим здоровьем, благодаря обучению на курсах самопомощи, наставничеству и предоставлению информации, является эффективнымсредством улучшения исходов в отношении здоровья и может сократить затраты на оказание медико-санитарной помощи.

В данной работе мы постарались освятить основные понятия, причины и факторы, влияющие на жизнь инвалидов, рассмотрели формы инвалидности.

Были рассмотрены основные проблемы людей данной групп в медико-социальной сфере, и представлены возможные пути решения проблем, связанных с доступностью медико-санитарной, реабилитационной и профилактической помощи.

**Ведущий:**

Иногда люди слишком жестоки,

Равнодушны к бедам других,

Не приемлют чужие пороки,

Совершенно не видя своих.

Но давайте мы будем добрее,

Милосердие - вот наш девиз!

Доброты ничего нет добрее,

Без неё так безрадостна жизнь!

**Доклад**

**Роль государства и общества в профилактике инвалидности**

1) Студент 1: В странах мира более миллиарда человек живут с какой-либо формой инвалидности; из них почти 200 миллионов испытывают серьезные трудности в функционировании. В предстоящие годы инвалидность будет вызывать все бόльшую озабоченность, поскольку ее распространенность увеличивается.

2) Студент 2: Инвалидность не должна быть препятствием на пути к успеху. Наш моральный долг – устранить барьеры на пути к участию инвалидов в жизни общества и инвестировать достаточный объем средств, знаний и опыта, чтобы раскрыть огромный потенциал людей с инвалидностью.

Цели:

■ Обеспечить органы государственной власти и гражданское общество

всеобъемлющим анализом значения инвалидности и осуществляемых

ответных мер на основе наилучшего имеющегося опыта.

■ Рекомендовать действия на национальном и международном уровне.

3) Студент 1: Инвалидность – одна из составляющих человеческого существования. Почти каждый человек в течение жизни может иметь временные или постоянные нарушения, а те, кто доживут до старшего возраста, могут испытывать всё большие трудности с функционированием.

4) Студент 2: Барьеры, связанные с инвалидностью:

1-Неадекватные меры политики и стандарты.

2-Негативное отношение.

3-Недостаток услуг.

4-Проблемы с предоставлением услуг.

5-Недостаточное финансирование.

6-Отсутствие доступности.

7-Неадекватные информация и коммуникация.

8-Отсутствие консультирования и включенности в общественную жизнь.

9-Отсутствие данных и опыта.

5) Студент 1: Рекомендации:

1-Обеспечить доступ ко всем универсальным системам и услугам.

Универсализация – это процесс, посредством которого правительства и другие заинтересованные лица борются с барьерами, которые мешают равному участию людей с инвалидностью в любом виде деятельности и услуг, предна-значенном для широкой общественности – в образовании, здравоохранении, занятости и социальном обслуживании. Чтобы достичь этого, необходимо наметить изменения законов, политических мер, институтов и внешней среды. Универсализация не только реализует на практике права человека применительно к людям с инвалидностью, но также может стать более рентабельной.

6) Студент 2: Инвестировать средства в специальные программы и услуги для инвалидов.

Реабилитация – включая «помогающие» технологии, такие как инвалидные коляски или слуховые аппараты – улучшают функционирование и повышают независимость. Ряд тщательно отрегулированных услуг и мер поддержки и помощи на уровне общин может удовлетворить потребность в уходе, позволяя людям жить независимо и участвовать в экономической, социальной и культурной жизни своих общин.

7) Студент 1: Принять национальную стратегию и план действий в области инвалидности.

Стратегия и план действий должны быть сформированы на основе ситуационного анализа, с учетом таких факторов, как распространенность инвалидности, потребность в услугах, социально-экономический статус, результаты и недостатки текущей практики обслуживания, а также экологические и социальные барьеры.

8) Студент 2: Привлекать инвалидов к работе

Необходимо консультироваться с инвалидами и активно привлекать их к разработке и осуществлению политики и законодательных актов, оказанию услуг.

Совершенствовать кадровый потенциал

Кадровый потенциал можно улучшить путем повышения эффективности образования, профессионального обучения и трудоустройства.

Обеспечивать необходимое финансирование и повышать экономическую доступность

Чтобы повысить экономическую доступность товаров и услуг, предназначенных для инвалидов, и избежать дополнительных затрат, связанных с инвалидностью, необходимо обратить внимание на расширение охвата медицинским и социальным страхованием.

9) Студент 1: Повышать информированность общества и осведомленность о проблемах инвалидности

необходимо повышать информированность общества о проблемах инвалидности, бороться с негативным ее восприятием и создавать правдивую картину инвалидности. Сбор информа-ции о знаниях, предрассудках и отношении к инвалидам поможет выявить пробелы в осведомленности общества, которые можно преодолеть путем просвещения и информирования широкой общественности.

Улучшать сбор данных об инвалидах

Данные должны быть стандартизированными и международно-сопоставимыми с тем, чтобы проводить сравнение с нормативными показателями и осуществлять мониторинг прогресса политических мер в области инвалидности.

10) Студент 2: Укреплять и поддерживать научные исследования по проблемам инвалидности.

В настоящем Докладе рекомендуются области научных исследований по проблемам инвалидности, включая воздействие факторов окружающей среды (политические меры, физическая среда, стереотипы поведения) на инвалидность и методы измерения этих факторов; качество жизни и уровень благополучия инвалидов; пути преодоления барьеров в различных условиях; эффективность и результаты услуг и программ для инвалидов.

11) Студент 1: Организации инвалидов могут:

■ Поддерживать инвалидов в их стремлении осознать свои права, жить

самостоятельно и совершенствовать знания и навыки.

■ Поддерживать детей с инвалидностью и их семьи для обеспечения инклюзивности образования.

■ Доводить взгляды своих членов до сведения лиц, принимающих реше-

ния, на международном, национальном и местном уровне и поставщиков услуг, и выступать в защиту прав своих членов.

■ Содействовать проведению оценки и мониторинга услуг и сотрудни-

чать с учеными для поддержки прикладных исследований, которые

могут способствовать совершенствованию услуг.

■ Содействовать росту информированности общества и более глубокому

осознанию прав инвалидов – например, путем проведения информационных кампаний и выступления с лекциями о проблемах инвалидов.

■ Проводить аудит внешней среды, транспортных и других систем и услуг для содействия устранению барьеров.

12) Студент 2: Заключение: таким образом, в работе об инвалидности представлено положение, в котором сегодня находятся инвалиды. В ней освещаются разрывы в знаниях и подчеркиваются необходимость дальнейшего совершенствования научных исследований и политических мероприятий. Представленные в работе рекомендации могут способствовать формированию инклюзивного общества, содействующего расширению прав и возможностей людей с инвалидностью и создающего условия для их процветания.

**Ведущий:**

Хоть каждый шаг дается нелегко нам,

Хоть каждый час - паденье и подъем,

Под этим старым синим небосклоном

Мы любим жизнь и жить не устаем.

Порой бывает - жизнь сдается черной,

И не в туманном сне, а наяву,

На дно невзгоды тянут, но упорно

Мы все же остаемся на плоту.

Мы ненавидим, если нас жалеют,

И в трудной повседневности своей

Становимся сильней и здоровее

При помощи единства и друзей.

Так не пугай нас, трудная дорога.

Лютуй зима. Грозой гроза греми.

Друзья, мы вместе можем сделать много,

Чтобы остаться на земле людьми.

Сломать никак несчастья нас не могут,

Не стынет на морозе наша кровь,

Приходят вовремя всегда к нам на подмогу

Надежда, вера, мудрость и любовь!

**Доклад**

**Качество оказания лекарственной и реабилитационной помощи инвалидам**

Проблема комплексной реабилитации инвалидов в Российской Федерации в последние годы постепенно из категории «социальной» перешла в категорию «национальной безопасности». Объясняется это тем, что на фоне устойчивой и долговременной убыли населения быстро увеличивается численность инвалидов в стране. Если в 1992 году в России было 3,98 млн. инвалидов, то сегодня их численность составляет 13,1 млн. человек. Ежегодно в учреждениях медико-социальной экспертизы освидетельствуется более 4 млн. человек, из них впервые признаются инвалидами около 1 млн. человек, повторно – 2,5 млн. граждан.

Существующая в настоящее время нормативная правовая база не обеспечивает должной объективности в установлении инвалидности и назначения реабилитационных мероприятий, что сказывается на качестве медико-социальной экспертизы. В связи с этим доля измененных решений бюро медико-социальной экспертизы главными бюро медико-социальной экспертизы по обжалованию граждан среди всех проверенных решений по обжалованию составляет более 10 процентов.

Специалистами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) прогнозируется, что при сохранении действующей системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов к 2015 году численность взрослых инвалидов в Российской Федерации составит 15,3 – 15,5 млн.человек. Это увеличение числа инвалидов произойдет на фоне продолжающегося демографического кризиса

В 90-е годы прошлого столетия были утрачены некоторые достижения профилактической медицины, ухудшились основные показатели здоровья (продолжительность жизни, рождаемость, смертность, инвалидность).

Существующие реабилитационные учреждения социальной направленности работают без достаточной координации своих действий, разрозненно, и это резко отрицательно сказывается на эффективности реабилитационного процесса.

Действующая система медико-социальной экспертизы и реабилитации предполагает неоднократное посещение гражданами ряда учреждений, затрату времени и усилий для получения документов, необходимых для предоставления услуг по медико-социальной экспертизе.

Крайне медленно в работу структур, участвующих в решении проблем комплексной реабилитации, внедряются современные информационные технологии. Это приводит, с одной стороны, к низкой эффективности работы данных структур, а, с другой, затрудняют контроль целевого использования выделяемых для решения этой задачи средств.

В настоящее время около 20 процентов инвалидов трудоспособного возраста продолжают трудиться.

Реальное трудоустройство инвалидов и, как следствие, создание условий для их экономической независимости затруднено отсутствием стройной системы их профессиональной реабилитации, а так же обусловленной этим низкой эффективности ее элементов: профессиональной ориентации, подготовки, переподготовки и рационального трудоустройства, а так же отсутствием профессиографического справочника.

Особенно остро стоит вопрос оценки доступности рабочих мест для инвалидов с учетом объективно имеющихся у них ограничений способности к трудовой деятельности.

Таким образом, недостатки в решении проблем комплексной реабилитации инвалидов носят системный характер, и устранить их можно только в результате поэтапного совершенствования системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, повышения эффективности социальной поддержки отдельны групп населения, в том числе путем усиления адресности региональных программ государственной социальной помощи, формирования эффективной системы социальной поддержки лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Организационное и институциональное совершенствование систем медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов является одним из основных направлений Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р.

Совершенствование медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, включая их профессиональную ориентацию и трудоустройство, предусмотрено Основными направлениями деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года, утвержденными распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1663-р.

Конвенция ООН о правах инвалидов, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 г. и подписанная Российской Федерацией 24 сентября 2008 г. (далее – Конвенция), устанавливает международные обязательства государств – участников в области реабилитации инвалидов, предусматривающие осуществление мер по предоставлению инвалидам возможностей для достижения и сохранения максимальной независимости, реализации физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни общества, - путем организации, укрепления и расширения комплексных реабилитационных услуг и программ.

Настоящая концепция совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов (далее – концепция) определяет цели, задачи, основные направления и этапы совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, с учетом достигнутого уровня ее развития, национальных и международных обязательств Российской Федерации, отечественного и зарубежного опыта, а также положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ).

II. Цели, задачи и основные направления совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов

Целями концепции являются повышение качества, объективности, доступности и эффективности медико-социальных экспертных и реабилитационных услуг, приведение принципов и механизмов их осуществления в соответствие с требованиями Конвенции.

Достижение указанной цели в значительной степени зависит от успешного решения двух основных задач:

- повышение уровня объективности оценки ограничений жизнедеятельности инвалидов и обоснованности назначаемых (рекомендуемых) мер по их преодолению;

- повышение доступности и эффективности предоставляемых реабилитационных услуг и технических средств реабилитации.

Основными направлениями решения задач совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и повышения доступности реабилитации инвалидов являются:

- разработка инновационных подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, с учетом положений МКФ;

- совершенствование учета инвалидов;

- улучшение межведомственного взаимодействия при проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, включая взаимодействие с общественными организациями инвалидов;

- разработка стандартов оказания услуг и выполнения мероприятий по реабилитации инвалидов;

- обеспечение физической и информационной доступности государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

**Ведущий:**

Не стой в стороне равнодушно,

Когда у кого-то беда.

Рвануться на выручку нужно

В любую минуту, всегда.

И если кому-то, кому-то поможет

Твоя доброта, улыбка твоя,

Ты счастлив, что день не напрасно былпрожит,

Что годы живешь ты не зря!

**Доклад**

**Эйблизм - как избежать дискриминации инвалидов**

Эйблизм - это сравнительно новый термин, означающий дискриминацию людей с инвалидностью и хроническими заболеваниями. Ущемление прав касается как бытовых вопросов, так и выбора профессии. Инвалиды испытывают сложности в поиске работы, ведь работодатели часто даже не рассматривают их кандидатуры, независимо от уровня квалификации. Причины дискриминации инвалидов в обществе. Причины эйблизма связаны с негативным восприятием общества отклонений от нормы. Нормальным считается молодой и здоровый человек. Инвалидность воспринимают как нечто требующее устранения. Оправданием дискриминации служат стереотипы, которых придерживается часть людей.

Дискриминация инвалидов со стороны работодателей связана с тем, что:количество людей с инвалидностью превышает число подходящих для них вакансий, создание новых рабочих мест для людей с инвалидностью требует значительных финансовых затрат, у инвалидов по слуху и зрению ограничен доступ к открытым вакансиям, программы реабилитации составляют без учёта имеющихся профессиональных навыков. Мотивация к труду после долгого поиска работы падает, и люди с инвалидностью свыкаются с безработицей. На практике дискриминация по инвалидности - это масштабное явление. Если человек получает инвалидность в процессе работы, его незаконно увольняют или вынуждают написать заявление по собственному желанию. Если же инвалид находится в поиске работы, он сталкивается с препятствиями. Негативное отношение общества не только ограничивает инвалидов, но и меняет их отношение к себе. По этой причине со стороны государства принимаются меры по недопущению ущемления прав и интересов лиц с ограниченными возможностями.

В России эйблизм – достаточно масштабное явление. Недостаток пандусов, специально оборудованных светофоров для слабо слышащих, отсутствие транспорта, в который бы могла заехать коляска… В общем, если человек не погряз в депрессии и стремится жить на полную – у него мало ресурсов для этой полноценной жизни в реальности.

Дискриминация присутствует и в работе. Если человек получает травму на производстве – его, в основном, увольняют, причём незаконно. Либо уговаривают добровольно написать заявление. Вакансий на данный момент меньше, чем соискателей. К ним проявляют завышенные требования или предлагают низкооплачиваемые рабочие места.

Эйблизм (эйджизм) в сфере труда подразделяется на прямой и косвенный. Он может проявляться как со стороны работодателя, так и коллег. Если в первом случае инвалид просто получает отказ при попытке занять вакантную позицию, во втором - он терпит унижения и подвергается постоянному давлению со стороны других сотрудников. Признаки эйблизма: примеры в сфере занятости Признаки проявления эйблизма: Прямая отказ в трудоустройстве по причине, не связанной с деловыми качествами; отказ в обучении и профориентации; трудоустройство на низкооплачиваемые и низкоквалифицированные рабочие места. Косвенная ограничение доступа к информации об открытых вакансиях; избыточные требования, ставящие сотрудников-инвалидов в неравное положение; несоблюдение правил трудового законодательства в отношении условий труда; нарушение этических норм. Ответственность работодателя за дискриминацию инвалидов Конституция Российской Федерации гарантирует каждому гражданину защиту его прав и свобод. По закону инвалидом считается человек с ограниченными возможностями здоровья по причине стойких функциональных нарушений. Такому гражданину полагается социальная защита и предусмотренные законодательством льготы.

Современное законодательство гарантирует людям с ограниченными возможностями право на восстановление конкурентоспособности на рынке труда. Основным механизмом реабилитации считается индивидуальная программа реабилитации и абилитации (ИПРА). Этот документ учитывает индивидуальные потребности и предлагает комплекс реабилитационных мероприятий. Профессиональная реабилитация включает: профориентацию; профессиональное обучение или переподготовку; содействие в поиске работы; производственную адаптацию. Эксперты Системы Кадры расскажут, что поручить сотруднику в зависимости от группы инвалидности: Какую работу может выполнять сотрудник с инвалидностью. В России разработаны нормативно-правовые акты, которые защищают инвалидов от дискриминации на работе, например: ст.3 Трудового Кодекса РФ «Запрещение дискриминации в сфере труда»; ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» №181-ФЗ от 24.11.1995г.; ФЗ 01.12.2014 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией конвенции о правах инвалидов»; Приказ Минтруда России от 09.11.2017 №777 «Об утверждении методических рекомендаций по выявлению признаков дискриминации инвалидов при решении вопросов занятости». Уточните содержание нормативных актов, чтобы понять, не нарушаете ли вы права инвалидов. Воспользоваться нормативно-правовой базой Если в штате компании более 100 сотрудников, то Трудовой Кодекс предусматривает квоту на организацию рабочих мест для граждан с разными группами инвалидности и ограничениями по здоровью. Она составляет от 2 до 4 процентов от среднесписочного числа работников. Работодателя привлекут к административной ответственности, если он откажет кандидату с инвалидностью в трудоустройстве, так как это нарушение закона. Согласно ст. 5.42 Кодекса административных правонарушений, ему грозит штраф от 5 000 до 10 000 рублей.

**Что делать работодателю, чтобы не допустить эйблизма**

Всячески пресекать эйблизм в организации, если сотрудники постоянно шутят над инвалидом, необходимо провести профилактическую беседу с ними. Объяснить, что факт наличия инвалидности не означает, что человек - неполноценный работник. Он может быть даже более профессиональным и интеллектуально развитым, нежели его коллеги. К тому же на некоторые должности больше подходят люди с ограниченными возможностями здоровья, которые не привыкли к чрезмерной физической активности и могут часами сидеть за компьютером или кипой бумаг.  Справка: для рутинной работы идеально подходят аутисты, так как они более сдержанные и терпеливые. Если подчинённые не понимают на словах, необходимо приступать к решительным действиям. Например, сначала объяснить, что за нетактичное поведение будет выговор. Не обязательно даже вносить запись в личное дело и другие документы. Достаточно дать понять, что это недопустимо

**БОРЬБА С ЭЙБЛИЗМОМ**

Что касается борьбы, прежде всего, необходимо перестать использовать вполне существующие диагнозы в качестве оскорбления. Для кого-то подобный диагноз является способом и стилем жизни. В котором ничего унизительного или смешного нет. Принимайте участие в благотворительных сборах, помогайте, чем можете. Даже минутка внимания и искренняя улыбка способны дать сил, вдохновить на дальнейшую борьбу за свои права.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Отсутствие толерантности к инвалидам - серьёзная проблема современного общества, которую нужно искоренять. Необходимо помогать лицам с ограниченными возможностями, чтобы они могли стать полноправными членами рабочего коллектива, принимать активное участие в их адаптации.

**Ведущий:** Не жалейте добрых слов привета,

Для больных, уставших стариков.

Чтобы их душа была согрета,

Им не надо много разных слов.

Иногда, достаточно улыбки,

Или взгляда нежных глаз.

Чтобы мир их сумрачный и зыбкий

Озарился радостью тот час.

Вы не допускайте их в печали

Опускаться горестно в постель

Эти руки, некогда качали,

безотказно вашу колыбель.

Самое печальное на свете

Самая великая беда

Если старость, обижают дети

Позабыв о прошлом навсегда.

Но о прошлом этом забывая

Надо все же помнить всякий раз

Старость беспощадная лихая

Впереди у каждого из нас.

**Доклад**

**Профилактика инвалидности после перенесенного covid-19**

COVID-19 – потенциально тяжёлая острая респираторная инфекция, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2 (2019-nCoV). Представляет собой опасное заболевание, которое может протекать как в форме острой респираторной вирусной инфекции лёгкого течения, так и в тяжёлой форме. Наиболее частым осложнением заболевания является вирусная пневмония, способная приводить к острому респираторному дистресс-синдрому и последующей острой дыхательной недостаточности.

У лиц старших возрастных групп риск развития серьезных осложнений, инвалидизации и смерти в результате коронавирусной инфекции COVID-19 значительно выше, чем у людей молодого и среднего возраста, при равной вероятности контакта с новым вирусом. Смертность от коронавирусной инфекции C0VID-19 у лиц 80 лет и старше достигает 15%, в то время как у людей моложе 50 лет она менее 0,5%.

Реабилитационные мероприятия в ОРИТ включают:

1. Нутритивную поддержку
2. Респираторную реабилитацию
3. Постуральную коррекцию
4. Раннюю пассивную мобилизацию
5. Циклические тренировки на прикроватном велотренажере.

Основная цель реабилитационной программы пациента на ИВЛ – восстановление самостоятельного дыхания, что является сложным многоэтапным процессом, который требует рационального сочетания реаниматологических и реабилитационных мероприятий.

* В целях профилактики постэкстубационной дисфагии и аспирационных соложений рекомендуется в первые 48 ч использовать для питья загущенную жидкость. В целях сохранения циркадных ритмов и профилактики делирия рекомендуется применение в ночное время глазных масок и берушей при условии обеспечения исключительно индивидуального их применения.
* Пациентам с COVID-19 необходимо обеспечить выполнение мероприятий по позиционированию и ранней мобилизации.
* Рекомендуется увеличивать антигравитационное позиционирование, пока пациент не сможет выдержать вертикальное положение.

Пациентам на спонтанном дыхании, по возможности, следует стремиться к максимально длительному пребыванию пациента на уровне гравитационного градиента.

* Ортостатические процедуры следует проводить 3 раза в день по 30 минут. Продолжительность процедуры зависит от переносимости. Голова должна быть в положении по средней линии для предотвращения затруднения венозного оттока и вторичного повышения внутричерепного и внутриглазного давления.
* Контактные пациенты должны научиться наклоняться в положение, которое позволяет силе тяжести помочь в дренировании секрета из долей или сегментов легких
* Отчетливая связь между полинейромиопатией критических состояний и длительностью иммобилизации установлена при остром легочном повреждении. Максимальный эффект в виде снижения длительности ИВЛ был достигнут у пациентов, которые получали не менее 30 минут ежедневных занятий. Занятия менее 20 минут у пациентов на ИВЛ и менее чем 2 раза в день пользы не приносят.

В терапевтическом отделении мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с COVID-19 должны быть направлены на восстановление функционирования пациента, для достижения чего потребуется решение следующих основных задач:

* улучшение вентиляции легких, газообмена и бронхиального клиренса;
* продолжение нутритивной поддержки;
* повышение общей физической выносливости пациентов;
* коррекция мышечной слабости;
* повышение мобильности;
* преодоление стресса, беспокойства или депрессии;
* коррекция нарушения сна.Для оценки переносимости гипоксии рекомендуется использовать функциональные тесты Генчи, Штанге, упрощенный звуковой тест с произнесением цифр на спокойном продолжительном выдохе (чем больше счет, тем лучше показатель, но не менее 30), Серкина и Розенталя.
* Для оценки переносимости физической нагрузки рекомендуется последовательно применять тест с шестиминутной ходьбой, кардиопульмональное нагрузочное тестирование (КПНТ) с газовым анализом на беговой дорожке или велоэргометре.
* Рекомендуется оценивать периферическую мышечную силу пациентов с помощью шкалы MRC, мануального мышечного теста, изокинетического мышечного теста и измерения диапазона движений суставов.
* Пациенты с COVID-19 должны быть обследованы для планирования индивидуальной программы медицинской реабилитации (ИПМР) и оценки безопасности планируемых реабилитационных мероприятий.
* Дыхательные упражнения должны быть направлены на усиление эвакуации слизи из легочных альвеол и бронхиол в бронхи более высокого порядка и трахею, чтобы мокрота не скапливалась в базальных сегментах легких. При сухом непродуктивном кашле мероприятия по респираторной реабилитации не показаны.
* При выполнении дыхательных упражнений на 1 этапе медицинской реабилитации не рекомендуется форсировать увеличение движений и нагрузки. Все дыхательные упражнения должны проводится без напряжения, медленно с ламинарным потоком воздуха.
* При наличии вязкой мокроты рекомендуется использовать ингаляции муколитиков с помощью индивидуальных ингаляторов с предварительным откашливанием: аппарат для аспирации и ирригации/инсуффлятор (откашливатель индивидуальный) и дыхательные упражнения на устранение обструкции (дренажные дыхательные упражнения и откашливание с дренажным позиционированием соответственно локализации наибольшего поражения легочной ткани).
* При отсутствии мокроты рекомендуется использовать ингаляции физиологического раствора с целью увлажнения и поддержания естественной барьерной функции бронхов с использованием дозированного ингаляционного ингалятора (ДАИ) со спейсером, возможно использование бета2-агонистов или комбинированных бронхолитиков короткого действия и дыхательных упражнений с удлиненным выдохом.
* При проведении реабилитационных мероприятий для пациентов с COVID-19 должна быть возможность предоставления пациенту кислорода по требованию, в том числе во время занятий. При необходимости для пациентов можно использовать кислородные баллоны или кислород продуцирующие устройства. Рекомендуется инструктировать всех пациентов, о мероприятиях по гигиене кашля и чихания: прикрывать нос и рот при кашле или чихании тканью (салфеткой) или согнутой в локте рукой и далее обрабатывать кожу дезинфицирующим средствами, а использованные салфетки выбрасывать в специально отведенную емкость для отходов класса В.
* Рекомендуется проведение упражнений, развивающих силу и силовую выносливость ведущих мышечных групп, направленных на восстановление основных двигательных навыков и активности, характерных для пациента до заболевания. При выполнении всех упражнений, связанных с ходьбой по лестнице, должны учитывать состояние коленных и тазобедренных суставов, а также массу тела пациента.
* У всех пациентов с COVID-19 должен быть оценен нутритивный статус и индекс массы тела. При выявлении нутритивной недостаточности следует проводить эффективную нутритивную коррекцию с использованием перорального питания, питания маленькими глотками (сипинг), питания через назогастральный зонд или стому, либо парентерального питания в соответствии с показаниями. Первоначальная оценка должна включать критерии NRS-2002.

«Стоп-сигналами» для проведения мероприятий по медицинской реабилитации на этапе лечения пациента с коронавирусной пневмонией в условиях круглосуточного стационара являются:

* Температура выше 38 °С, усиление одышки;
* Повышение ЧСС более 50% от исходной величины или снижение ЧСС при нагрузке;
* РО2< 93% или снижение на 4 пункта во время осуществления перехода к самостоятельному дыханию без кислородной поддержки, чувство стеснения в груди, рвота, головокружение, головная боль, помутнение сознания, потливость, неспособность держать баланс, возникновение потребности в кислородной поддержке.

Рекомендуется выбирать неконтактные методики физиотерапии для включения в ИПМР.

* С 12-14 дня заболевания при отсутствии осложнений (бронхоэктазы, ателектазы и др.) при соблюдении показаний и противопоказаний, рекомендовано применение индивидуально дозированной аэроионотерапии, инфракрасного лазерного излучения с длиной волны 0,89-1,2 мкм, полихроматического поляризованного света, распространяющегося в параллельных плоскостях, обладающего высокой степенью поляризации (>95%).

Осуществить лекарственную терапию пациентов пожилого и старческого возраста в условиях угрозы распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Необходимо обеспечить продолжение надлежащего лечения хронических неинфекционных заболеваний и гериатрических синдромов у пациентов пожилого и старческого возраста.

Таким образом, можно сделать вывод, что при грамотном и своевременном выполнении реабилитационных мероприятий, можно минимизировать риск развития осложнений и инвалидизации пациентов.