

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Лечебный факультет
Кафедра терапевтических дисциплин

Ю.Ю. Мигунова

ОСНОВЫ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

(для студентов лечебного факультета)

Майкоп
2014

УДК
ББК

Рецензенты:

доктор медицинских наук, доцент **Р.Ш. Ожева**

кандидат биологических наук **С.Р. Уджуху**

Мигунова Ю.Ю.

Основы медико-социальной реабилитации различных групп населения (для студентов лечебного факультета): Учебно-методическое пособие – Майкоп: ИП Магарин О.Г., 2014. – 102 с.

Учебно-методическое пособие «Основы медико-социальной реабилитации различных групп населения» предназначено для студентов очной формы обучения специальности 060101.65 «Лечебное дело» лечебного факультета Медицинского института ФГБОУ ВПО «МГТУ» при изучении ими дисциплины профессионального цикла «Медико-социальная реабилитация». Данное пособие знакомит студентов с теоретическими и практическими вопросами комплексной медико-социальной реабилитации различных групп населения и категорий инвалидов, организация медико-социальной реабилитации как приоритетного направления современной государственной политики в отношении людей с ограниченными возможностями.

Печатается по решению научно-технического совета ФГБОУ ВПО «МГТУ».

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Раздел 1. Теоретические основы медико-социальной реабилитации	
1.1. История формирования медико-социальной помощи	5
1.2. Общая характеристика понятия «реабилитация» и структура системы медико-социальной реабилитации	9
1.3. Нормативно-правовые основы медико-социальной реабилитации	31
1.4. Инвалид и инвалидность: сущность понятий, причины, динамика, социальные проблемы	39
1.5. Медико-социальная экспертиза	48
Раздел 2. Медико-социальная реабилитация различных групп населения и категорий инвалидов	
2.1. Особенности реабилитации детей и подростков	58
2.2. Особенности реабилитации людей пожилого и старческого возраста	65
2.3. Особенности реабилитации лиц с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата	73
2.4. Особенности реабилитации больных и инвалидов с различными заболеваниями	85
2.5. Особенности реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами	91
Учебно-методические материалы и рекомендации по подготовке к семинарским занятиям и самостоятельной работе студентов	97

ВВЕДЕНИЕ

Согласно определению экспертов ВОЗ и Международной организации труда, реабилитация представляет собой систему государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, и на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество, к общественно полезной жизни. Это определение дает нам понять, что реабилитация преследует не только сугубо экономические цели (восстановление трудовых функций, возможность участия в производственной деятельности для достижения экономической независимости), но не в меньшей мере и социальные.

Действительно, заболевание (инвалидность) во многом изменяет социальное положение больного и выдвигает перед ним новые проблемы (например, приспособление к дефекту, изменение профессии, приобщение к новой субкультуре и др.). Эти проблемы сопряжены со значительными трудностями для больного, и содействие в их преодолении является одной из важнейших задач реабилитационной медицины, требующей активного участия как медицинских работников, так и социальных работников.

Большое значение в связи с этим приобретает подготовка специалистов, владеющих знаниями в области реабилитации, способами решения социальных проблем, связанных со здоровьем, методами восстановления способностей больных и инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной деятельности, навыками формирования механизмов взаимодействия социального окружения в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья. Эти вопросы включает дисциплина *«Медико-социальная реабилитация»*.

Учебный курс тесно связан с другими дисциплинами специальности, опирается на знания студентов, полученные при изучении дисциплин *«Психология и педагогика»*, *«Социально-психологические основы врачебной деятельности»*, *«Биоэтика»*, *«Основы медико-социальной работы»*, *«Основы психологической помощи инвалидам»*, а также предшествует изучению дисциплин *«Медицинская реабилитация»* и *«Восстановительная медицина»*.

Формой *промежуточного контроля* является выполнение тестовых заданий, подготовка докладов, написание эссе, разработка примерной индивидуальной программы реабилитации инвалида. Форма *итогового контроля* – зачет в устной форме.

Цель курса лекций – сформировать представление у студентов о комплексном подходе к реабилитации, систематизировать знания в области медико-социальной реабилитации нуждающихся в ней различных групп населения и категорий инвалидов.

РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

1.1. История формирования медико-социальной помощи

1.1.1. Помощь больным в античный период

1.1.2. Монастырско-церковные формы призрения на Руси

1.1.3. Развитие благотворительности в России

1.1.4. Государственная поддержка больных и инвалидов в советский период

1.1.1. Помощь больным в античный период

На всех этапах своего развития общество не могло оставаться безразличным к тем, кто имел те или иные нарушения физических и психических качеств. Но на протяжении тысячелетий эти взаимоотношения в большей своей части складывались в форме преследования или пренебрежения к людям с физическими и умственными дефектами. Только несколько последних столетий начало происходить изменение в сторону сострадания, оказания помощи и принятия обществом.

С античных времен отношение к слабым и беспомощным людям определялось страхом и невежественностью, мифологическо-религиозными защитными механизмами и стремлением обезопасить свое сообщество. Несмотря на формирование элементарных медицинских знаний, и приемов оказания помощи больным и раненым уже у первобытных людей, в суровом мире первобытно-общинного строя и древних цивилизаций выживали только сильнейшие - те, кто мог обеспечить себе пропитание, безопасность и элементарно заботиться о сохранении собственного потомства; остальные погибали или их умерщвляли. Спартанцы избавлялись от уродливых и больных младенцев, сбрасывая их с высокой скалы в море. Умерщвление детей с дефектами развития в Древних Риме и Греции считалось необходимым для общего блага.

Позже развитие христианства, которое проповедовало любовь к ближнему, переориентировало общество на сочувствие и оказание помощи тем, кто был слабее других, калекам и слабоумным. Такое явление, как подача милостыни нищим, увечным, слабоумным, развилось на благоприятной почве древней народной традиции милосердия к ближнему, сострадания к чужой беде, что особенно было свойственно славянским народам. Многие брали в семьи на воспитание умственно отсталых детей, давали приют раненым воинам, принимали на постой нищенствующих странников - калек и душевно больных. Такой вид помощи был своеобразной общественной повинностью.

1.1.2. Монастырско-церковные формы призрения на Руси

На Руси, начиная с X в. основные виды помощи страждущим были связаны с княжеской защитой и попечительством. Великий князь киевский Владимир Креститель Уставом 996 г. вменил в обязанность духовенству заниматься общественным призрением, определив десятину на содержание монастырей, богаделен и больниц. Из удельных князей своим нищелюбием славился Николай Давыдович, построивший в первой половине XII в. в Киеве больничный монастырь.

Большое значение в становлении общественной (в современном понятии - социальной) и медицинской помощи сыграли монастырско-церковные формы призрения. Монастыри оказывали приют и помощь жертвам войны (раненым, увечным) и больным. Так, в 1612 г. на территории Троице-Сергиевой лавры был открыт первый временный госпиталь для раненых воинов. Условно можно сказать, что монастырские приюты были первыми реабилитационными учреждениями. Больные и увечные люди не только получали там кров и пропитание, но и посильно трудились, выполняя подсобные и хозяйственные работы.

Первые формы государственных служб по уходу за немощными в России появились лишь в период правления Иоанна Грозного (1551). Петр I стремился сосредоточить в своих руках и светскую, и духовную власть. Он разработал основы государственной политики в области призрения и государственного управления деятельностью монастырями. В 1701-1724 гг. был издан целый ряд указов, в которых Петр I пытался систематизировать нуждающихся по причинам их нужды и определять помощь в соответствии с этой нуждой. Однако основные обязанности по обеспечению призрения по-прежнему сохранялись за общественными формами попечительства вплоть до конца XVIII в.

1.1.3. Развитие благотворительности в России

Учрежденные в 1775 г. Екатериной Великой приказы Общественного призрения (прообразы комитетов соцзащиты) просуществовали более 100 лет. Приказы были образованы в каждой губернии, в их состав входили дома умалишенных, трудовые и исправительные колонии. Затем возникло Ведомство учреждений императрицы Марии, а ее сын Александр I основал Императорское человеколюбивое общество. В этот период поощряются благотворительность дворянского сословия, меценатство, устройство благотворительных и лечебных заведений частными лицами.

Основы частной благотворительности были заложены еще в XVII в. Например, в 1656 г. была открыта «больница Федора Ртищева» для приюта неизлечимых больных, слепых, стариков, которые содержались на добровольные пожертвования населения. В 1810 г. графом Шереметьевым был построен Странноприимный дом с больницей для сирых и убогих (ныне НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского). В нем бесплатная помощь оказывалась не только в период госпитализации, но и при выписке - бедные люди снабжались деньгами на проезд домой, одеждой, костылями, бандажами и прочими необходимыми средствами.

Наиболее активное развитие медицинской и социальной помощи наблюдалось в период земства. Открывались новые лечебные заведения, специализированные больницы - дома для умалишенных, для инфекционных больных. Начала оформляться и организационная структура общественного призрения: создавались богадельни, инвалидные дома, ночные и дневные приюты для инвалидов, дома для неизлечимых больных, организовывались патронажные формы обслуживания душевно или малоимущих больных, бесплатные столовые для обездоленных, трудовые мастерские.

С 1861 по 1899 г. происходил резкий подъем благотворительного движения. К концу XIX в. в России насчитывалось 3555 благотворительных обществ, попечительств, учреждений (причем три четверти из них были частными).

В 1871 г. открыт институт для слепых девочек, а через 10 лет учреждено Мариинское попечительство для призрения слепых. К концу века в Ведомстве учреждений императрицы Марии существовало 21 училище (2 столичных и 19 в губерниях) для детей обоих полов, лишенных зрения. В них воспитывались, обучались грамоте и ремеслам свыше 700 детей. Кроме того, имелось 6 заведений для взрослых слепых. В специальном училище по призрению глухонемых воспитывалось до 200 детей интернами и до 50 - экстернами. Благодаря усовершенствованным способам обучения до 60 % учащихся начинали говорить.

В 1885 г. в типографии для слепых, которую устроила помещица Анна Адлер, была напечатана шрифтом Брайля первая книга на русском языке. К началу XX в. в России уже существовало несколько десятков школ для слепых, тогда же появился журнал «Слепец».

В 1913 г. благодаря издателю П. Пезаровиусу начала выходить газета «Русский инвалид» (с 1916 г. - ежедневно), уделявшая внимание, прежде всего, ветеранам и издававшаяся вплоть до Октябрьской революции.

В Крымскую, Русско-турецкую и Русско-японскую войны стали возникать общины сестер милосердия. У истоков первой из них – Крестовоздвиженской, где готовили сестер милосердия для оказания помощи раненым воинам в госпиталях и на поле боя - стояли великая княгиня Елена Павловна и знаменитый хирург И. Пирогов. Впоследствии этот опыт был распространен, многие из их функций перешли к обществу Красного Креста. В период Первой мировой войны раненые солдаты направлялись в военные инвалидные дома и богадельни, которые находились в ведении Комитета Императорского человеколюбивого общества.

1.1.4. Государственная поддержка больных и инвалидов в советский период

С установлением советской власти главным и определяющим субъектом в разработке государственной политики и оказании социальной помощи нуждающимся становится государство. В 1918 г. произошло закрытие всех благотворительных учреждений и обществ, ломка всех систем благотворительности, в том числе был полностью ликвидирован институт монастырской и церковно-приходской благотворительности. Новая государственная политика, прежде всего, была направлена на предоставление инвалидам материального обеспечения в виде пенсий и разнообразных пособий, сначала - увечным воинам, а позже - при всех видах потери трудоспособности, при наступлении инвалидности. Были утрачены многие виды социальной поддержки нуждающихся, оказавшихся в тяжелом положении людей, возникшие на почве благотворительности и меценатства.

В 1930-е гг. начали создаваться кассы общественной взаимопомощи колхозников. На кассы возлагались функции оказания различной помощи лицам, утратившим трудоспособность. В 1932 г. эти кассы трудоустроили только в РСФСР на различных работах в колхозах, а также в организованных ими мастерских 40 тыс. инвалидов.

В этот период начала создаваться сеть домов для престарелых и инвалидов, психоневрологических интернатов, развивалась система специализированных

образовательных учреждений для лиц с нарушениями здоровья, росло количество учебно-производственных мастерских и производственных предприятий органов социального обеспечения, обществ взаимопомощи слепых и глухих. Создавалась протезная промышленность.

Важным направлением социально-медицинской работы периода Отечественной войны и послевоенных лет стали социальная реабилитация раненых, возвращение к производственной деятельности инвалидов, создание домов инвалидов и трудовых интернатов. Понятия социальной работы в то время не существовало. Отдельными функциями патронажа, оказанием помощи на дому инвалидам занимались работники здравоохранения, органов социального обеспечения, общества Красного Креста и Красного Полумесяца.

Характерными чертами социального обеспечения советского периода являлись его всеобщность, равное право на его получение, бесплатное медицинское обслуживание, больничное и санаторно-курортное лечение; снабжение протезными изделиями; профессиональное обучение и переобучение; направление на работу в соответствии с заключением врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭК); предоставление места в домах для престарелых и инвалидов.

Но проблема развития социально-медицинской помощи людям с инвалидностью со временем все больше обострялась. Если в начале прошлого века речь шла в основном о врожденных уродствах, ярко выраженных проявлениях душевных болезней, то постепенно круг лиц, нуждающихся в помощи общества, значительно расширился. Благодаря медицинским знаниям и технологиям повысилась выживаемость детей с врожденными уродствами и болезнями и лиц, перенесших тяжелые травмы, инфаркты, инсульты и сложные хирургические вмешательства. Постепенно увеличивалась продолжительность жизни человека, что приводило к росту в общей численности населения доли пожилых людей, страдающих заболеваниями, свойственными их возрасту.

И, наконец, войны, следствием которых было большое количество раненых и увечных людей, вынужденных как-либо адаптироваться к послевоенной жизни. На войне преимущественно страдали наиболее молодые, активные, трудоспособные члены общества. Вернувшись после лечения в госпиталях, эти люди с ограниченными возможностями, лишены работы и средств к существованию, представляли собой большую проблему для общества. Все это привело к необходимости развития медико-социальной реабилитации и методов восстановления полноценной социальной жизни.

Эволюция идей реабилитации прошла несколько этапов и в обозримом прошлом была связана с благотворительной деятельностью. Только в XX столетии концепция, постулировавшая постоянную заботу об инвалиде, уступила место идеям о необходимости такой помощи, которая давала бы ему возможность заботиться и заниматься собой самому, а затем и принципам реабилитационных программ: инвалид способен отвечать за себя наравне со здоровыми людьми и нуждается в помощи лишь для того, чтобы справиться с определенными трудностями (А. Гулак).

1.2. Общая характеристика понятия «реабилитация»

и структура системы медико-социальной реабилитации

1.2.1. Основные понятия дисциплины

1.2.2. Методы и этапы медицинской реабилитации

1.2.3. Сущность социальной реабилитации

1.2.4. Содержание и задачи профессиональной реабилитации

1.2.5. Структура системы МСР

1.2.1. Основные понятия дисциплины

Бурное развитие на протяжении всего XX в. технологических решений, расширяющих возможности повышения медицинской, социальной и экономической эффективности мер по сохранению и укреплению здоровья населения, поставили проблемы реабилитации на одно из ведущих мест в системах здравоохранения различных стран мира.

Термин «реабилитация» (rehabilitation) происходит от лат. Слова *rehabilitatio* - восстановление, от *rehabilito* - восстанавливаю. Впервые официальное определение понятия реабилитация дал Франц Иозеф Раттер фон Бус в 1903 г. в книге «Система общего попечительства над бедными» и оно обозначало «восстановление прав, способностей, доброго имени». Аналогичное понимание термина в юридическом аспекте приведено в Толковом словаре Д. Н. Ушакова (1939) - «снятие обвинения и полное восстановление в правах по суду», и в других словарных изданиях - «...восстановление в правах, потерянных в результате судебного приговора (осуждения), например, путем помилования» и т. п.

Наряду с правовым определением медицинское толкование термин «реабилитация» получил в 1946 г. в Вашингтоне (США) на совещании по вопросам реабилитации больных туберкулезом, на котором сущность реабилитации рекомендовалось усматривать «в восстановлении физических и духовных сил пострадавшего, а также его профессиональных навыков».

В 1958 г. была создана международная система организаций реабилитации, а уже в 1960 г. - международное общество по реабилитации инвалидов, которое и в настоящее время является членом Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), работает в контакте с ООН, ЮНЕСКО и Международным рабочим бюро.

В настоящее время из 774 международных неправительственных организаций медико-биологического профиля около 50 ориентированы на разработку различных вопросов реабилитации как самостоятельной проблемы. Значительную работу по реализации программ реабилитации, предложенных ВОЗ, проводят более 4 000 национальных организаций в 60 странах мира.

По определению ВОЗ (1958), реабилитация - это процесс, целью которого является профилактика инвалидности в период лечения заболевания и помощь больным в достижении максимальной физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности, на которую они способны в рамках существующего заболевания. В 1963 г. ВОЗ вновь рассмотрела проблему реабилитации как скоординированное применение медицинских, социальных,

просветительских и профессиональных мероприятий, включающих обучение и переобучение инвалидов для достижения по возможности высокого уровня функциональной активности. Позднее, в 1974 г., эксперты ВОЗ указали, что реабилитация - это совокупность лечебных, социальных, образовательных и трудовых мер, направленных на подготовку и переподготовку человека в целях максимального восстановления его физических и умственных способностей.

Современное понимание реабилитации включает в себя комплекс социально-экономических, медицинских, психологических, педагогических, юридических, профессиональных и других мер, целью которых является скорейшее и наиболее полное восстановление утраченных человеком тех или иных физических функций, личного и социального статуса.

Таким образом, в настоящее время реабилитацию рассматривают как набор технологических решений («технология» - применение организованного знания для решения практических задач), направленных преимущественно на восстановление трудоспособности индивидуума и его активное включение в экономические отношения. Другими словами, главным элементом эффективности реабилитации как практической организационной деятельности является стоимость того общественно полезного продукта, который производят лица, прошедшие последовательно весь технологический комплекс мероприятий восстановительного характера.

Не следует отождествлять понятия «лечение» и «реабилитация», так как не всякое лечение, приводящее к восстановлению нарушенных функций, может быть отнесено к реабилитации.

Концепция лечения включает в себя попытку ликвидации этиологического фактора, раскрытие патогенетических механизмов и построение комплекса лечебных мероприятий, стремление к ликвидации заболевания и его клинических проявлений либо (при невозможности излечения) попытка нормализации основных физиологических функций, уменьшения проявлений заболевания, препятствия развитию осложнений, прогрессированию заболевания и развитию фатального исхода. В свою очередь концепция реабилитации состоит в том, чтобы с помощью системы координированного комплекса мероприятий различного характера избежать или снизить степень инвалидности, вернуть человеку способность трудиться, быть экономически независимым активным членом общества.

При достижении полного выздоровления реабилитация не нужна. Если остаются последствия травмы или заболевания, затрудняющие существование (физическое или социальное), интеграцию больного в общество, возникает необходимость в проведении реабилитации.

Таким образом, восстановление человека как личности - основная **цель реабилитации** как мультидисциплинарной отрасли здравоохранения.

Объектом науки являются инвалиды, лица с ограниченными возможностями здоровья, а также лица с возможными последствиями болезни, а не только с уже сформировавшимися (В.З. Кучеренко).

Основным **предметом** науки и практики медико-социальной реабилитации стало понятие «*последствие заболеваний*», сформулированное специалистами разных стран уже к 70-м годам XX века.

В настоящее время представилось возможным классифицировать все последствия заболеваний по следующим уровням:

- на биологическом уровне (организм);
- на психологическом уровне (индивидуум);
- на социальном уровне (личность).

Это составляет три основных класса последствий заболевания (см. табл. 1).

Последствия, определяемые на уровне организма	Последствия, определяемые на уровне индивидуума	Последствия, определяемые на уровне личности
Нарушения структур и функций организма: <ul style="list-style-type: none"> • умственные; • другие психические; • языковые и речевые; • ушные (слуховые и вестибулярные); • зрительные; • висцеральные и метаболические; • двигательные; • уродующие; • общего характера. 	Ограничения жизнедеятельности, снижение способности: <ul style="list-style-type: none"> • адекватно вести себя; • общаться с окружающими; • совершать движения; • действовать руками; • владеть телом; • ухаживать за собой; • овладевать специальными навыками; • ситуационное снижение способности. 	Социальная недостаточность из-за неспособности: <ul style="list-style-type: none"> • к физической независимости; • к мобильности; • к занятиям обычной деятельностью; • к получению образования; • к профессиональной деятельности; • к экономической самостоятельности; • к интеграции в общество.

Таблица 1. Международная классификация последствий заболеваний и травм (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, 1980)

Задачи реабилитации, а также ее формы и методы меняются в зависимости от этапа. Если на первом этапе (восстановительное лечение) задача состоит в профилактике дефекта, инвалидности, то на следующих этапах она заключается в приспособлении индивидуума к жизни и труду, в рациональном бытовом и трудовом устройстве, в создании благоприятной микросреды.

Исходя из многоплановости задач реабилитации принято выделять девять основных ее аспектов: медицинский, физический, психологический, педагогический, бытовой, профессиональный, юридический, социальный и экономический. В соответствии с этим реабилитацию подразделяют на несколько видов.

Несмотря на столь большое разнообразие видов реабилитации, основными из них являются медицинская, профессиональная и социальная. Учитывая специфику дисциплины «Медико-социальная реабилитация» более подробно следует остановиться именно на этих аспектах реабилитации (см. п. 1.2.2.-1.2.4.).

Медицинская реабилитация представляет собой комплекс лечебных мероприятий, направленных на максимальное восстановление нарушенных физических функций (работоспособности) организма, а в случае невозможности этого — развитие компенсаторных и заместительных приспособлений (функций). В том случае если из лечебных мероприятий используют преимущественно средства физической терапии (лечебная физическая культура, естественные и преформированные (искусственно создаваемые) факторы физиотерапии и др.), допустимо употреблять понятия «физическая терапия» и «восстановительное лечение» как синонимы.

Профессиональная реабилитация решает вопросы определения степени трудоспособности, восстановления имеющихся ранее профессиональных навыков или переобучения, трудоустройства пациентов. Данный вид реабилитации для

пациентов детского и подросткового возраста в основном имеет педагогический характер. При невозможности развития профессиональных навыков главной задачей является развитие навыков самообслуживания.

Социальная реабилитация включает в себя разработку соответствующей законодательной (юридической) базы, принятие на государственном уровне нормативно-правовых актов, гарантирующих определенные социальные права и льготы лицам, нуждающимся в реабилитации, обеспечение реализации этих постановлений.

Психологическая реабилитация сопровождает все остальные виды реабилитации и направлена на коррекцию возникших в связи с травмой или заболеванием психических нарушений, формирование позитивного отношения к проводимым мероприятиям, врачебным рекомендациям, регулирование взаимоотношений пациента с обществом, семьей, а также на психологическую адаптацию (приспособление) к изменившейся вследствие болезни жизненной ситуации.

Тем не менее наиболее полно задачи реабилитации можно решить только в том случае, если будут применены единая централизованная стратегия и тактика реабилитационных мероприятий. Именно поэтому сложившаяся в России система реабилитации ориентирована на доминирующую роль в данной сфере государственных структур. Со стороны органов государственного управления осуществляется финансирование медицинской и социальной помощи, предоставление льгот инвалидам, а также других расходных мероприятий в отношении реабилитируемых лиц.

Организационное взаимодействие различных видов реабилитации в системе Российского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию отражено на рис. 1.

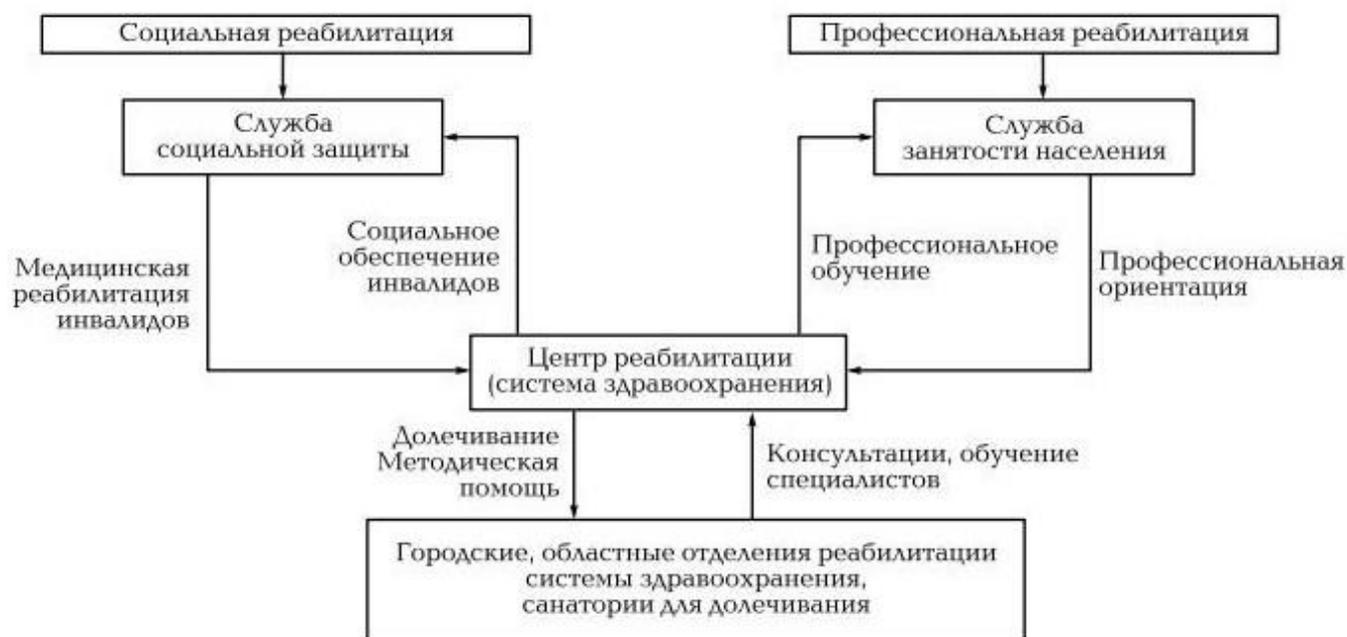


Рис. 1. Организационное взаимодействие различных видов реабилитации (по О.Н. Щенетовой, 1997)

Общие правила проведения реабилитационных мероприятий (по Юмашеву Г.С, Ренкеру К.):

- раннее начало
- непрерывность и комплексный характер
- индивидуальный подход
- осуществление в коллективе
- возвращение нетрудоспособных к активному общественно-полезному труду.

В настоящее время существуют специальные программы реабилитации, разработанные под контролем ООН и реализуемые ВОЗ, Международной организацией труда, ЮНЕСКО и Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ). Кроме того, бюро ООН по социальным вопросам осуществляет наблюдение за всеми конкретными мероприятиями по реабилитации. При Международной организации социального обеспечения создана комиссия по реабилитации. В 1960 г. было организовано Международное общество по реабилитации инвалидов (ИСРД), которое занимается вопросами реабилитации во всех странах мира и работает в контакте с ООН, ЮНЕСКО и Международным Рабочим Бюро (МРБ). Каждые три года ИСРД проводит международные конгрессы. Между конгрессами работает Совет ИСРД и Исполнительный Комитет Совета. В ИСРД входят комиссии, которые занимаются отдельными вопросами реабилитации. При ИСРД имеется информационный центр, который дает информацию по всем вопросам реабилитации.

1.2.2. Методы и этапы медицинской реабилитации

В настоящее время биологическая концепция инвалидности, базирующаяся на анатомо-физиологических нарушениях, сменилась социально-средовой концепцией, базирующейся на нарушении взаимодействия между человеком и окружающим миром. Однако, несмотря на отход от медико-биологического понимания инвалидности и реабилитации, именно последствия болезней, травм или дефектов приводят к ограничению проявлений жизненной активности и требуют соответствующих мер преодоления, в том числе и медицинских. Под ***медицинской реабилитацией*** понимают медицинские меры по преодолению ограничений жизнедеятельности, применяемые к человеку с уже сложившимися стойкими, в большинстве случаев необратимыми, патологическими изменениями, нарушениями функций органов и систем. В ходе медицинской реабилитации эти функции могут быть восстановлены полностью, компенсированы или замещены.

Полное восстановление. Например, после удаления зуба полностью восстанавливается функция щитовидной железы, после удаления одной почки вторая полностью берет на себя ее функцию и т.д.

Компенсация при ограниченном или отсутствующем восстановлении. Например, при неспособности работать кистью из-за ожоговых рубцовых изменений человек приспособляется выполнять всю работу другой рукой.

Ортопедическая или хирургическая замена без восстановления функций: например, пластическая операция по восстановлению косметического дефекта, протез глаза, протез руки.

К медицинской реабилитации можно отнести все виды вмешательств, направленные на восстановление функций органов, систем и организма в целом, на

профилактику и ликвидацию последствий, осложнений и рецидивов заболеваний, на общее физическое состояние, на функционирование нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной систем, опорно-двигательного аппарата, на развитие моторных, сенсорных и интеллектуальных навыков. Эффективность медицинской реабилитации надо рассматривать с точки зрения расширения социального функционирования, появления способности к самообслуживанию, общению, возвращения к профессиональной деятельности и т.п.

Процесс реабилитации подразумевает последовательное включение **трех фаз** - реконвалесценции, адаптации / реадaptации и ресоциализации. *Реконвалесценция* - это фаза выздоровления с восстановлением нарушенных биологических и психологических функций организма. Однако при хронических заболеваниях патология полностью не устраняется, при травме остается физический дефект. Поэтому следующей фазой реабилитационного процесса является *адаптация* как приспособление организма к условиям существования или *реадаптация* как приспособление к условиям жизни на новом функциональном уровне с использованием резервных, компенсаторных способностей.

В отношении детей с врожденными дефектами или рано приобретенными нарушениями функций организма употребляют термин «*абилитация*». Абилитация направлена на формирование новых и усиление имеющихся физических, психических и социальных функций, которые по тем или иным причинам оказались неразвитыми у растущего ребенка. Хроническое заболевание изменяет социальное положение человека и выдвигает перед ним новые проблемы психологического, личностного и социального плана. Содействие в их преодолении является одной из важнейших задач реабилитации - *ресоциализацией*. Если под социализацией понимают особый процесс включения индивида в общество, результат усвоения и активного воспроизводства личностью социального опыта, норм и ценностей, реализуемый в общении и деятельности, то ресоциализацию рассматривают как восстановление разрушенных взаимоотношений индивида с макро- и средой.

Это заключительная фаза, которая определяет эффективность всего предшествующего периода реабилитации и позволяет достичь интеграции в общество. Интеграцию рассматривают как процесс включения индивида в различные типы социальных групп и структур, во все сферы жизнедеятельности общества - от бытовой до политической.

В соответствии с фазами реабилитации, по рекомендации ВОЗ, процесс реабилитации подразделяют на **три этапа**: больничный (стационарный), санаторный и амбулаторный. В пределах каждого этапа решают в том или ином объеме задачи всех видов реабилитации. Эффективность всей системы реабилитации определяется тем, насколько успешно будут решены задачи каждого этапа реабилитации. При этом от того, какие задачи поставлены перед каждым этапом, зависят его продолжительность и организационная структура.

1 этап реабилитации - стационарный. Целью этого этапа реабилитации является восстановление физического и психологического состояния пациента настолько, чтобы он был подготовлен к проведению последующих этапов реабилитации в санатории или амбулаторно-поликлинических условиях.

Среди реабилитационных учреждений стационарного этапа выделяют:

- многопрофильный центр (больница) реабилитации;

- специализированный (однопрофильный) центр (больница) реабилитации;
- отделение (кабинет) многопрофильной реабилитации в многопрофильной больнице общего профиля (участковой, центральной, районной, областной, краевой, республиканской);
- отделение реабилитации в однопрофильной специализированной больнице, клинике, НИИ;
- реабилитационный стационар (отделение, палата) дневного пребывания в больницах.

Стационарный этап реабилитации начинают уже в отделении реанимации или интенсивной терапии, продолжают в одном из профильных отделений больницы и завершают в организуемом при крупных стационарах специализированном реабилитационном отделении, где возможно выполнение индивидуальных программ физических тренировок. На раннем стационарном этапе применяют в соответствии с показаниями лекарственные, хирургические и немедикаментозные средства лечения. Внедрение в клиническую практику современных методов контроля за состоянием больного позволяет оптимизировать физическую нагрузку и обеспечить ее безопасность.

Особое значение на данном этапе приобретает психологическая реабилитация - проведение адекватного состоянию больного и строго индивидуального лечения психотропными препаратами и применение методов психотерапии, для того чтобы повысить стремление больного к выздоровлению, укрепить его уверенность в своих силах и готовность к преодолению факторов риска данного заболевания, а кроме того, вызвать потребность вернуться к трудовой деятельности.

К моменту окончания первого этапа реабилитации желательно добиться восстановления у больного способности к самообслуживанию, нормализации сна и функции пищеварения, нередко нарушенных в связи с более или менее длительной иммобилизацией.

Оценкой итогов реабилитационных мероприятий на стационарном этапе является заключение: клиническое выздоровление при острых заболеваниях или достижение фазы ремиссии при хронических.

2 этап реабилитации - санаторный. По завершении первого этапа реабилитации больной оказывается подготовленным к выполнению последующей программы выздоровления, которую обычно осуществляют в специализированных реабилитационных центрах. Второй этап реабилитации является по существу рубежом между периодом, когда человек находится в статусе больного, и возвращением его к активной социальной деятельности.

К категории санаторно-курортных учреждений, в которых проводят реабилитационные мероприятия, относятся:

- многопрофильные санаторно-курортные учреждения;
- однопрофильные санаторно-курортные учреждения;
- санатории-профилактории.

Во время санаторного этапа реабилитации решают следующие основные задачи: дальнейшее повышение работоспособности больных путем целесообразного выполнения программы физического восстановления с использованием природных и преформированных физических факторов; проведение мероприятий по

устранению или уменьшению психопатологических синдромов в целях достижения психической адаптации; подготовка больных к профессиональной деятельности.

Санаторный этап проходит в форме традиционного санаторно-курортного лечения, а также непосредственно в форме реабилитационного использования специализированных отделений местных загородных санаториев, расположенных обычно в относительном отдалении от промышленных центров и обладающих достаточными средствами для физической реабилитации (гимнастические залы, спортивные площадки, пешеходные маршруты, физиотерапевтические кабинеты, кабинеты трудотерапии и т. д.) и необходимым оснащением, куда больных с определенными нозологическими формами направляют для восстановительного лечения непосредственно из больниц и госпиталей. Это придает санаторному этапу функцию прямого продолжения стационарного этапа.

В задачи психической реабилитации на санаторном этапе входят: нормализация аффективного статуса больного, предупреждение ипохондрического развития личности, устранение проявлений соматогенной астении.

Результатом санаторного этапа реабилитации является физическая и психологическая готовность реабилитируемого приступить к трудовой деятельности.

3 этап реабилитации - амбулаторный. Цель завершающего этапа медицинской реабилитации заключается в поддержании достигнутого ранее уровня физической работоспособности с некоторым ее увеличением у ряда больных, в завершении психологической реабилитации больного уже в условиях возобновления его социальной жизни и трудовой деятельности.

Среди реабилитационных учреждений амбулаторно-поликлинического типа можно выделить:

- амбулаторный центр одно- и многопрофильной реабилитации;
- отделение (кабинет) многопрофильной реабилитации в поликлинике общего профиля;
- отделение (кабинет) реабилитации в специализированной (однопрофильной) поликлинике;
- отделение (кабинет) реабилитации во врачебно-физкультурном диспансере, центре здоровья;
- кабинет реабилитации в сельской врачебной амбулатории;
- реабилитационный дневной стационар в поликлинике;
- реабилитационный стационар на дому.

Амбулаторный этап медицинской реабилитации тесным образом связан с социальной реабилитацией. Именно на данном этапе проводят экспертизу трудоспособности. При этом возможны следующие варианты: полная реабилитация (восстановление на прежней работе); неполная реабилитация (рациональное трудоустройство с облегченными условиями труда); инвалидизация, требующая постоянного диспансерного наблюдения.

Окончательно социально-трудовой реабилитацией занимаются органы социального обеспечения. Большое значение имеют бюро медико-социальной экспертизы (МСЭК). Они не только устанавливают степень потери трудоспособности, но и обеспечивают профессиональную ориентацию, под их контролем проходит переобучение инвалидов новым профессиям. По этим вопросам

МСЭК является связующим звеном между учреждениями социального обеспечения и органами здравоохранения. Трудовая реабилитация не должна заканчиваться трудоустройством реабилитируемого. Она должна быть направлена на повышение трудоспособности индивида и поддержание ее на том оптимальном уровне, который позволяет сохранить его психические и физические возможности. Эта проблема может быть решена путем периодически проводимых курсов медицинской реабилитации, направленных на улучшение показателей здоровья и функционального состояния инвалидов. Другими словами, возможна обратная очередность: по решению МСЭК инвалида направляют в клинику на стационарный этап, где проводят оперативное вмешательство или интенсивный курс медикаментозного лечения, затем - на санаторный и в дальнейшем возвращают на амбулаторный этап реабилитации.

Помимо реабилитационно-медицинских и реабилитационно-экспертных учреждений на основе ведущего направления деятельности принято выделять реабилитационно-образовательные, реабилитационно-социальные и реабилитационно-производственные. Однако это деление очень условно, поскольку деятельность по медико-социальной реабилитации осуществляется в каждом из них. Кроме того, существуют комплексные многопрофильные центры медицинской реабилитации, включающие несколько из указанных выше групп учреждений (смешанного типа). Фактически каждое лечебно-профилактическое и санаторно-курортное учреждение реализует функции медицинской реабилитации больных и инвалидов.

При организации деятельности реабилитационных учреждений важное значение имеет решение кадрового вопроса.

К методам медицинской реабилитации относятся:

- восстановительная терапия,
- реконструктивная хирургия,
- протезирование и ортезирование.

Восстановительная терапия направлена на восстановление или компенсацию нарушенных функций человека, сниженных в результате болезни или травмы, вторичную профилактику заболеваний и их осложнений, восстановление или улучшение трудовых функций либо возвращение дееспособности. Восстановительная терапия проводится на этапе выздоровления или ремиссии. Она включает в себя фармакотерапию и лечение средствами народной медицины, диетическое питание, лечебную физкультуру, методы физического воздействия (массаж, мануальную терапию, физиотерапию, рефлексотерапию, механотерапию), трудотерапию, логопедическую помощь, санитарно-курортное лечение с использованием природных факторов.

В последнее время большое значение приобретает реабилитация инвалидов методами физической культуры (спортивная), которая способствует укреплению физического здоровья, улучшению психического состояния, выработке положительных установок в повседневной жизни.

Реконструктивная хирургия как метод восстановления анатомической целостности и физиологической состоятельности организма включает в себя методики косметологии, органозащищающей и органовосстанавливающей хирургии.

Протезирование - замена частично или полностью утраченного органа искусственным эквивалентом (протезом) с максимальным сохранением индивидуальных особенностей и функциональных способностей.

Ортезирование - компенсация частично или полностью утраченных функций опорно-двигательного аппарата с помощью дополнительных внешних устройств (ортезов), обеспечивающих выполнение этих функций.

Нуждаемость инвалидов в медицинской реабилитации высока. По данным отчета Европейского регионального бюро ВОЗ «О деятельности в области профилактики инвалидности», 20 -25 % стационарных и 40 - 45% амбулаторных больных нуждаются в медицинской реабилитации, так как уже имеют или в ближайшем будущем могут иметь тяжелые необратимые изменения в организме, влекущие социальную недостаточность. Среди инвалидов I группы потребность в медицинской реабилитации испытывают 88,9%, среди инвалидов II группы - 36,6%, среди инвалидов III группы - 40,3 %. Среди людей, инвалидность которых связана с производственными факторами, 40,6 % нуждаются в медицинской реабилитации.

Потребность в медицинской реабилитации у больных с целью предупреждения инвалидности в 8-10 раз больше, чем у инвалидов с целью преодоления последствий инвалидности. Научные исследования воздействия средств медицинской реабилитации отчетливо показали, что при правильно разработанной ее программе к активной жизни можно возвращать 50% тяжелобольных.

1.2.3. Сущность социальной реабилитации

Социальная реабилитация больных и инвалидов - понятие широкое и емкое. Оно включает в себя адаптацию и приспособление инвалида к самому себе, адаптацию его в обществе, в окружающей среде. Больной человек или инвалид должен научиться жить и трудиться в ином качестве, и, кроме того, стремиться по возможности максимально восстановить свой социальный, семейный и профессиональный статус. Помочь ему в этом призвана социальная реабилитация.

Социальная реабилитация инвалидов - это система и процесс определения оптимальных режимов общественной и семейно-бытовой деятельности инвалидов в конкретных социально-средовых условиях и приспособления их к потребностям инвалидов.

Целью социальной реабилитации является восстановление социального статуса личности, обеспечение социальной адаптации в обществе, достижение материальной независимости.

Основными **принципами** социальной реабилитации являются: как можно более раннее начало осуществления реабилитационных мероприятий, непрерывность и поэтапность их проведения, системность и комплексность, индивидуальный подход.

В **задачи** социальной реабилитации входят:

- выявление причин деформаций в развитии, отклонений в поведении, ограничений в возможностях и т.п.
- поиск средств и способов их устранения;
- оптимизация условий жизни, воспитания, обучения и профессиональной деятельности;

- оказание разносторонней помощи индивиду, ограниченного в возможностях самопомощи и самообеспечения;
- построение адекватного коррекционного процесса способствующего развитию нормальной личности и устранению или минимизации ограничений жизнедеятельности.

К **объектам** социальной реабилитации относятся:

- сами реабилитанты (больные, инвалиды, аномальные, девианты, т.д.);
- социальное окружение реабилитантов;
- семья реабилитантов.

В зависимости от характера и специфики перенесенного заболевания у больных и инвалидов возникают различные ограничения жизнедеятельности, которые вызывают те или иные виды социальной недостаточности: нарушение способности; нарушение способности передвижения; нарушение способности к трудовой деятельности; нарушение способности к обучению; нарушение способности к ориентации; нарушение способности к общению; нарушение способности контролировать свое поведение.

Соответственно, в зависимости от того, с какой категорией клиентов приходится работать реабилитологу, выделяют и основные направления социально - реабилитационной деятельности. К таким направлениям, например, относят реабилитацию:

- инвалидов и детей с ограниченными возможностями;
- пожилых и престарелых граждан;
- лиц, отбывших наказание в местах лишения свободы;
- безработных граждан;
- дезадаптированных детей и подростков;
- участников боевых действий;
- жертв природных и техногенных катастроф и ЧС;
- пострадавших от насилия и др.

При этом необходимо уметь разграничивать основные понятия. *Лицо, ограниченное в возможностях* – любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и (или) социальной жизни в силу недостатка его (или ее) физических или умственных возможностей.

Инвалид - лицо, имеющее инвалидность, т.е. стойкое нарушение функций организма в результате заболевания, травм или дефектов, ведущее к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию.

Нетрудоспособный гражданин – лицо, утратившее способность к трудовой деятельности (трудоспособность) на длительное время или постоянно.

Группа риска – группа лиц, в силу имеющихся противоречий и особенностей жизнедеятельности представляющие опасность для нормального функционирования общества.

Выбор объектов социальной реабилитации осуществляется по следующей схеме (рис. 2).

проводят глубокую диагностику личности реабилитанта, анализируют его ближайшее окружение (например, педагоги делают срезы знаний, умений и навыков для оказания педагогической помощи; психологи выявляют личностные характеристики, уровень развития психических процессов для их дальнейшей коррекции; соц. педагоги изучают особенности средовой дезадаптации и проблемы межличностных отношений; соц. работники выявляют особенности социального положения индивида и имеющиеся социально-экономические проблемы и т.п.).

В технологиях социальной реабилитации (в узком смысле слова) можно выделить **два направления** - социально-бытовую и социально-средовую реабилитации, которые, в свою очередь, будут осуществляться путем ориентации, образования, адаптации и устройства в соответствующей социальной среде.

Социально-бытовая реабилитация заключается в приобретении больным или восстановлении утраченных в результате болезни навыков самообслуживания и деятельности в быту, в приспособлении к новым условиям жизни.

Социально-бытовое устройство составляет важный компонент социально-бытовой реабилитации, отражая состояние обеспечения инвалида элементарной комфортностью жилых и вспомогательных помещений. Обеспечению комфортной и безопасной жилой среды в настоящее время уделяется особое внимание со стороны государственных структур. Законодательно для инвалидов предусматриваются увеличение санитарных норм жилой площади, ее архитектурно-планировочные изменения.

В задачи социально-бытовой ориентации входит обучение человека самостоятельно ориентироваться в окружающей обстановке, правильно воспринимать и анализировать ее состояние, адекватно реагировать на изменения, происходящие в ней. В процессе ориентации осуществляется ознакомление инвалида с предметами и окружением социально-бытового назначения (в собственной квартире или специализированном учреждении). Социально-бытовая ориентация особенно важна для лиц с нарушением зрения, психическими расстройствами, при изменении привычной среды обитания.

Большое значение приобретает обучение инвалидов навыкам самообеспечения в быту, персональной сохранности, по вопросам диетотерапии, режима дня, пользованию лекарственными средствами, вспомогательными приборами и техническими устройствами. Важно также обучение и просвещение членов семьи инвалида по различным вопросам: о характере имеющегося у инвалида заболевания, возникающих ограничениях жизнедеятельности, связанных с ними социально-психологических и физиологических проблемах, видах и формах социально-бытовой помощи инвалидам, видах технических средств реабилитации и особенностях их эксплуатации.

Социально-средовая реабилитация имеет своей целью создание оптимальной среды жизнедеятельности инвалида за пределами его жилища, восстановление способности инвалида к жизни в обществе.

Социально-средовая реабилитация подразумевает два процесса - приспособление социальной среды к специфическим возможностям инвалидов, устранение препятствий к независимому существованию в условиях окружающей среды и в производственной сфере, с одной стороны, и обучение инвалида жить в обычном социуме и быть интегрированным в общество - с другой. *Социально-*

средовое образование - это процесс обучения индивида навыкам пользования средой, навыкам перемещения в окружающей среде, пользования транспортом, умению самостоятельно приобретать продукты и вещи, посещать общественные места. Сюда же относится и обучение социальной независимости, направленное на возможность самостоятельного проживания, распоряжаться деньгами, пользоваться гражданскими правами, участвовать в общественной деятельности.

Социальная реабилитация инвалидов - это многоаспектный длительный процесс, неразрывно связанный с медицинской, психологической и профессионально-трудовой реабилитацией.

В неразрывной связи с социальной реабилитацией находится *психологическая коррекция и психосоциальная помощь* в сложных жизненных ситуациях, которые возникают у человека в связи с заболеванием или инвалидизацией. Знание социальными работниками психологических особенностей личности индивида с физическими и психическими дефектами способствует успешной реабилитации и адаптации его в обществе.

К методам социально-психологической реабилитации относят психологическое консультирование, психотерапию, социотерапию, т.е. весь комплекс мероприятий, положительно воздействующих на больного или инвалида и создающих вокруг него психологически благоприятную микросоциальную среду.

Социотерапия - это меры социального терапевтического воздействия, которые стимулируют социальную активность личности и способствуют ее социализации. Методологическую основу социотерапии составляют некоторые психотерапевтические методы, ориентированные на приобретение и развитие социальных навыков, повышение компетентности в анализе ситуации, а также терапия микросредой, терапия занятостью, организация активного досуга, трудотерапия и другие методы реабилитации, которые позволяют улучшить социальное поведение индивида.

В процессе психосоциальной работы осуществляется психокоррекция, которая направлена на исправление недостатков в психическом развитии или поведении в случаях неудовлетворенности личности собой и собственной жизнью.

1.2.4. Содержание и задачи профессиональной реабилитации

Профессиональная реабилитация включает профессиональную ориентацию, профессиональное образование, трудовую адаптацию, трудовое устройство или трудовую занятость.

Основная цель профессиональной реабилитации - обеспечить больному или инвалиду возможность получить или сохранить подходящую работу и тем самым способствовать его социальной интеграции, достижению материальной независимости или повышению доходов и возможности самообеспечения. Права инвалидов на профессиональную реабилитацию закреплены в ряде нормативных документов, основные из которых:

- Закон от 19.02.91 «О занятости населения в Российской Федерации» (с последующими изменениями и дополнениями);
- Закон РФ «Об образовании» в редакции от 13.01.96
- Указ Президента РФ от 25.03.93 «О мерах по профессиональной реабилитации и обеспечению занятости инвалидов»;

- Постановление Министерства труда РФ от 28.09.93 «О перечне приоритетных профессий рабочих и служащих, овладение которыми дает инвалидам наибольшую возможность быть конкурентоспособными на региональных рынках труда»;

- Приказ Федеральной службы занятости России от 28.02.94 «Об утверждении временного положения о специализированных подразделениях по профессиональной реабилитации и обеспечении занятости инвалидов».

Изучение потребности инвалидов в различных видах реабилитации в г. Москве, проведенное ЦИЭТИНом, показало, что 62,6 % инвалидов нуждаются в тех или иных мерах профессиональной реабилитации. Потребность в профессиональной реабилитации особенно высока у инвалидов молодого и среднего возраста - соответственно 82,8 и 78,7% от численности инвалидов указанных возрастных групп.

Основу разработки программы профессиональной реабилитации составляют три компонента.

Оценка вида и степени ограничений жизнедеятельности, в том числе способности к обучению.

Оценка «профессионально-трудовой» составляющей реабилитационной программы, включающая определение характеристик интегральной реакции организма инвалида на трудовую деятельность, оценку их значимости для трудовой деятельности и возможности ее продолжения, определение возможности адаптации к труду путем поддержки адекватного состояния, разработки стратегии трудовой деятельности.

Оценка общего и профессионального образовательного статуса инвалида, включающая комплексный анализ социальных характеристик, связанных с образовательной деятельностью, основных характеристик образовательной деятельности, а также определения соответствия требований, предъявляемых к инвалиду в процессе обучения, его профессионально значимым физиологическим, психофизиологическим и психологическим качествам и определение развития в процессе обучения профессионально важных сенсорных, моторных и мыслительных навыков.

Профессиональное образование – одно из основных, наиболее проблемных направлений профессиональной реабилитации, первоначальным этапом которого является профессиональная ориентация. *Профессиональная ориентация* решает задачи информирования и консультирования инвалидов с целью выбора профессии, режима и условий труда, возможности обучения. Ориентирование осуществляется в области профессий и современного рынка труда, существующих учебных заведений и центров профессиональной переподготовки, предназначенных для лиц с ограниченными возможностями, с целью достижения профессионального оптимального самоопределения человека.

Профессиональная ориентация инвалидов предусматривает комплексный подход с учетом медицинского, психологического и социального аспектов. Неотъемлемую часть профориентации составляет наличие данных, характеризующих профессиональную деятельность. Такой материал содержится в описаниях профессий - *профессиограммах*. В них включаются сведения о формах профессиональной подготовки, описание рабочего места, содержания и условий

труда, описание человека в процессе труда (положительные и отрицательные моменты в работе, трудности, степень ответственности, элемент творчества, психофизиологические качества и медицинские противопоказания, положительные и отрицательные последствия работы для человека), социально-экономические особенности профессии.

Важен учет не только показаний, но и противопоказаний к профессиональной деятельности и в конечном итоге профессиональной пригодности. *Профессионально пригодным* считается тот, чьи психофизиологические возможности и способности соответствуют определенной профессии. С целью оценки профессиональной пригодности проводится психофизиологическая диагностика. Затем с помощью психологических и функциональных тестов производится подбор видов труда, для которых испытуемый считается профессионально пригодным.

При изучении профессионального интереса и склонностей человека следует учитывать, что многие инвалиды, особенно инвалиды детства, неадекватно оценивают свои возможности при выборе будущей профессии. Проводятся разъяснительная работа, коррекция индивидуальных профессиональных планов и притязаний, оказывается психологическая поддержка. Окончательное решение в выборе профессии, учебного заведения, места работы остается за инвалидом. Не допускаются какие-либо формы воздействия на его мотивацию и решение в сфере самоопределения путем сокрытия или изменения информации.

После выбора будущей профессии планируется перечень возможных мер содействия в ее приобретении. Обсуждаются реальные трудности процесса освоения профессии и трудоустройства и возможные пути их преодоления. В настоящее время органами занятости населения, на которые возложены обязанности по профессиональной реабилитации, включая профориентацию и профобучение инвалидов, большое внимание уделяется разработке дифференцированного и гибкого подхода к решению вопросов трудовой экспертизы, позволяющего использовать профессиональную остаточную трудоспособность больных и инвалидов.

При *профессиональном обучении* больных и инвалидов как следующем методе реабилитации должна решаться комплексная задача, в решении которой овладение специальными знаниями, умениями, навыками будет сочетаться с формированием способностей к социально-психологической адаптации. В условиях рыночной экономики необходимо, чтобы профессиональное образование инвалидов предусматривало обучение конкурентоспособным и престижным профессиям, основам предпринимательской деятельности, что будет служить обеспечению равенства возможностей инвалидов в плане занятости.

Профессиональное образование предусматривает систему и процесс овладения знаниями, навыками и умением в области, рекомендуемой профессиональной деятельности.

Профессиональное образование предоставляет больным и инвалидам следующие возможности:

- приобрести квалифицированную профессию, если они ранее ее не имели;
- приобрести другую специальность, если в связи с болезнью или инвалидностью работа по прежней специальности становится невозможной или малопродуктивной;

- повысить имеющуюся квалификацию по выполняемой работе.

При решении вопроса о переобучении необходимо иметь в виду, что основные показания и противопоказания к обучению новой профессии те же, что и при выборе профессии впервые.

Для переобучения выбирается профессия с учетом не только возможности выполнения инвалидом производственных операций, но и максимального использования имеющихся у него знаний и навыков, связанных со старой профессией, с учетом его личных интересов.

Можно отметить три основных пути получения новой профессии:

- самостоятельное переобучение (за обучение инвалид платит сам);
- бесплатное переобучение через службу занятости. Право на это имеют инвалиды III и II групп, I группы - с трудовой рекомендацией;
- поиск работы, не требующей переобучения, или обучение на рабочем месте.

Заключительный этап реабилитации больных и инвалидов – это **трудоустройство**. Оно представляет собой оценку обоснованности экспертного заключения о трудоспособности, профориентационного решения, эффективности процесса предшествующего обучения и всех реабилитационных мероприятий.

Для молодых инвалидов, имеющих недостаточный социальный опыт, важна помощь в развитии и формировании таких социальных навыков, которые повышают вероятность трудоустройства: поиск работы по специальности, умение составлять профессиональное резюме, взаимодействовать с представителями официальных структур, осуществлять поисковые телефонные звонки, умение пользоваться Интернет-ресурсами.

Трудоустройство инвалида осуществляется как в условиях обычного производства (так называемые «защищенные» рабочие места), так и в условиях специально создаваемых предприятий. Последние отличаются от обычных предприятий условиями финансирования, режимом труда и отдыха, нормами производственных заданий.

Специалистам, занимающимся трудоустройством инвалидов, важно иметь базу данных существующих вакансий на производстве, для чего необходимо вести активный поиск потенциальных трудовых мест, поддерживать постоянную связь с руководителями предприятий.

При трудоустройстве инвалида важно не только предусмотреть адаптацию рабочего места к его функциональным возможностям, но и помочь ему в психологической и физиологической адаптации к новым условиям работы и трудовому коллективу.

Организация надомного труда в рамках специализированного предприятия допускается только для лиц, которые имеют необходимые жилищно-бытовые условия, а также практические навыки в определенной работе или профессии (либо могут быть обучены этим навыкам). Конкретный вид работы для надомников подбирается с учетом их профессиональных навыков и состояния здоровья. Предприятие предоставляет инвалиду в бесплатное пользование необходимое оборудование, инструменты, сырье и материалы и обеспечивает реализацию готовой продукции.

1.2.5. Структура системы МСР

Функции и задачи учреждений системы социальной реабилитации. Для проведения реабилитации инвалидов в России создается специальная система. В настоящее время она находится в стадии формирования и не имеет еще достаточно проработанной правовой базы и хорошо развитой инфраструктуры, однако ее организационная схема уже оформляется и включает:

- органы государственной власти независимо от ведомственной принадлежности,
- органы местного самоуправления,
- учреждения различного профиля, осуществляющие деятельность в сфере реабилитации инвалидов.

В системе социальной реабилитации инвалидов можно выделить три уровня управленческих и исполнительских компонентов, негосударственные структуры, а также вертикальные и горизонтальные связи между ними.

Деятельность по социальной реабилитации инвалидов организуется на федеральном, региональном и местном уровнях соответствующими органами исполнительной власти и местного самоуправления и осуществляется находящимися в их ведении учреждениями. Органы исполнительной власти и учреждения имеют разную ведомственную принадлежность и осуществляют функции в сфере социальной реабилитации инвалидов в соответствии с направлением своей основной деятельности.

К органам исполнительной власти и учреждениям, в компетенцию которых входит деятельность, способствующая включению инвалидов в социум, направленная на полноценную реализацию ими своих человеческих прав, на обеспечение возможности обрести независимое существование, могут быть отнесены органы и учреждения социальной защиты населения, образования, здравоохранения, культуры, физкультуры и спорта, архитектуры и градостроительства.

Каждый из них осуществляет социальную реабилитацию инвалидов в своей сфере, своими методами и средствами, но все должны использовать единую методологическую основу и преследовать единую цель - социальную интеграцию инвалидов. Сфера деятельности каждого из них в области социальной реабилитации инвалидов устанавливается с учетом структуры органов власти каждого уровня на основе их ведомственной принадлежности, а также с учетом разделения полномочий между федеральным, региональным и местным уровнем.

В целом федеральные, региональные и муниципальные органы власти и управления имеют сходные направления деятельности в сфере социальной реабилитации инвалидов, но осуществляемые органом каждого уровня в пределах его компетенции и полномочий. Это следующие направления:

- реализация единой государственной политики в сфере реабилитации инвалидов (региональными и муниципальными органами - с учетом социально-экономических, географических и климатических особенностей);
- разработка и принятие нормативных актов соответствующего уровня по социальной реабилитации инвалидов;
- контроль за соблюдением законодательства в области социальной реабилитации инвалидов;

- определение расходов на социальную реабилитацию инвалидов за счет средств соответствующего бюджета;
- включение мероприятий по социальной реабилитации инвалидов в целевые программы соответствующего уровня;
- применение единых научных и методических основ социальной реабилитации инвалидов, соблюдение преемственности на всех уровнях и во всех направлениях реабилитации;
- создание учреждений соответствующего уровня, осуществляющих деятельность в сфере социальной реабилитации инвалидов, и руководство ими;
- организация обучения специалистов в области социальной реабилитации инвалидов на базе единых требований.

Разделение полномочий между федеральными и региональными органами исполнительной власти в рассматриваемой сфере определено Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», а между региональными и муниципальными органами - законами о социальной защите инвалидов, принятыми в субъектах Российской Федерации.

Реабилитационные учреждения. В структуру системы социальной реабилитации инвалидов входят также реабилитационные учреждения различных организационно-правовых форм и форм собственности. Правовой основой их деятельности служит совместное постановление Минтруда, Минздрава и Минобразования России «Об утверждении Примерного положения о реабилитационном учреждении» (1996).

Среди реабилитационных учреждений выделяют следующие:

- государственные, которые учреждают федеральные органы власти или органы власти субъекта Российской Федерации;
- муниципальные, которые учреждают органы местного самоуправления;
- негосударственные, которые учреждают общественные или религиозные организации, физические или юридические лица.

На основе ведущего направления деятельности реабилитационные учреждения могут быть классифицированы следующим образом:

- реабилитационно-экспертные;
- реабилитационно-образовательные;
- реабилитационно-социальные;
- реабилитационно-медицинские;
- реабилитационно-производственные.

Однако это разделение весьма условно, поскольку деятельность по социальной реабилитации инвалидов осуществляется в каждом из них, так как социально значимый эффект присутствует во всех реабилитационных мероприятиях. Кроме того, реабилитационные учреждения, осуществляющие свою деятельность исключительно в каком-либо одном направлении, количественно существенно сократились, уступив место учреждениям, осуществляющим комплексную реабилитацию. Мероприятия по социальной реабилитации инвалидов все в большей степени включаются в деятельность реабилитационных учреждений любой направленности. В первую очередь это относится к мероприятиям

социально-средового, социально-бытового, психологического, юридического, социокультурного, спортивно-оздоровительного характера.

К задачам реабилитационно-экспертного учреждения относятся определение реабилитационного потенциала инвалидов и составление индивидуальных программ реабилитации.

К задачам реабилитационных учреждений другой направленности относятся детализация индивидуальных программ реабилитации инвалидов, составление индивидуальных планов реабилитации по каждому направлению и их реализация.

Для решения поставленных задач оптимальная структура реабилитационных учреждений может включать следующие подразделения:

отдел программирования процесса реабилитации, который изучает структуру потребностей, круг интересов, уровень притязаний инвалидов, оценивает возможности самостоятельной жизнедеятельности, с учетом полученных результатов разрабатывает содержание и порядок проведения процесса реабилитации;

отдел социально-бытовой адаптации, который проводит мероприятия по восстановлению способностей инвалида к ведению хозяйства, независимой бытовой деятельности, самообслуживанию, по подбору бытовых технических средств и обучению пользованию ими, разработке индивидуальных решений оборудования жилья, адаптационному обучению семьи. Для выполнения этих функций оборудуются кабинеты по обучению навыкам приготовления и приема пищи, выполнения санитарно-гигиенических процедур, одевания, ухода за жильем, чтения, письма, домашних игр, создаются кабинеты для обучения пользованию бытовыми техническими средствами реабилитации, протезно-ортопедическими изделиями, средствами передвижения;

отдел социально-средовой ориентации, который предназначен для определения структуры наиболее развитых функций инвалида, на основе которых осуществляется общественная, семейная и профессиональная деятельность. В процессе социально-средовой ориентации проводится обучение персональной сохранности, социальной коммуникативности, навыкам проведения культурного отдыха и досуга, привлечение к занятиям физкультурой, спортом, туризмом, стимулируется побуждение к здоровому образу жизни;

отдел психологической реабилитации, который предназначен для определения структуры и степени нарушения психики инвалида, особенностей личности, установки на реабилитацию, уровня социальной адаптации, для проведения психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий, психологического консультирования. Для решения этих задач оборудуются кабинеты по психодиагностике социально-психологических особенностей, асоциальных наклонностей, способностей к адаптации в микро- и макросоциальной среде, кабинеты для индивидуальных, семейных и групповых консультаций, занятий и тренингов;

отдел профессиональной реабилитации, который предназначен для реализации мер вовлечения инвалида в активную трудовую деятельность. К таким мерам относятся профессиональная ориентация по вопросам выбора профессии, ее соответствия возможностям и наклонностям инвалида; формирование положительной трудовой установки; определение рекомендуемых видов и форм

трудовой деятельности; профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве. С целью осуществления этих мер оборудуются кабинеты для освоения различных профессий, оценки профессиональной пригодности, определения оптимального уровня производственных нагрузок, обучения навыкам предпринимательской деятельности, активного поведения на рынке труда и повышения конкурентоспособности;

отделение медицинской реабилитации, которое предназначено для осуществления комплекса мер, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных психофизиологических функций посредством восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования, а также для медицинского контроля реабилитационных и спортивно-оздоровительных мероприятий;

информационно-консультативное отделение, которое предназначено для консультирования инвалидов, членов их семей, общественных организаций по вопросам реабилитации, оказания правовой помощи, для информирования инвалидов в доступной форме об их правах и обязанностях, представления интересов инвалидов в различных инстанциях. В отделении оборудуются кабинеты консультативно-правового просвещения, кабинет статистики, ведутся статистическая отчетность, ее анализ;

организационно-методическое отделение, которое предназначено для методического обеспечения деятельности реабилитационных учреждений различных типов, видов и уровней.

Кроме перечисленных, в состав реабилитационного учреждения могут также входить опытно-конструкторские мастерские по изготовлению и ремонту технических средств реабилитации, культурно-досуговой и спортивно-оздоровительный комплексы. В зависимости от ведущего направления деятельности реабилитационного учреждения в нем могут преобладать те или иные структурные подразделения, предназначенные для различных аспектов реабилитации инвалидов.

Все реабилитационные учреждения на территории Российской Федерации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, а также ведомственной принадлежности и ведущего направления деятельности являются объектами действия федеральных законов Российской Федерации. Учреждения действуют на основании уставов, реабилитационные отделения в составе различных учреждений действуют на основании положений об этих отделениях.

Тип и вид реабилитационного учреждения устанавливается при его аккредитации.

К числу учреждений, осуществляющих функции по социальной реабилитации инвалидов, относятся следующие:

- федеральные научно-практические центры медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;
- региональные центры медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;
- центры реабилитации инвалидов;
- центры социального обслуживания; -стационарные учреждения социального обслуживания;
- центры социально-психологической помощи населению;

- протезно-ортопедические предприятия;
- центры технических средств реабилитации инвалидов;
- специализированные реабилитационно-производственные предприятия инвалидов;
- специализированные центры медицинской реабилитации;
- стационарные, амбулаторные и диспансерные лечебно-профилактические учреждения;
- санаторно-курортные учреждения;
- коррекционные и специализированные детские дошкольные учреждения (отделения, группы);
- коррекционные и специализированные учреждения (отделения, группы) начального и среднего общего образования;
- коррекционные и специализированные учреждения (отделения, группы) начального профессионального, среднего специального и высшего образования;
- учреждения образования разного уровня, осуществляющие интегрированное воспитание, образование и профессиональное обучение инвалидов;
- центры профессиональной ориентации и реабилитации инвалидов при органах занятости населения;
- методические центры профориентации и трудоустройства инвалидов;
- центры социальной помощи семье и детям;
- центры социальной реабилитации детей и подростков;
- учреждения социокультурной реабилитации инвалидов (библиотеки, клубы, дома культуры, дворцы детского творчества, центры культуры и искусства, центры народного творчества, музеи, театры);
- физкультурно-оздоровительные учреждения (физкультурные диспансеры, стадионы, спортивные школы, спортивно-оздоровительные центры, туристические базы, физкультурные клубы).

В настоящее время в субъектах Российской Федерации появляются новые разнообразные типы учреждений социальной реабилитации, отражающие приоритеты региональной политики в отношении инвалидов, а также экономические, географические, демографические, социологические и иные особенности региона. Реабилитационные учреждения должны располагаться в зданиях, оборудованных для беспрепятственного доступа инвалидов с любыми ограничениями жизнедеятельности, располагающих основными видами коммунального благоустройства.

Учреждения социальной реабилитации могут осуществлять свою деятельность в различных режимах. Наиболее распространенными являются амбулаторный, стационарный, режим дневного пребывания, временного пребывания, постоянного проживания, выходного дня, диспансерного наблюдения.

В системе социальной реабилитации инвалидов имеются учреждения различной ведомственной принадлежности. Однако учреждения системы социальной защиты населения занимают среди них особое место. Согласно Закону «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» они осуществляют координацию реабилитационной деятельности, обеспечивают преемственность и

оценивают эффективность проведенного комплекса реабилитационных мероприятий. Наряду с этим на учреждения социальной защиты населения возложено осуществление одного из важнейших аспектов реабилитации - социально-бытовой адаптации и социально-средовой ориентации инвалидов.

1.3. Нормативно-правовые основы медико-социальной реабилитации

1.3.1. Международные правовые документы по проблемам людей с ограниченными возможностями

1.3.2. Обеспечение равных возможностей для людей с ограниченными возможностями на государственном уровне

1.3.3. Обеспечение равных возможностей для людей с ограниченными возможностями на региональном уровне

1.3.1. Международные правовые документы по проблемам людей с ограниченными возможностями

Формирование политики в отношении инвалидов имеет свою мировую историю. Длительное время права инвалидов являются объектом пристального внимания ООН и других международных организаций (МОТ, ЮНЕСКО, ЮНИС и др.). Основное направление, которое прослеживается в развитии политики, - это переход от социальной защищенности к гражданскому равенству инвалидов.

В Рекомендациях к реабилитационным программам Парламентской ассамблеи Совета Европы от 5 мая 1992 г. отмечается, что инвалидность - это ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества. В этом определении инвалидность имеет не столько медицинское, сколько социальное понятие и рассматривается как одна из форм социального неравенства.

Все международные документы условно можно разделить на две большие группы: касающиеся прав человека вообще, а значит, и лиц с ограниченными возможностями здоровья, и отдельно касающиеся прав инвалидов. Любой из этих документов не содержит положений, ограничивающих инвалидов с физическими или умственными недостатками в каких бы то ни было правах, предназначенных для людей других социальных категорий.

К основополагающим документам мирового сообщества в отношении прав инвалидов относятся Всеобщая декларация прав человека, принятая в 1948 г., и Декларация социального прогресса и развития, провозглашенная Генеральной Ассамблеей ООН в 1969 г. *Всеобщая декларация прав человека* указывает, что «все люди рождаются свободными и равными в правах и достоинстве», «всякий может располагать всеми правами и свободами без различий любого свойства», «каждый имеет право на жизнь без всяких условий и ограничений», «все равны перед законом и имеют право на защиту против любой дискриминации», «каждый имеет право на нормальную жизнь в случае безработицы, болезни, инвалидности».

Декларация социального прогресса и развития также содержит положения, направленные на защиту инвалидов, на предотвращение какой бы то ни было дискриминации. Среди актов Совета Европы необходимо назвать *Европейскую конвенцию о социальном обеспечении* и *Европейскую конвенцию о социальной и медицинской помощи*. Они содержат положения о праве каждого человека на медицинскую помощь, социальную защиту, профессиональную подготовку, труд, жилье, благосостояние. Распространяясь на всех людей, эти права относятся в равной мере и к инвалидам.

Конвенция о правах ребенка включает статью о защите ребенка от всех форм физического и психологического насилия. В ней отмечается, что «неполноценный в умственном и физическом отношении ребенок должен вести полноценную жизнь в условиях, которые обеспечивают его достоинство, способствуют его уверенности в себе и облегчают его активное участие в жизни общества». Таким детям должен быть обеспечен доступ к услугам в области медицинского обслуживания, образования, профессиональной подготовки, улучшения здоровья, подготовки к трудовой деятельности, а также доступ к средствам отдыха.

Признание международным сообществом за инвалидами равных прав, однако, не позволяет отрицать, что объективно инвалиды представляют собой социальную группу, имеющую определенные особенности, заключающиеся в наличии ограничений жизнедеятельности. Именно этому посвящена вторая группа международных документов, нацеливающих государства на деятельность по удовлетворению особых потребностей инвалидов и созданию реальных условий для их медико-социальной реабилитации.

Место программного документа в этой группе занимает *Декларация о правах инвалидов*, принятая в 1975 г. В данном международном документе подчеркивается, что инвалиды должны быть защищены от какой бы то ни было эксплуатации, они имеют право на уважение их человеческого достоинства, на меры, предназначенные для того, чтобы получить возможность приобрести как можно большую самостоятельность. По мнению экспертов ООН, основные права, которые должны быть гарантированы инвалиду и на основе которых определяется степень соответствия национальной политики государства международным стандартам, - это права на образование и труд, на вступление в брак, на родительство, право обращения в суд, право на неприкосновенность частной жизни и собственности, а также политические права.

Инвалиды имеют право на социально-медицинскую помощь и реабилитацию, позволяющие им полностью интегрироваться в общество. Для этого декларация впервые за всю историю человечества рекомендует государствам обеспечить инвалидам важнейшие права:

- на медицинскую, психологическую и социальную реабилитацию, протезно-ортопедическую помощь;
- на профессиональную подготовку и трудоустройство;
- на различные виды социального обслуживания;
- на экономическое и социальное обеспечение;
- право на то, чтобы особые нужды инвалидов учитывались на всех стадиях экономического и социального планирования;
- право на квалифицированную юридическую помощь;

– право инвалидов, их семей и общин на свободный доступ к информации, содержащейся в настоящей декларации.

Права инвалидов с умственными недостатками на медико-социальную реабилитацию отражены в *Декларации о правах умственно отсталых лиц*, принятой Генеральной Ассамблеей ООН в 1971 г. Согласно декларации умственно отсталое лицо имеет право на медицинское обслуживание и лечение, удовлетворительный жизненный уровень, на образование, обучение и восстановление способности к труду в равной степени с другими людьми.

1981 г. был объявлен Генеральной Ассамблеей ООН Международным годом инвалидов под лозунгом «Полное участие и равенство». С целью привлечения внимания правительств и общественности к проблеме инвалидов в 1982 г. Генеральной Ассамблеей ООН принята *Всемирная программа действий* по предупреждению инвалидности и реабилитации инвалидов. Она нацеливает страны на полное участие инвалидов в общественной жизни, на их развитие и равенство. Три рабочие задачи программы посвящены профилактике инвалидности, медико-социальной реабилитации инвалидов и расширению их прав на равные возможности и повышение качества жизни.

В 1983 г. принята резолюция о мерах по осуществлению всемирной программы действия защиты инвалидов. 1984-1993 гг. были объявлены Десятилетием инвалидов, в течение которого предусматривалось осуществить положения этой программы. В 1987 г. состоялось глобальное совещание экспертов в Стокгольме по оценке хода осуществления Всемирной программы действий и внесены важные замечания по ее реализации. В 1990 г. принята *Всемирная декларация по обеспечению выживания, защиты и развития детей*.

На основе опыта, приобретенного в течение Десятилетия инвалидов, и ряда международных документов, касающихся прав инвалидов, в 1993 г. Генеральной Ассамблеей ООН были сформулированы *Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов*. Хотя правила и не вводятся принудительно, они могут стать общими международными стандартами, если их примет большинство государств, стремящихся уважать международные законы. Правила предполагают наличие глубокой моральной и политической мотивации со стороны государства к созданию равных возможностей для инвалидов.

Стандартные правила стали основным международным документом, фиксирующим базовые принципы медико-социальной реабилитации инвалидов. В них даны конкретные рекомендации государствам по принятию необходимых мер для полного участия инвалидов в общественной жизни.

Стандартные правила включают современные понятия инвалидности, профилактики инвалидности, медико-социальной реабилитации и обеспечения равных возможностей. В них обращается внимание на то, что «процесс реабилитации не предполагает лишь оказание медицинской помощи», он «включает в себя широкий круг мер и деятельности по реабилитации». Реабилитация понимается как достижение инвалидами оптимального физического, психического и социального уровня деятельности, а также обеспечение равных возможностей. Это означает «процесс, благодаря которому различные системы общества и окружающей среды, такие как обслуживание, трудовая деятельность, информация, становятся доступными инвалидам».

В 1994 г. была разработана долгосрочная *Стратегия осуществления Всемирной программы действий в отношении инвалидов до 2000 года* и далее, которая предусматривает механизм реализации целей, отраженных в резолюции «Общество для всех к 2010 году». В программе затронуты вопросы искоренения нищеты инвалидов, расширения их полезной занятости и сокращения безработицы, социальной интеграции инвалидов.

В 1999 г. на Ассамблее Международной реабилитации в Лондоне принята *Хартия третьего тысячелетия*, отражающая стремление создать «мир с равными возможностями для инвалидов и обеспечить полноценную включенность этой категории населения во все сферы жизни общества». Хартия предлагает рассматривать «инвалидность как одно из многообразных проявлений человеческой жизни, так как 10% жителей планеты имеют врожденные или приобретенные ограничения жизнедеятельности». Она нацеливает на то, «чтобы каждый инвалид получал реабилитационное обслуживание для оптимизации психического, физического и функционального состояния с целью достижения возможности ведения самостоятельного образа жизни».

Европейский союз в декабре 2000 г. провозгласил *Хартию основных прав*, которая запрещает дискриминацию на любых основаниях, включая инвалидность. В ней говорится о том, что «Европейский союз признает и уважает права инвалидов пользоваться плодами мер, предназначенных для обеспечения их самостоятельности, социальной и профессиональной интеграции и участия в жизни общества».

В Европе в мае 2001 г. Европейская комиссия приняла предложение провозгласить 2003 г. годом инвалидов для того, чтобы повысить информированность общественности о правах инвалидов на защиту от дискриминации и на полное и равное пользования своими правами.

Изменившиеся социально-политические условия создают предпосылки для осмысления и понимания, что социальная защита инвалидов является не узковедомственной, а общегосударственной проблемой, затрагивающей интересы всего общества.

Основные принципы политики в решении проблемы инвалидности, разработанные международным сообществом, сводятся к следующим положениям:

1. правительство ответственно за внедрение системы, которая работает на устранение условий, ведущих к инвалидности, и решение вопросов, связанных с последствиями инвалидности;
2. государство должно обеспечивать инвалидам возможность достигнуть одинакового по сравнению с согражданами уровня жизни, в том числе и в сфере доходов, образования, занятости, здравоохранения, участия в общественной жизни;
3. за инвалидами должны быть признаны права и обязанности граждан данного общества.

В настоящее время ООН разработаны стандарты, которые позволяют оценивать политику каждой страны в отношении инвалидов. Основными формализованными критериями такой оценки выступают:

- наличие официально принятой политики в отношении инвалидов;
- наличие специального антидискриминационного законодательства в отношении инвалидов;

- координация национальной политики по отношению к инвалидам;
- наличие судебных и административных механизмов реализации прав инвалидов;
- наличие неправительственных организаций инвалидов;
- доступ инвалидов к реализации гражданских прав, в том числе права на труд, образование, создание семьи, неприкосновенность частной жизни, собственности, а также политических прав;
- наличие системы льгот и компенсаций для инвалидов;
- доступность для инвалидов физической и информационной среды.

1.3.2. Обеспечение равных возможностей для людей с ограниченными возможностями на государственном уровне

В компетенции государства находятся способы признания, обеспечения и реализации прав и обязанностей инвалидов как членов общества.

Государство и общество должны стремиться к равнодоступности в отношении инвалидов на всей территории страны независимо от места их проживания. Общество обязано адаптировать существующие в нем стандарты к особым нуждам людей, имеющих инвалидность, для того, чтобы они могли жить независимой жизнью. Государство, обеспечивая социальную защищенность инвалидов, призвано создавать им необходимые условия для индивидуального развития, получения общего и профессионального образования, реализации творческих и производственных возможностей и способностей путем учета реальных потребностей. Инвалиды и их организации должны быть активными партнерами в этом процессе.

Социальная политика в отношении инвалидов осуществляется на разных уровнях. Первый уровень - это учредительные акты, декларации, пакты, конвенции, рекомендации и резолюции международных организаций.

Второй уровень - государственный: юридические акты федерального значения, включая федеральные законы, указы Президента и Правительства Российской Федерации. Сюда относится также деятельность Министерства социального развития и здравоохранения, Министерства образования и науки и т.д., а также подведомственных учреждений.

Третий уровень - деятельность региональных и муниципальных учреждений, которые руководствуются законодательными актами высшего уровня и нормативно-правовыми документами субъектов федерации. На этом уровне в зависимости от потребностей формируется организационная структура службы и осуществляется непосредственное медико-социальное обслуживание инвалидов.

Кроме государственных учреждений в формировании и реализации социальной политики в отношении инвалидов участвует *неправительственный сектор*. К нему относятся различные коммерческие и общественные организации, например Всероссийское общество инвалидов, Всероссийское общество глухих, различные благотворительные фонды и ассоциации, группы самопомощи и другие гражданские инициативы.

Современная социальная политика по отношению к лицам, имеющим инвалидность, предусматривает два основных направления:

1. С точки зрения общественных, государственных проблем - изменение общественного мнения к проблеме инвалидности, формирование среды жизнедеятельности, создание системы медико-социальной реабилитации и рационального трудоустройства, обеспечение гражданского равенства.

2. С точки зрения отдельного индивида - обеспечение индивидуальных потребностей в медицинских, психологических, социальных и других реабилитационных мероприятиях, направленных на достижение максимально возможного личного и социального статуса.

Для эффективного решения многочисленных проблем инвалидов необходимо формирование системы реабилитации инвалидов на федеральном и региональном уровнях, оптимальное функционирование которой может осуществляться лишь на базе единых организационно-правовых и методических основ.

В России к законодательным документам, имеющим особое значение для определения прав и обязанностей инвалидов и касающихся правовой защиты интересов, относятся Конституция РФ, принятая в 1991 г., и федеральные законы «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», принятые в 1995 г.

Конституция РФ и нормативно-правовые акты, конкретизирующие и наполняющие реальным содержанием социальные права, свободы и обязанности личности, составляют то правовое пространство, в котором функционирует социальный механизм защиты интересов человека. Конституция служит основным законом государства, регламентирующим основы общественного и государственного устройства, основные права и обязанности граждан.

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» стал важным документом, направленным на усиление социальной защиты инвалидов с позиций современной концепции инвалидности. Согласно закону под социальной защитой понимается система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия их компенсации ограниченной жизнедеятельности и направленных на создание им равных возможностей для участия в жизни общества.

Законом определены основные направления государственной политики в области социальной защиты инвалидов и органы, ответственные за ее исполнение; разработаны меры по совершенствованию медико-социальной экспертизы и созданию государственной службы реабилитации инвалидов, обеспечению гарантий по предоставлению льгот инвалидам и созданию оптимальных условий жизнедеятельности, соблюдению прав на образование, труд, отдых и медико-социальную помощь. Определены также права и льготы общественных организаций инвалидов. В результате работы, проведенной федеральными органами исполнительной власти при участии общественных организаций инвалидов, во исполнение закона к настоящему времени принят ряд постановлений и распоряжений Правительства Российской Федерации. К наиболее важным постановлениям, защищающим инвалидов с социально-экономической точки зрения, можно отнести следующие:

- о порядке признания граждан инвалидами;
- о предоставлении льгот инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов;

- об утверждении перечня заболеваний, дающих право на получение дополнительной жилой площади;
- об обеспечении жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг;
- о предоставлении инвалидам автотранспортных средств.

Ряд документов касается развития медико-социальной помощи инвалидам:

- о государственной службе медико-социальной экспертизы;
- о классификации критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы;
- об образовании межведомственной комиссии по координации деятельности в сфере реабилитации инвалидов;
- примерное положение о реабилитационном учреждении;
- об обеспечении инвалидов техническими и иными средствами реабилитации.

Разработаны нормативно-правовые документы, закрепляющие права инвалидов на обучение, досуг и получение информации:

- о порядке воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и вне государственных образовательных учреждений;
- о мерах по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к информации и объектам социальной инфраструктуры и др.

Согласно закону особые права инвалидам предоставляются во всех жизненно важных областях: здравоохранении, социальном обеспечении, реабилитации, образовании, занятости.

В настоящее время Россия проходит путь от принятия полной государственной ответственности за социально-экономическое обеспечение инвалидов к признанию инвалида политическим и полноценным гражданином страны.

1.3.3. Обеспечение равных возможностей для людей с ограниченными возможностями на региональном уровне

В Республике Адыгея действуют несколько законов, в области реабилитации и поддержки инвалидов и лиц с ограниченными возможностями.

Закон Республики Адыгея «О квотировании рабочих мест и минимальном количестве специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов» (от 30 июля 2014 года №331) принят в целях реализации Федеральных законов «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995) и «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» (1998). Закон определяет категории граждан, для трудоустройства которых устанавливается квота. К ним относятся: 1) инвалиды, имеющие рекомендации к труду в соответствии с индивидуальной программой реабилитации; 2) дети в возрасте от 15 до 18 лет. В законе РА также определяются квоты для приема на работу этих категорий граждан, в следующих размерах:

1) для работодателей, численность работников которых превышает 100 человек, - в размере 4% среднесписочной численности работников, из которых 3% - для трудоустройства инвалидов и 1% - для трудоустройства детей;

2) для работодателей, численность работников которых составляет не менее 35 человек и не более 100 человек, - в размере 3% среднесписочной численности работников, из которых 2% - для трудоустройства инвалидов и 1% - для трудоустройства детей, но не менее 1 человека.

Минимальное количество специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов устанавливается Кабинетом Министров Республики Адыгея для каждого предприятия, учреждения, организации в пределах установленной квоты для приема на работу инвалидов.

В целях обеспечения беспрепятственного доступа к приоритетным объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов (здравоохранение, социальная защита, образование, спорт и физическая культура, культура, информация и связь, транспорт) и других маломобильных групп населения (людей, испытывающих затруднения при самостоятельном передвижении, получении услуг, необходимой информации) в Республике Адыгея была разработана программа «Доступная среда». Сейчас действует программа, разработанная на 2014-2015 гг. в задачи которой входит:

1) совершенствование нормативной правовой и организационной основы формирования доступной среды жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения;

2) повышение уровня доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения;

3) повышение доступности и качества реабилитационных услуг (развитие системы реабилитации и социальной интеграции инвалидов);

4) информационно-методическое и кадровое обеспечение системы реабилитации и социальной интеграции инвалидов;

5) преодоление социальной разобщенности в обществе и формирование позитивного отношения к проблемам инвалидов и к проблеме обеспечения доступной среды жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения.

В программе «Доступная среда» также приводится перечень комплексных мероприятий, направленных на обеспечение доступности к приоритетным объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности лиц с ограниченными возможностями, данные об объемах и источниках финансирования, дается оценка эффективности реализации данной государственной программы.

1.4. Инвалид и инвалидность: сущность понятий, причины,

динамика, социальные проблемы

1.4.1. Характеристика основных понятий и причины инвалидности

1.4.2. Динамические показатели инвалидности

1.4.3. Сущность понятия «инвалид» и «инвалидность»

1.4.4. Социальные барьеры людей с ограниченными возможностями

1.4.1. Характеристика основных понятий и причины инвалидности

Социальные условия определяют развитие, формирование и функционирование человека как личности, могут способствовать сохранению физического и психического здоровья или оказывать патогенное воздействие на него.

К наиболее значимым социальным факторам, существенно влияющим на здоровье, относятся:

– экономические (жизненный уровень населения, переход от одной экономической структуры к другой);

– политические (приоритеты государственной политики, изменения в структуре системы управления, международные отношения);

– демографические (изменение численности народонаселения, вероятной продолжительности жизни, превалирование в населении региона представителей определенных возрастных, половых и национальных групп);

– научно-технические (изменения в степени сложности и продуктивности производственных процессов, связанные с этим перемены в уровне профессиональной подготовки кадров, в характере коммуникативных процессов, в уровне безработицы и т.д.);

– образовательные (изменение объемов и сроков обучения и т.д.) и др.

В последнее время здоровье все более связывают с качеством жизни. Под *качеством жизни* понимается удовлетворение индивидом важнейших сторон жизнедеятельности и потребностей и наличие условий, позволяющих вести активную в биологическом и социальном плане жизнь. Это определение подчеркивает субъективность понятия качества жизни, включает как позитивные, так и негативные аспекты жизни и является многомерным. Основными параметрами качества жизни служат:

– физическое и психическое функционирование, материальная жизнь (доход, жилье и т.д.);

– социальные отношения, духовная жизнь (ориентация на будущее, религиозность, индивидуальные убеждения и т.д.);

– уровень независимости, окружающая среда.

Факторы образа и условий жизни, понижающие качество жизни, оказывают непосредственное биологическое или стрессогенное воздействие. Сила стресса наиболее велика в ситуациях, в которых у индивида мало возможностей самому определять свою судьбу или эти возможности в силу каких-либо причин ограничены: потеря близких людей; физическое или психическое насилие; собственное тяжелое,

инвалидизирующее заболевание или угрожающее жизни заболевание близких; угроза потери работы и собственно безработица; производственные и семейные конфликты; природные и техногенные катастрофы.

К биологическим факторам риска для здоровья человека относят избыточную массу тела, гиподинамию, нерациональное питание, психическое или физическое перенапряжение, злоупотребление алкоголем, курение и т.д. К группам повышенного риска для здоровья относятся следующие социальные категории населения:

- лица, пережившие смерть близкого человека, разрушение семьи;
- дети из неблагополучных семей, отверженные родителями;
- жертвы физического, психического или сексуального насилия;
- родственники людей, имеющих тяжелое хроническое соматическое или психическое заболевание;
- бездомные, безработные, очень бедные;
- лица, находящиеся в учреждениях закрытого типа (интернатах, тюрьмах и т.д.).

Для оценки здоровья нации пользуются понятием «общественное здоровье». *Общественное здоровье* характеризуется уровнем здоровья популяции, распространенностью в ней заболеваний, особенно социальных (инфекционных, психических, алкоголизма и наркомании, умственной неполноценности), суицидов.

Здоровье населения относится к наиболее значимым социальным ценностям, как для отдельного индивида, так и для всего общества и государства. Среди основных показателей отношения государства к здоровью нации - экологическая обстановка, соблюдение международных стандартов по обеспечению безопасности жизнедеятельности на производстве, соблюдение законодательства в отношении здоровья граждан, доступность и качество медицинской и социально-реабилитационной помощи.

Изучением состояния здоровья населения занимается наука *эпидемиология*. Эпидемиология пользуется понятиями, определяющими количественные критерии здоровья или, вернее, нездоровья. Основные из них - заболеваемость, болезненность и инвалидность. Количественные показатели состояния и динамики здоровья населения изучаются и отражаются медицинской статистикой. *Заболеваемость* отражает число новых случаев болезни, возникающих в определенной социальной группе или у населения в целом за единицу времени, чаще всего - за год. Уровень заболеваемости и ее структура различны в разных возрастно-половых, профессиональных и других группах населения. *Болезненность*, или распространенность заболевания, - это число больных с изучаемым заболеванием, которое имеется в определенной популяции в данное время. Один из важных показателей состояния здоровья населения - *инвалидность*. При оценке инвалидности пользуются статистическими данными об общем числе инвалидов среди населения и числе больных с впервые в данном году установленной инвалидностью (первичной инвалидностью).

Масштаб инвалидности зависит от множества факторов:

- состояния здоровья нации (в том числе состояния генофонда);
- повышенного травматизма (бытового, транспортного, производственного) и неадекватного выхода из последствий травм;

- несвоевременного биологического старения населения;
- развития системы здравоохранения;
- социально-экономического развития, влияющего на качество жизни;
- состояния экологии, исторического фона;
- роста социальной агрессивности общества, политических причин, в частности участия страны в войнах и военных конфликтах.

1.4.2. Динамические показатели инвалидности

Статистический показатель инвалидности зависит не только от здоровья нации и многих социальных факторов, но и от методов сбора информации, нормативно-правовых основ для оформления инвалидности. Несмотря на неизбежные погрешности в статистической отчетности, эпидемиологические и статистические данные могут служить основой для определения государственной политики в развитии системы охраны здоровья, которая должна включать не только компоненты медицинской службы, но и все виды социальной помощи.

На протяжении многих лет наблюдается неблагоприятная динамика состояния здоровья населения: только за 1998 - 2002 гг. общая заболеваемость возросла на 15,1%, число инвалидов увеличилось в 3 раза. О том, что ситуация близка к национальной катастрофе, говорит и соотношение рождаемости и смертности: в 2001 г. в России рождалось 8,4, а умирало 14,7 человека из расчета на тысячу.

Рост числа заболеваний регистрируется по большинству классов болезней. Особое беспокойство вызывает стремительный рост числа заболеваний, относящихся к разряду социально обусловленных (сердечно-сосудистые заболевания, онкологические, туберкулез, несчастные случаи, травмы и отравления, психические и наркологические заболевания, передающиеся половым путем и др.), которые являются основной причиной смертности, временной утраты трудоспособности и инвалидизации, в том числе в трудоспособном возрасте.

По официальной статистике за 10-летний период (с 1990г.) на учете в органах социальной защиты населения субъектов Российской Федерации в численность инвалидов превысила 10 млн. человек и продолжает расти (рис. 3).

Среди впервые признанных инвалидами лица трудоспособного возраста составляют 51,3 %, и на протяжении 1998 - 2002 гг. инвалидность «молодела». Увеличивается число инвалидов не только среди лиц трудоспособного возраста, но и среди детей. Количество инвалидов в возрасте 16 - 49 лет возросло почти на 50%, детей - на 80%.

В 2001 г. было зарегистрировано 617096 детей-инвалидов, из них 14,4% в возрасте 16-18 лет. В структуре заболеваний, обусловивших возникновение инвалидности у детей, первое место занимают инфекционные и соматические заболевания, на которые приходится 23 %. На втором месте стоят заболевания нервной системы и органов чувств (в основном детский церебральный паралич) - 20,8 %. На третьем - психические расстройства и умственная отсталость - 20,3 %. Среди детской инвалидности с увеличением возраста отмечается заметный рост числа психических заболеваний: от 9,5 в возрасте 0 - 4 года до 45,0 на 10 тыс. детей соответствующего возраста. Врожденные аномалии занимают четвертое ранговое место - на них приходится 18%.

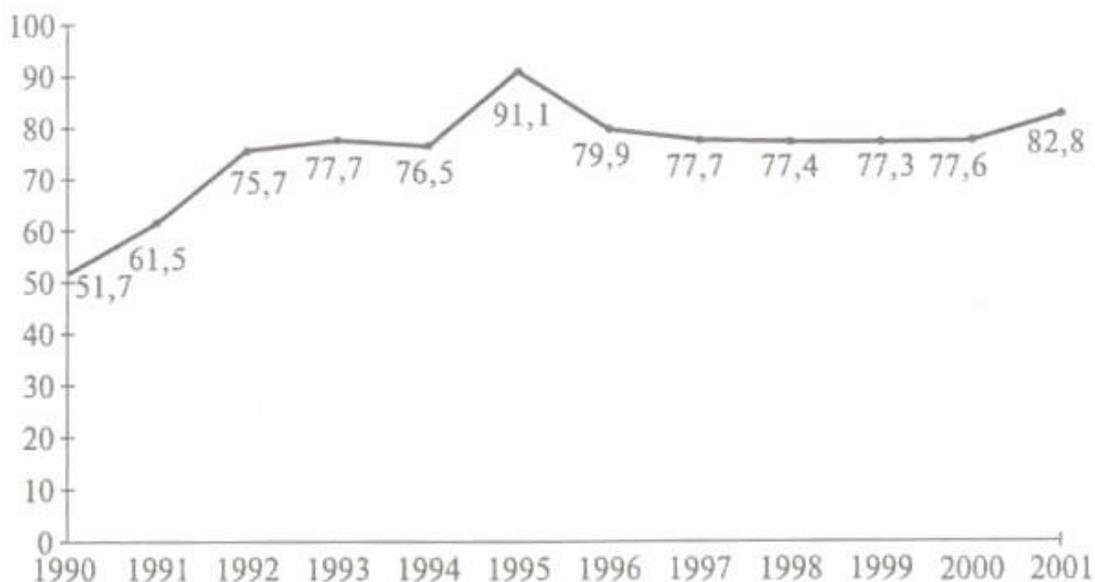


Рис. 3. Динамика первичной инвалидности (на 10 тыс. населения)

Установлено, что детская инвалидность в 70% случаев обусловлена причинами врожденного или наследственного характера, а также связана с вредностями в пренатальном, натальном и постнатальном периодах. В целом по России беременные с нарушением здоровья составляют 91,3%. Современные роды стали представлять серьезные испытания для женщин, плода и новорожденных. Только 35,7% из всех родов можно отнести к нормальным. Число здоровых новорожденных сократилось до 15,1%. Рост детской инвалидности также связан с прогрессирующим увеличением заболеваемости детей. Отрицательно сказываются на здоровье детей заболевания их родителей. В семьях, где есть больные родители, заболеваемость детей увеличивается в 4 - 5 раз. Заболеваемость детей в неполных семьях в 1,5 - 2 раза выше, чем у тех, кто имеет обоих родителей.

После войны в Афганистане инвалидами стали 30 тыс. человек, после Чеченских событий - 12 тыс. человек.

Сложившиеся тенденции и долгосрочные прогнозы свидетельствуют о депопуляции и кризисном состоянии здоровья населения России.

По состоянию на 1 января 2013 года в Республике Адыгея проживает 37010 инвалидов, из которых 1405 составляют дети-инвалиды, 1134 - инвалиды войны и инвалиды вследствие военной травмы, более 1211 - инвалиды по зрению и 590 - инвалиды с потерей слуха. Это 8,5% населения Республики Адыгея, что соответствует среднему показателю по Российской Федерации.

В условиях современного экономического положения в стране эта категория граждан является наименее защищенной в социальном плане. В Республике Адыгея в неполной мере созданы условия для социальной адаптации и интеграции в общество инвалидов по зрению, инвалидов с патологией опорно-двигательного аппарата и слуха, а также для обеспечения доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями.

Анализируя спектр проблем, связанных с организацией жизнедеятельности инвалидов, можно сделать вывод, что одной из глобальных проблем является их вынужденная изолированность.

Одним из основных факторов, обуславливающих изолированность граждан, прежде всего из числа лиц с ограниченными возможностями, является непригодность объектов социальной инфраструктуры к нуждам инвалидов и, как следствие, низкая доступность жизненно важных услуг.

Согласно представленной исполнительными органами государственной власти Республики Адыгея информации установлено, что многие объекты социальной инфраструктуры не соответствуют требованиям строительных норм и правил по обеспечению доступности для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями. Отсутствуют пандусные съезды, непреодолимым препятствием для инвалидов являются узкие дверные проемы и тамбуры, наличие высоких порогов, необорудованные зоны оказания услуг и санитарно-гигиенические помещения.

Оценка инвалидами уровня доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности связана как с общими потребностями инвалидов, так и с индивидуальными, характерными для тех или иных категорий инвалидов. Доля инвалидов, положительно оценивающих уровень доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности, в общей численности инвалидов по результатам опросов представителей общественных организаций инвалидов на момент разработки государственной программы составляет 30%. Оценка произведена на основании анкетирования инвалидов, которое осуществлено совместно с общественными организациями инвалидов.

Вместе с тем по итогам обследования приоритетных объектов территориальными органами труда и социальной защиты населения Министерства труда и социального развития Республики Адыгея (далее - территориальный орган социальной защиты) представителями общественных организаций инвалидов и администраций муниципальных образований в 2012 году доля объектов, отвечающих требованиям доступности для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями, составляет от 0,4 до 75%.

В сфере социального обслуживания и социальной защиты населения Республики Адыгея функционирует 18 учреждений, предоставляющих социальные услуги, и 9 территориальных органов труда и социальной защиты населения. Условия, обеспечивающие беспрепятственный доступ инвалидов и лиц с ограниченными возможностями к объектам социальной инфраструктуры (в части устройства пандусов, ширины дверных проемов), созданы в 75% учреждений, необходимо осуществить соответствующие ремонтные работы в остальных учреждениях. В то же время требуется проведение работ по оборудованию всех объектов поручнями, пандусами, средствами ориентации для слабовидящих и слабослышащих, обустройству санитарно-гигиенических помещений с учетом особых потребностей инвалидов, что предусматривается мероприятиями государственной программы.

1.4.3. Сущность понятия «инвалид» и «инвалидность»

Для того чтобы проанализировать положение в обществе лиц с ограниченными возможностями необходимо выяснить, каково содержание понятия «инвалидность», какими социальными, экономическими, поведенческими, эмоциональными последствиями оборачиваются те или иные патологии здоровья.

Термин «инвалид» восходит к латинскому корню (*valid* — «действенный, полноценный, могущий») и в буквальном переводе может означать «непригодный», «неполноценный». В российском словоупотреблении начиная со времен Петра I такое название получали военнотружущие, которые вследствие заболевания, ранения или увечья были неспособны нести воинскую службу и которых направляли для дослуживания на штатские должности. Характерно, что в Западной Европе данное слово имело такой же оттенок, то есть относилось в первую очередь к увечным воинам. Со второй половины XIX в. термин распространяется и на штатских лиц, также ставших жертвами войны, — развитие вооружений и расширение масштабов войн все более подвергали мирное население всем опасностям военных конфликтов. Наконец, после Второй мировой войны в русле общего движения по формулированию и защите прав человека в целом и отдельных категорий населения в частности происходит формирование понятия «инвалид», относящегося ко всем лицам, имеющим физические, психические или интеллектуальные ограничения жизнедеятельности.

Сегодняшняя государственная политика в отношении инвалидов - результат ее развития в течение 200 лет. Во многом она отражает историю развития и культуру общества, общие условия жизни, а также социальную и экономическую политику в разные периоды времени.

В Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 20 января 1995 г. инвалид определяется как лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающими необходимость его социальной защиты.

Под ограничением жизнедеятельности понимается полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Представленные подходы к пониманию инвалидности нельзя считать удовлетворительными, так как в них в большей степени отражена медицинская сторона проблемы. В медицинской модели инвалидности все внимание концентрируется на физической или психической патологии, и, следовательно, инвалид нуждается в лечении, реабилитации и приспособлении к жизни в обществе.

Социальная модель, авторами которой являются сами люди с инвалидностью, или, как часто говорят, с ограниченными возможностями, рассматривает проблему инвалидности не с точки зрения патологии и физических недостатков, а во взаимосвязи отдельного человека с окружающей его средой и обществом. С этой точки зрения ограниченные возможности не вызваны недугом, а обусловлены дискриминацией и неготовностью психологически принять инвалидов как полноправных членов, а также барьерами, существующими в окружающей среде.

В последние годы проблема инвалидности приобрела особую актуальность и остроту. Это связано как с ростом абсолютного и относительного числа инвалидов, так и с изменением отношения к данной проблеме общества и, что особенно важно, самих инвалидов. Активные движения инвалидов за свои права во всем мире постепенно приводят к изменению отношения к инвалидам, к их социальным

проблемам и потребностям, как со стороны общества, так и со стороны государственных структур.

Экспертами ВОЗ была подготовлена трехмерная концепция оценки последствий болезни (World Health Organization, Nomenclature of Impairments, Disabilities and Disadvantages, 1989), суть которой заключается в нижеследующем.

Отклонение от нормы в организме человека может иметь место при рождении или быть приобретенным в результате травмы или болезни. Длительно текущая болезнь приводит к изменениям функционирования органов и систем. С точки зрения функциональной деятельности и активности индивида, ограничение жизнедеятельности представляет собой расстройство на уровне личности. Знание о болезни или изменившееся поведение индивида, или ограничение его деятельности могут поставить конкретного человека в невыгодное положение по отношению к окружающим, таким образом болезнь приобретает социальный характер. Это проявление отражает социальную недостаточность, вытекающую из нарушения и ограничения жизненных функций.

Социальный уровень развития болезни отражает реакцию общества на состояние индивида и проявляется во взаимоотношениях индивида с обществом. Все вышесказанное может быть графически представлено схемой (рис. 3):



Рис. 3. Схема социализации болезни

Таким образом, *нарушение или недостаток* - это любая потеря или аномалия психологической, физиологической или анатомической структуры или функции. Нарушение характеризуется потерями или отклонениями от нормы, которые могут быть временными или постоянными. Понятие «нарушение» подразумевает наличие или появление аномалий, дефект или потерю конечности, органа, ткани или других частей тела, включая систему умственной деятельности. Нарушение представляет собой отклонение от некоторой нормы в биомедицинском состоянии индивида, и определение характеристик этого статуса дается врачами - специалистами, которые могут судить об отклонениях в выполнении физических и умственных функций, сопоставляя их с общепринятыми.

Ограничение жизнедеятельности - это любое ограничение или отсутствие (в результате нарушения) возможности осуществлять деятельность способом или в рамках, которые считают нормальными для человека данного возраста. Если нарушение затрагивает функции отдельных частей организма, то ограничение жизнедеятельности относится к сложным или интегрированным видам деятельности, обычным для индивида или организма в целом, таким как выполнение заданий, владение навыками, поведение. Основной характеристикой ограничения

жизнедеятельности служит степень его проявления. Большинство лиц, занятых оказанием помощи инвалидам с ограниченной жизнедеятельностью, обычно строят свою оценку на градации тяжести ограничения в выполнении действий.

Социальная недостаточность - это социальные последствия нарушения здоровья, такой недостаток данного индивида, вытекающий из нарушения или ограничения жизнедеятельности, при котором человек может выполнять лишь ограниченно или совсем не может выполнять обычную для его положения роль в жизни (в зависимости от возраста, пола, социального и культурного положения).

Таким образом, это определение вытекает из современной концепции ВОЗ, согласно которой поводом для назначения инвалидности служит не сама болезнь или травма, а их последствия, проявляющиеся в виде нарушений психологической, физиологической или анатомической структуры либо функций, приводящих к ограничениям жизнедеятельности и социальной недостаточности (социальной дезадаптации).

1.4.4. Социальные барьеры людей с ограниченными возможностями

Мысль о том, что инвалидам должны предоставляться равные возможности со здоровыми, что они не должны подвергаться сегрегации и дискриминации, еще не овладела ни нашим обществом в целом, ни даже теми его членами, которые непосредственно причастны к судьбам инвалидов. Отношение покровительства, доминирования, подчинения власти со стороны здоровых - это то, с чем чаще всего сталкиваются инвалиды.

Для того чтобы процесс реабилитации был эффективным, нужно проанализировать сущность социальных ограничений, рассмотреть те барьеры, которые воздвигает перед человеком инвалидность.

В первую очередь можно говорить о *физическом ограничении, или изоляции инвалида*, - это обусловлено либо физическими, либо сенсорными, либо интеллектуально-психическими недостатками, которые мешают ему самостоятельно передвигаться и(или) ориентироваться в пространстве. С другой стороны, факторы внешней среды могут усугубить либо, наоборот, компенсировать влияние этих недостатков. Принято говорить не только о безбарьерной среде для инвалида, но также о дружественной или недружественной среде. Это ограничение требует принятия специальных мер, устраняющих пространственную, транспортную, бытовую изоляцию инвалида, эмоциональную депривацию и обеспечивающих возможность трудовой адаптации.

Второй барьер - это *трудовая сегрегация*, или изоляция: из-за своей патологии индивид с ограниченными возможностями имеет крайне узкий доступ к рабочим местам или не имеет его вовсе. В ряде случаев инвалид абсолютно не способен к трудовой деятельности, даже самой простой. Однако в других ситуациях инвалидам представляются (или оказываются доступны) рабочие места, требующие низкой квалификации, предусматривающие монотонный, стереотипный труд и невысокую заработную плату. Такое положение обусловлено не только (или не столько) ограниченностью их индивидуальных физических или интеллектуальных ресурсов, сколько неразвитым характером рынка труда для лиц с особыми нуждами. Однако необходимо отметить, что барьер между личностью инвалида и продуктивным трудом может обуславливаться и отсутствием трудовой мотивации с его стороны.

По данным отечественных и зарубежных экспертов, трудовая деятельность доступна приблизительно 2/3 всех инвалидов, работает же не более 11% из них. Это вызвано не столько отсутствием специальных рабочих мест, сколько доминирующей ориентацией на получение льгот и пособий вместо труда.

Третьим барьером в жизни инвалидов выступает *малообеспеченность*, которая является следствием социально-трудовых ограничений: эти люди вынуждены существовать либо на невысокую заработную плату, либо на пособие (которое тоже не может быть достаточным для обеспечения достойного уровня жизни индивида).

Труднопреодолимым барьером для инвалида является *пространственно-средовой*. Даже в тех случаях, когда лицо с физическими ограничениями имеет средства передвижения, сама организация жилой среды и транспорта не является пока дружественной к инвалиду. Недостает оборудования и приспособлений для бытовых процессов, самообслуживания, свободного передвижения. Люди с сенсорными нарушениями испытывают дефицит специальных информационных средств, извещающих о параметрах окружающей среды. Для лиц с интеллектуально-психическими ограничениями отсутствуют возможности ориентироваться в среде, безопасно передвигаться и действовать в ней.

Важное препятствие представляет *информационный* барьер, который имеет двусторонний характер. Инвалиды затруднены в получении информации как общего плана, так и имеющей непосредственное значение для них (исчерпывающие сведения о своих функциональных нарушениях, о мерах государственной поддержки инвалидов, о социальных ресурсах их поддержки). Это вызвано и экономическими причинами (например, невозможность купить радиоприемник или выписать газету), и дефицитом специальных носителей информации (телепередачи с сурдопереводом, книги брайлевского шрифта, кассеты и диски для слепых и т. д.), и неразвитостью современных глобальных информационных систем (типа Интернет) в нашей стране. С другой стороны, существует информационный барьер, который отгораживает общество от инвалида: лицам с ограниченными возможностями гораздо труднее презентовать свои взгляды и позиции, донести до общества свои нужды и интересы. Поэтому могут возникать искаженные представления о потребностях инвалидов, особенностях их личности.

Задача создания и ведения банка данных по проблемам инвалидов не решена в полной мере, хотя первые шаги в этой сфере предпринимаются.

1.5. Медико-социальная экспертиза

1.5.1. Порядок организации и деятельность Федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы

1.5.2. Порядок и условия признания лица инвалидом

1.5.3. Индивидуальная программа реабилитации

1.5.1. Порядок организации и деятельность Федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы

Впервые понятие экспертизы появилось в 1912 г. Как государственная служба экспертиза стала функционировать в России с 1918 г., когда начал устанавливаться факт постоянной нетрудоспособности граждан. В 1924 г. было разработано и утверждено первое Положение о врачебно-трудовой экспертной комиссии (ВТЭК), в котором определялись критерии установления группы инвалидности. Принятое в 1956 г. усовершенствованное положение о ВТЭК просуществовало до 1996 г. Основной его задачей было установление группы инвалидности. С 1963 г. в обязанности ВТЭК вменялась реабилитационная деятельность, которая сводилась исключительно к установлению профессиональной пригодности и трудоустройству инвалидов. Причем определение того, какую профессиональную деятельность освидетельствуемый может выполнять, основывалось на медицинских, а не на социально-биологических критериях.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 16.12.2004 № 805 утверждено Постановление о порядке организации и деятельности Федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ). К ним относятся Федеральное бюро медико-социальной экспертизы и главные бюро медико-социальной экспертизы, имеющие филиалы – бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах. К основным задачам этих учреждений относятся следующие:

- определение группы инвалидности, ее причин (обстоятельств и условий возникновения), сроков и времени наступления, потребности инвалида в различных видах социальной защиты;
- разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов, содействие в реализации мероприятий социальной защиты инвалидов, включая их реабилитацию, и оценка эффективности этих мероприятий;
- формирование данных государственной системы учета инвалидов, изучение состояния, динамики инвалидности и факторов, к ней приводящих;
- участие в разработке комплексных программ в области профилактики инвалидности, медико-социальной экспертизы, реабилитации и социальной защиты инвалидов.

Формирование сети бюро производится исходя из численности населения, проживающего на территории субъекта Российской Федерации, и числа освидетельствуемых в год граждан из расчета, как правило, одно учреждение на 70 - 90 тыс. человек при условии освидетельствования 1,8 - 2 тыс. человек в год. С учетом сложившихся социально-демографических, географических и других

особенностей регионов бюро могут создаваться из расчета на иную численность населения и число освидетельствуемых в год граждан.

В зависимости от уровня, структуры заболеваемости и инвалидности образуются бюро общего профиля, специализированного профиля (психиатрического, онкологического, туберкулезного и пр.) и смешанного профиля.

Для проведения медико-социальной экспертизы лиц в возрасте до 18 лет могут образовываться бюро специализированного профиля.

В штатный норматив *бюро МСЭ* входят специалисты, принимающие экспертное решение (3 врача различных специальностей), а также, в отличие от ВТЭК, специалист по реабилитации, специалист по социальной работе и психолог. Кроме того, штатным расписанием предусматриваются должности старшей медицинской сестры, медицинского регистратора и шофера.

При необходимости в штатный норматив бюро могут быть введены врач-педиатры, специалисты по функциональной диагностике, профориентации, эргономике, физиологии труда, педагог, сурдопереводчик и другие специалисты.

Районное бюро медико-социальной экспертизы решает следующие задачи:

- определяет структуру и степень ограничения жизнедеятельности освидетельствуемых лиц и их реабилитационный потенциал;
- устанавливает факт наличия инвалидности, определяет группу, сроки и время наступления инвалидности;
- определяет степень утраты профессиональной трудоспособности работников, получивших увечье, профессиональное заболевание либо иное повреждение здоровья, связанное с исполнением ими трудовых обязанностей, и необходимость осуществления дополнительных мер социальной защиты;
- определяет причинную связь смерти пострадавшего лица с производственной травмой, профессиональным заболеванием, пребыванием на фронте и с другими обстоятельствами, при которых законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление льгот семье умершего;
- формирует и корректирует индивидуальные программы реабилитации инвалидов;
- формирует банк данных о гражданах, прошедших медико-социальную экспертизу.

В штатный норматив *главного бюро МСЭ* (городского, областного, краевого) входят несколько составов специалистов, принимающих экспертное решение, группы специалистов по функциональной диагностике, профориентации и организации труда инвалидов, их социально-средовой адаптации, а также специалисты служб юридического консультирования и информационно-статистического обеспечения.

В состав специалистов, принимающих экспертное решение, входят не менее 4 врачей различных специальностей, специалисты по реабилитации разного профиля (в зависимости от потребности в экспертно-реабилитационной диагностике), специалисты по социальной работе и психологи.

В случае необходимости при главном бюро может быть создано стационарное отделение.

Главное бюро медико-социальной экспертизы решает следующие задачи:

- проводит медико-социальную экспертизу лиц, обжаловавших решения районных бюро, и в случае необоснованности этих решений отменяет их;
- проводит медико-социальную экспертизу граждан по направлениям бюро в случаях, требующих применения социальных методов обследования;
- формирует и корректирует индивидуальные программы реабилитации инвалидов в случаях, требующих применения специальных методов обследования, а также контролирует их реализацию;
- формирует банк данных субъекта Российской Федерации о гражданах, прошедших медико-социальную экспертизу, осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов, проживающих на территории субъекта Российской Федерации, и представляет соответствующие сведения в орган социальной защиты населения субъекта Российской Федерации;
- оказывает консультативную помощь врачам-экспертам и другим специалистам бюро.

Медико-социальная экспертиза проводится по письменному заявлению больного с приложением направления из учреждения здравоохранения или органа социальной защиты населения, подтверждающего нарушение его здоровья. Направление из учреждения здравоохранения должно быть составлено врачами врачебно-консультативной комиссии федерального или муниципального лечебно-профилактического учреждения (ВКК ЛПУ) по месту постоянного проживания пациента. При отказе гражданину в выдаче направления на медико-социальную экспертизу учреждением здравоохранения или социальной защиты населения он может самостоятельно обратиться в бюро МСЭ и получить направление на медицинское обследование, необходимое для прохождения экспертизы. Лицу, признанному инвалидом той или иной группы, оформляются соответствующие юридические документы - пенсионное удостоверение или справка об инвалидности (для ребенка).

Медико-социальная экспертиза должна включать комплексное медицинское, психологическое, педагогическое и социальное обследование.

В заключении медико-социальной экспертизы на основе анализа клинико-функциональных, психологических, профессионально-трудовых и социально-бытовых данных каждого пациента должны быть отражены следующие сведения:

- категория и степень ограничения жизнедеятельности;
- данные о наличии группы и причины инвалидности;
- сроки переосвидетельствования;
- потребность в мерах социальной помощи и защиты;
- реабилитационный прогноз;
- рекомендации по медико-социальной реабилитации.

Медицинские критерии оценки состояния здоровья и функциональных нарушений основываются на четко разработанных схемах обследования пациентов: рентгенологических, лабораторных, эндоскопических, электрофизиологических и др. При каждом конкретном заболевании и освидетельствовании должны быть строго выполнены все необходимые обследования и правильно оформлены документы, т.е. медицинское заключение. В случаях, требующих применения

сложных видов реабилитационно-экспертной диагностики, инвалид может быть направлен для разработки или коррекции ИПР в вышестоящее учреждение государственной службы МСЭ.

Для того чтобы составить полную картину о состоянии здоровья обследуемого, необходимо изучить не только медицинские показатели, но и особенности характера и поведения человека. Болезнь и инвалидность - это реальные трудности, под влиянием которых изменяется отношение к миру, к себе, окружающим людям.

Большое значение имеют личностные свойства, способность противостоять стрессам, адекватно реагировать на свою болезнь. Личностные деформации, психические расстройства (восприятия, внимания, памяти, эмоций, психомоторики) в зависимости от степени тяжести сами по себе могут вызывать нарушения жизнедеятельности.

Анализируются сохранность или нарушение профессионально-трудового статуса, профессиональные интересы и по ним выносится заключение. Интегрально профессионально-трудовой статус оценивается в зависимости от сохранности профессиональной трудоспособности при уменьшении объема трудовой деятельности, от утраты профессиональной трудоспособности при возможности работы по другой профессии в обычных производственных условиях, от возможности трудиться только в специально созданных условиях или констатируется факт полной утраты трудоспособности.

При анализе социально-бытовых факторов оцениваются деятельность инвалида в социуме, роль как гражданина, семейное положение и выполнение семейных обязанностей, жилищно-бытовые условия, материальное положение, наличие условий для социально-средовой адаптации и осуществления реабилитационных мероприятий, способность выполнения бытовой деятельности и ее зависимость от технических и вспомогательных средств, других лиц, способность к независимому проживанию. Наличие в семье других хронических больных или престарелых, также нуждающихся в уходе, лиц, злоупотребляющих алкоголем, наркоманов, лиц с асоциальным поведением, особенно родителей, является свидетельством выраженной социальной недостаточности такой семьи.

Не менее важным является изучение психологического климата семьи инвалида, определение адекватности отношения к инвалиду со стороны близких людей, наличия возможностей обеспечения ухода. В оценке социальной недостаточности семьи ребенка-инвалида определяется способность родителей, в первую очередь матери, к адекватному воспитанию. Сюда включается умение матери осуществлять адекватный уход за ребенком, проводить лечебно-тренировочные процедуры, прививать ребенку навыки санитарии, гигиены, самообслуживания, оказывать помощь в учебе, вовлекать его в общество сверстников. Проявлением крайней социальной недостаточности семьи ребенка-инвалида является уход из нее отца.

Исходя из особенностей социальной недостаточности семьи человека с ограниченными возможностями, должны планироваться и осуществляться меры по социальной реабилитации, как самого инвалида, так и его семьи.

1.5.2. Порядок и условия признания лица инвалидом

Медико-социальная экспертиза осуществляется с использованием классификаций и критериев по признанию граждан инвалидами, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации в Постановлении от 20 февраля 2006 г. №95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» и Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13 декабря 2009 г. № 1013н «Об утверждении классификации и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан Федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

Сам факт наличия какого-либо хронического заболевания, последствий травмы или физического дефекта еще не служит основанием для установления группы инвалидности. Она устанавливается лишь в тех случаях, когда последствия заболеваний или травм ведут к ограничению тех или иных сфер жизнедеятельности и обуславливают необходимость осуществления мер социальной защиты.

Основанием для установления группы инвалидности могут служить также следующие причины:

- частые и длительные больничные листы, т.е. необходимость длительного стационарного или амбулаторного лечения, обусловленного как остро возникшим, так и хронически текущим заболеванием;
- невозможность выполнять работу по своей профессии из-за нарастающих признаков хронически текущего заболевания;
- невозможность продолжать работу по своей специальности из-за острого эпизода болезни.

Причинами инвалидности могут быть общее заболевание, трудовое увечье, профессиональное заболевание, инвалидность с детства, инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны, военная травма или заболевание, полученные в период военной службы, инвалидность, связанная с аварией на Чернобыльской АЭС, последствиями радиационных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделения особого риска и др.

Таким образом, во всех случаях при решении вопроса об установлении группы инвалидности учитываются медицинские факторы (основное и сопутствующие заболевания, их характер и особенности), тип нарушения основных функций организма, профессия больного, его возраст, клинический и социальный прогноз, реальная возможность трудоустройства, а также целый ряд других факторов.

Согласно Классификации нарушений основных функций организма человека выделяют следующее:

- нарушение психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи, эмоций, воли);
- нарушение сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания);
- нарушение статодинамической функции;
- нарушение функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции.

Принадлежность к той или иной группе связана с характером льгот и привилегий.

На основе Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности была разработана классификация основных семи категорий жизнедеятельности.

1. Способность к самообслуживанию - способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, осуществлять повседневную бытовую деятельность, соблюдать личную гигиену.

2. Способность к самостоятельному передвижению - способность самостоятельно перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамках выполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности.

3. Способность к обучению - способность к восприятию и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (социальными, культурными и бытовыми).

4. Способность к трудовой деятельности - способность осуществлять деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему и условиям выполнения работы.

5. Способность к ориентации - способность определяться во времени и в пространстве.

6. Способность к общению - способность к установлению контактов с людьми путем восприятия, переработки и передачи информации.

7. Способность контролировать свое поведение - способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых норм.

При выявлении ограничений жизнедеятельности больных с любой патологией необходимо опираться главным образом на оценку выраженности функциональных нарушений, обусловленных дегенеративными заболеваниями. При любых заболеваниях различают несколько степеней нарушения функций органов и систем. Шкала оценки степени ограничения жизнедеятельности, рекомендуемая Международной классификацией, предлагает выделение шести степеней тяжести ограничения жизнедеятельности по любому из параметров:

0 - нет ограничения жизнедеятельности;

1 - легкое ограничение жизнедеятельности, вызывающее ряд трудностей и не требующее использования вспомогательных средств;

2 - умеренное ограничение жизнедеятельности, требующее использования вспомогательных средств;

3 - умеренное ограничение жизнедеятельности, требующее содействия окружающих наряду с использованием вспомогательных средств;

4 - значительное нарушение жизнедеятельности, вызывающее полную зависимость от окружающих;

5 - выраженное ограничение жизнедеятельности, вызывающее полную зависимость от окружающих и требующее использования окружающими вспомогательных средств;

6 - полная неспособность действовать даже при содействии окружающих лиц и вспомогательных средств.

Специалисты бюро МСЭ используют 4-балльную шкалу ограничений жизнедеятельности по степени выраженности.

Следствием легких или умеренных ограничений жизнедеятельности может быть социальная недостаточность в виде периодической неспособности или сниженной способности заниматься обычной деятельностью, качественного ограничения работы, уменьшения экономического благополучия, сдержанного участия в жизни общества или ограниченного участия в некоторых формах жизни общества.

Социальная недостаточность у лиц с более выраженными расстройствами функций организма будет включать возможность лишь приспособленного занятия в обычной деятельности, работы лишь в специально созданных условиях, частичную экономическую зависимость, ограниченное участие в некоторых формах или во всех формах жизни общества, т.е. неполную интеграцию.

Тяжелые нарушения жизнедеятельности могут обусловить возможность лишь зависимой социально-бытовой деятельности вследствие ограничения способности адекватного поведения, общения или способности владеть телом и зависимость от других лиц при уходе за собой.

В зависимости от степени выраженности ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности определяется I, II или III группа инвалидности.

Критерием для определения I группы инвалидности (самой тяжелой) служит социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к резко выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетания.

Критерии установления I группы инвалидности:

- неспособность к самообслуживанию или полная зависимость от других лиц;
- неспособность к самостоятельному передвижению и полная зависимость от других лиц;
- неспособность к ориентации (дезориентация);
- неспособность к общению;
- неспособность контролировать свое поведение.

При этом такие категории жизнедеятельности, как способность к обучению и трудовой деятельности, могут быть нарушены в меньшей степени. Например, слепые или люди с непротезируемыми культями конечностей, несмотря на стойкие нарушения соответствующих функций и невозможность самообслуживания, при создании определенных условий могут выполнять те или иные виды трудовой деятельности, в то время как больные с тяжелыми соматическими заболеваниями (тяжелая степень сердечно-легочной, печеночной или почечной недостаточности, конечные стадии туберкулеза, злокачественных новообразований) оказываются неспособными к самообслуживанию и к какой бы то ни было трудовой деятельности.

Критерием для установления II группы инвалидности служит социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетания.

Нарушения жизнедеятельности не вызывают необходимости в постоянном уходе, но требуют использования вспомогательных средств и создания специальных условий для компенсации нарушенных функций. Что касается трудовой деятельности, то эти больные либо полностью нетрудоспособны, либо могут выполнять труд лишь в специальных особо созданных условиях. По способности к выполнению трудовой деятельности инвалиды II группы дифференцируются следующим образом:

- лица, у которых наступила полная потеря трудоспособности вследствие нарушенных функций организма;
- лица, которым все виды трудовой деятельности на длительный период времени противопоказаны вследствие возможности ухудшения течения заболевания под влиянием трудовой деятельности;
- лица с тяжелыми хроническими заболеваниями, комбинированными дефектами опорно-двигательного аппарата и значительной потерей зрения, которым труд не противопоказан, но доступен лишь в специально созданных для них условиях.

II группа инвалидности устанавливается при стойких выраженных расстройствах высших психических функций, нарушении динамики психической деятельности, выраженных эмоционально-волевых нарушениях и личностных изменениях. Такие нарушения резко затрудняют обучение и вызывают социальную дезадаптацию.

Критерием для определения III группы инвалидности служит социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойкими незначительно или умеренно выраженными расстройствами функций организма, обусловленными заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к не резко или умеренно выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности или их сочетания.

III группа инвалидности устанавливается также при следующих условиях:

- необходимости перевода по состоянию здоровья на работу по другой профессии более низкой квалификации вследствие невозможности продолжать работу в своей профессии. Например: фрезеровщик - раздатчик инструментов, прядильщица - вахтер, забойщик - вахтер и т.п.;
- необходимости по состоянию здоровья значительно изменить условия работы в своей профессии, которые приводят к значительному сокращению объема производственной деятельности и тем самым к снижению квалификации. Например, ткачиха-многостаночница может работать на 1 - 2 станках, врач - на 0,5 ставки;
- значительном ограничении возможностей трудоустройства вследствие выраженных функциональных нарушений у лиц невысокой квалификации или ранее неработающих (узкий круг доступных профессий). Например, умственно отсталый подросток, вдовы, ранее не работавшие, и др.

Инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III групп - на 1 год. В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничений жизнедеятельности лицу в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид» на срок 1 год, 2 года или до достижения им 18 лет. Мужчинам старше 60 лет и женщинам старше 55 лет, а также инвалидам с необратимым анатомическим дефектом инвалидность устанавливается без указания срока переосвидетельствования.

1.5.3. Индивидуальная программа реабилитации

В течение месяца разрабатывается индивидуальная программа реабилитации (ИПР). В разработке плана реабилитационных мероприятий в случае необходимости участвуют специалисты учреждений здравоохранения, образования, профессионального обучения и других органов и учреждений, осуществляющих деятельность в сфере реабилитации инвалидов. В обсуждении ИПР участвует сам инвалид, а если речь идет о ребенке, то родители или уполномоченные лица, их заменяющие. В случаях, требующих применения для разработки программы сложных видов реабилитационно-экспертной диагностики, инвалид может быть направлен в вышестоящее учреждение государственной службы медико-социальной экспертизы.

На этапе первичной комплексной медико-социальной экспертизы и разработки ИПР инвалида решаются следующие задачи:

- устанавливается наличие нарушений функций, дается оценка их выраженности, а также оценка тяжести связанных с выявленными нарушениями ограничений жизнедеятельности с указанием ведущего ограничения;
- определяются возможности терапевтической коррекции выявленных нарушений функций;
- изучаются психологический статус личности, его интересы, образовательный или профессиональный потенциал;
- определяются потребности инвалида в мероприятиях социальной реабилитации, в том числе во вспомогательных технических средствах и приспособлениях;
- намечается план комплексной реабилитации.

В ИПР, разработанной специалистами бюро МСЭ, обязательно отражаются следующие сведения:

- исполнитель (наименование учреждения);
- форма реабилитации (амбулаторная, стационарная, отделение дневного пребывания, клубная, пансионат);
- сроки выполнения каждого этапа реабилитации (дата начала и окончания);
- объем, содержание и количество реабилитационных мероприятий;
- прогнозируемый результат.

Комиссия МСЭ также назначает и утверждает куратора (социального работника) ИПР каждого инвалида, которому поручается организация всех видов патронажа (медико-социального, психолого-социального, культурно-досугового, социально-бытового). В каждом случае учреждение для проведения тех или иных реабилитационных мероприятий подбирается индивидуально, с гарантией высокого качества реабилитационных услуг. При отсутствии необходимых форм помощи по месту жительства инвалида необходимо направить его в соответствующее учреждение ближайших регионов.

На основании полученных медико-психологических характеристик и данных о социальных составляющих портрета инвалида разрабатывается перечень необходимых мер по реабилитации, а также социальной помощи и льгот, гарантированных законом Российской Федерации. Разработанный план мероприятий с указанием их объемов, сроков проведения и исполнителей заносится в Реабилитационный дневник инвалида, заверяемый подписью руководителя и

печатью учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы и подписью инвалида, его опекуна или родителей ребенка-инвалида. Утвержденная ИПР выдается на руки инвалиду, а копия направляется в муниципальное управление социальной защиты населения по месту проживания инвалида или получения им пенсии.

ИПР носит рекомендательный характер, инвалид вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Он вправе самостоятельно решить вопрос своего обеспечения конкретным техническим средством или видом реабилитации, включая автомобили, печатные издания по брайлевскому шрифту и пр. Отказ от ИПР в целом или от реализации отдельных ее частей освобождает бюро МСЭ от ответственности за ее исполнение и не дает инвалиду права на получение компенсации в размере стоимости реабилитационных мероприятий, предоставляемых бесплатно.

Если инвалид нуждается в обеспечении транспортными средствами или санаторно-курортном лечении, то выписка из ИПР с данными указаниями направляется в соответствующий орган, осуществляющий пенсионирование инвалида.

В ИПР включаются как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно (в соответствии с базовыми программами), так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимает участие сам инвалид или другие лица и организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. Поэтому в случае согласия инвалида на платную услугу, не предусмотренную базовыми программами, об этом в ИПР делается соответствующая отметка.

ИПР является обязательной для органов государственной власти, органов самоуправления, а также для организаций, предприятий и учреждений, которые выступают непосредственными исполнителями реабилитационных мероприятий.

Координировать процесс реализации программы реабилитации, в которой принимают участие различные учреждения, в том числе разной ведомственной принадлежности, осуществлять контроль и давать оценку полученным результатам должны органы труда и социального развития - Бюро МСЭ, утвердившие ИПР, и районные (городские) органы социальной защиты населения по месту постоянного (фактического) жительства инвалида. В органе социальной защиты населения выделяется структурное подразделение (специалист) по проблемам реабилитации инвалидов.

При повторной и последующих экспертизах, которые проводятся по окончании намеченного этапа реабилитации, оценивается полученный эффект. Комиссия МСЭ заслушивает отчет куратора программы реабилитации, проводит обследование инвалида, изучает отчеты реабилитационных учреждений. В случае низкой эффективности реабилитации или невыполнения намеченных мероприятий анализируются причины, по которым это произошло, устанавливаются негативные моменты в деятельности реабилитационных учреждений и самой программе реабилитации, намечаются меры по их устранению.

РАЗДЕЛ 2. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП

НАСЕЛЕНИЯ И КАТЕГОРИЙ ИНВАЛИДОВ

2.1. Особенности реабилитации детей и подростков

Организационно-правовые основы деятельности социальных служб для детей с ограниченными возможностями. Становление в России системы социального обслуживания, в том числе, и детей-инвалидов, начало активно формироваться в начале 90-х годов с Указа Президента Российской Федерации «О первоочередных мерах по реализации Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы» от 01.07.1992 г. N 543. 4 пунктом Указа Президент постановил: «Органам исполнительной власти республик в составе Российской Федерации, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга: ...содействовать созданию и укреплению территориальной сети учреждений нового типа социальной помощи семье и детям». В соответствии с Указом разработана и действует Президентская программа «Дети России», в которую включена целевая программа «Дети-инвалиды».

«Основными направлениями государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации до 2000 года (национальный план действий в интересах детей)», утвержденными Указом Президента Российской Федерации 14.09.95г. N 942, определено, что одним из приоритетных направлений является «поддержка детей, находящихся в особо трудных обстоятельствах». Цель государственной социальной политики в отношении этой категории детей «... состоит в обеспечении их социализации, полноценной реабилитации, в том числе социальной и психологической, и успешной адаптации в общество». Для достижения этой цели предусмотрено решение задачи по «обеспечению реального права детей с аномалиями в развитии и детей-инвалидов на особую заботу государства, создание условий для их нормальной жизнедеятельности, реализации индивидуальных возможностей», осуществление которой потребует «развитие сети социально-реабилитационных учреждений для детей-инвалидов».

Принятие Федерального закона «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» от 10.12.1995г. N 195-ФЗ послужило предпосылкой для развития следующих видов учреждений:

1. комплексные центры социального обслуживания населения;
2. территориальные центры социальной помощи семье и детям;
3. центры социального обслуживания;
4. социально - реабилитационные центры для несовершеннолетних;
5. центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей;
6. социальные приюты для детей и подростков;
7. центры психолого-педагогической помощи населению;
8. центры экстренной психологической помощи по телефону;
9. центры (отделения) социальной помощи на дому;
10. дома ночного пребывания;
11. специальные дома для одиноких престарелых;

12. стационарные учреждения социального обслуживания (дома - интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты, детские дома - интернаты для умственно отсталых детей, дома - интернаты для детей с физическими недостатками);

13. геронтологические центры;

14. иные учреждения, предоставляющие социальные услуги.

Под «иными учреждениями» могут подразумеваться социальные службы для детей и подростков с ограниченными возможностями.

Сегодня в нашей стране наметилась тенденция отказа семьи, имеющей ребенка-инвалида, воспользоваться существующей интернатной системой, т.к. она уже не в состоянии удовлетворить интересы ребенка и семьи. Это создало предпосылки для возникновения социально-реабилитационных служб помощи детям-инвалидам и их семьям на местном уровне.

Нормативно-правовые основы в области социального обслуживания инвалидов, детей и семей с детьми были созданы с принятием Федеральных законов «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 02.08.1995г. N 122-ФЗ и «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» от 10.12.1995г. N 195-ФЗ. В них применяются следующие основные понятия:

«Социальное обслуживание представляет собой деятельность социальных служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации» (Статья 1);

«Клиент социальной службы - гражданин, находящийся в трудной жизненной ситуации, которому в связи с этим предоставляются социальные услуги» (Статья 3);

«Социальные услуги - действия по оказанию клиенту социальной службы помощи, предусмотренной настоящим Федеральным законом»;

«Трудная жизненная ситуация - ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина (инвалидность...), которую он не может преодолеть самостоятельно».

Важнейшим положением является установление права инвалидов на социальное обслуживание: «...инвалиды (в том числе дети-инвалиды), нуждающиеся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию и (или) передвижению, имеют право на социальное обслуживание, осуществляемое в государственном, муниципальном и негосударственном секторах системы социального обслуживания».

Социальное обслуживание граждан осуществляется по основным видам, к которым относятся: материальная помощь, социальное обслуживание на дому, в стационарных учреждениях, срочное и полустационарное социальное обслуживание, предоставление временного приюта, организация дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания, консультативная и социально-консультативная помощь, реабилитационные услуги.

Социальное обслуживание инвалидов включает следующие формы:

- организация дневного пребывания; полустационарное социальное обслуживание; консультативная помощь; социально-консультативная помощь; реабилитационные услуги.

«Социальные службы оказывают помощь в профессиональной, социальной, психологической реабилитации инвалидам, лицам с ограниченными возможностями, ... другим гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию и нуждающимся в реабилитационных услугах». Важное значение имеет раздел закона, определяющий ресурсное обеспечение социальных служб.

Наиболее актуальный вопрос для инвалидов - плата за социальное обслуживание. В соответствии со статьей 15, социальное обслуживание осуществляется социальными службами бесплатно и за плату. «Бесплатное социальное обслуживание в государственной системе социальных служб предоставляется гражданам, не способным к самообслуживанию..., ...несовершеннолетним детям, находящимся в трудной жизненной ситуации».

Основы социальной реабилитации детей-инвалидов. Развитие и совершенствование медико-социальной реабилитации является одной из важнейших задач любого развитого общества. Это связано с ее огромной значимостью для решения проблем улучшения состояния здоровья населения, профилактики инвалидности, сохранения трудовых ресурсов и их рационального использования. Для детей-инвалидов медико-социальная реабилитация - один из основных путей интеграции в общество.

Особенности реабилитации детей с ограниченными возможностями заключаются в том, что в процессе реабилитации необходимо предусмотреть не только ликвидацию или коррекцию дефекта, вызванного заболеванием, но и обеспечение развития других функций, формирование которых может быть задержано в связи с болезнью.

Следовательно, реабилитация больного ребенка - это сложный процесс, включающий коррекционно-восстановительное лечение, выявление и развитие задатков, способностей, профессиональную ориентацию, общее и профессиональное обучение. Эффективный результат может быть получен только при условии взаимосвязи и согласованности действий медиков, психологов, педагогов, социальных работников и других специалистов.

В настоящее время из-за отсутствия государственной системы реабилитации детей-инвалидов звенья реабилитационного процесса нескоординированы, ведомственно разобщены между учреждениями органов здравоохранения, образования, социальной защиты. Решая свои узковедомственные задачи, не имея объединяющего начала, единой методологии, эти учреждения не имеют возможности обеспечить комплексность, преемственность взаимосвязи в реабилитационной работе.

Из всех организационных форм, которые бы обеспечили основные методологические требования в проведении процесса реабилитации, наиболее оптимальной является форма Центра реабилитации. Методический подход, реализуемый в Центре, является моделью наиболее научно обоснованного подхода к детям, нуждающимся в реабилитации. Сочетание диагностики, восстановительного лечения, психолого-педагогической реабилитации позволяет

добиваться реабилитационного эффекта в оптимальной мере и в более короткие сроки.

Основным правовым документом в этой области является приказ Министерства социальной защиты населения Российской Федерации от 14 декабря 1994 г. № 249 «Об утверждении примерного положения о реабилитационном Центре для детей и подростков с ограниченными возможностями». Реабилитационный Центр для детей и подростков с ограниченными возможностями является учреждением государственной системы социальной защиты населения, осуществляющим на территории города или района социальную реабилитацию детей и подростков с отклонениями в умственном и физическом развитии в возрасте от рождения до 18 лет, а также семей, в которых дети воспитываются. Центр создается из расчета одно учреждение на 1 тысячу детей с ограниченными возможностями, проживающих в городе или районе и осуществляет свою деятельность под руководством территориальных органов социальной защиты населения и исполнительной власти в пределах их компетенции.

Центр имеет в своей структуре различные подразделения социального обслуживания, в том числе отделение диагностики и разработки программ социальной реабилитации, отделения медико-социальной реабилитации, психолого-педагогической помощи, дневного пребывания, стационарное.

Целью деятельности Центра является оказание детям и подросткам, имеющим отклонения в физическом, или умственном развитии квалифицированной медико-социальной, психолого-социальной и социально-педагогической помощи, обеспечение их максимально полной и своевременной социальной адаптации к жизни в обществе, семье, к обучению и труду.

При оформлении детей и подростков на обслуживание в Центр должны быть представлены документы, подтверждающие состояние их здоровья: история развития ребенка (ф. N 112/у) или амбулаторная карта подростка (ф. № 025/у). Противопоказаниями для направления в отделение дневного пребывания в стационарное отделение Центра являются: все заболевания в острой стадии и хронические заболевания в стадии декомпенсации: злокачественные новообразования в активной фазе; кахексии любого происхождения, острые инфекционные заболевания.

Модели помощи детям с особенностями развития в регионах России. В настоящее время во многих регионах России отмечается большая активность общественных организаций и государственного сектора по созданию и развитию различных моделей учреждений и служб, реализующих инновационные подходы в сфере социальной реабилитации детей-инвалидов.

Красноярская модель помощи понимается как совокупность нескольких составляющих:

- Наличие команды единомышленников.
- Содержательные разработки, программа и непосредственная осмысленная деятельность по оказанию помощи («пилотные пробы»).
- Организационная «упаковка» - формы соорганизации различных учреждений и организаций, включенных в модель; структура работы отдельных «ступеней» (процедуры, расписание и т.п.).

- Ресурсный центр для разработчиков модели и организаций, «пилотирующих» проект-разработку.

- Сеть «внешних» специалистов-единомышленников (координаторов), готовых подхватить развитие системы помощи людям с инвалидностью и расширить ее до масштабов города.

Логика разворачивания основного блока («ступеней») модели основана на нормальной смене возрастных этапов развивающегося человека и основных форм его социального бытия на этих возрастных этапах:

- от 0 до 3 - 4 лет (ранняя помощь семье и ребенку),
- от 4-5 до 7-8 лет (воспитание в дошкольном учреждении),
- от 7 - 8 лет до 14-16 лет (систематическое обучение),
- от 14 - 16 до 21 - 24 лет (профессиональная подготовка),
- на более старших этапах жизни в норме человек начинает вести более или менее независимую жизнь и получает возможность трудоустроиться и финансово себя обеспечивать.

Документы, регламентирующие основные: формы помощи

- Положение об отделении (кабинете) абилитации, которое является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения, осуществляющим свою деятельность на бесплатной основе в целях выявления детей раннего возраста с отставанием развития и оказания помощи нуждающимся детям и их семьям и направлено на достижение физической, психической и социальной помощи, возможной в рамках существующей болезни. Задачи и функции отделения (кабинета): организация выявления в ЛПУ и выявление детей раннего возраста с отставанием развития, предоставление консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационной, медицинской и межведомственной (педагогической, социальной) помощи нуждающимся детям и их семьям.

- Положение об интегративной группе (группе совместного обучения и воспитания детей с особенностями развития и без выраженных особенностей) Интегративная группа является одной из форм воспитания и обучения детей дошкольного возраста и организации коррекционно-развивающего обучения для нуждающихся в нем детей.

Еще одной формой работы является реабилитация детей с проблемами психического развития средствами образования. Специалисты отделения реабилитации несовершеннолетних с проблемами психического и физического развития разработали авторскую программу, позволяющую добиться высокого качества проводимых реабилитационных мероприятий. Сочетание усилий психологов, педагогов и медицинских работников при ставшей активной социальной позиции родителей позволяет провести реабилитацию более эффективно и качественно. В ноябре 2002 г. сотрудники отделения выиграли грант в ходе конкурса проектов по теме: «Региональные модели медико-социальной помощи лицам с особенностями психического развития», проводимого Институтом «Открытое Общество» (Фонд Сороса). Основным и самым значимым в содержании этой программы является раздел «Особая школа». Благодаря разработанной в отделении реабилитации программы систематического обучения детей с нарушениями интеллекта, в настоящее время они могут, хотя бы частично, реализовать свое конституционное право на обучение и получить знания и

необходимые навыки для полноценной социальной и бытовой адаптации. В разработке и осуществлении программы принимают участие как педагоги, педагоги-дефектологи, олигофрепедагоги, психологи, так и врачи, работающие с психопатологией, - психиатр, психотерапевт, медицинский психолог. Кроме того, по мере необходимости, для лечения соматических заболеваний осуществляется дополнительный индивидуальный патронаж каждого ребенка узкими специалистами и педиатром. Со всеми детьми работает мануальный терапевт, врач-инструктор лечебной физкультуры и массажа. Поскольку психологическое здоровье детей во многом определяется психологическим здоровьем его родителей, авторами проекта был разработан ряд мероприятий с целью оздоровления «среды обитания» ребенка-инвалида, так как в семье он проводит практически все свое время. С января 2003 г. занятия в развивающей группе (методика работы с детьми-инвалидами, по которой работали до «Особой школы»), модифицировались в работу «школы» для детей с нарушениями психического развития.

Разработана и предложена для обсуждения программа реабилитации лиц с особенностями психического развития в условиях работы Центра социальной помощи семье и детям, где клиенты находятся только определенное «рабочее» время (без стационара).

Особенности социально-бытовой реабилитации подростков с нарушениями психического развития состоят в следующем:

- разнообразие и неоднородность диагнозов;
- отсутствие государственных учреждений с неинтернатным режимом посещений, осуществляющих решение задач комплексной социально-психолого-педагогической реабилитации людей с особенностями психического развития при наличии достаточно большого количества медицинских учреждений, оказывающих квалифицированную помощь в лечении и медицинской реабилитации;
- ограничения участия в социальной и культурной деятельности таких людей, возникающие в силу различных причин;
- социальные ограничения, неизбежные в жизни такого человека: иногда он годами проводит время дома в обществе близкого человека, чаще матери;
- необходимость параллельной реабилитационной работы с семьей в целом.

Цель программы: создание условий интеграции подростков и молодых людей с особенностями психического развития и общества через допрофессиональную, психолого-педагогическую реабилитацию, отдых и оздоровление на базе ЦСПСиД «Первомайский».

Состав специалистов, участвующих в реализации программы: педагог-психолог, дефектолог-логопед, врач-психиатр, социальный педагог, специалист по допрофессиональной подготовке.

Реабилитационная работа, структурирована следующим образом: блок двигательной и психомоторной деятельности; психолого-педагогический блок; блок работы с семьей; блок допрофессиональной и творческой подготовки; мероприятия, способствующие процессу интеграции подростков и общества.

Уникальным субъектом Российской Федерации, в котором представлены разнообразные формы работы с семьями с детьми-инвалидами, в том числе инновационные, является Санкт-Петербург, где имеются следующие службы:

- сеть кабинетов раннего вмешательства в детских поликлиниках;

- службы домашнего сопровождения в районах и социальных учреждениях;
- службы первичной помощи семьям, впервые узнавшим о серьезных отклонениях в развитии своего ребенка;
- кризисные службы для семей с детьми-инвалидами;
- службы консультативной помощи семьям, воспитывающим детей-инвалидов;
- службы «Социальное такси»;
- службы поддерживаемого проживания молодых инвалидов и другие уникальные методики медицинской и социальной реабилитации, способствующие интеграции инвалидов в общество.

Начиная с периода планирования родов, семья может осуществить генетическое тестирование на хромосомную совместимость обоих родителей в Медико-генетическом центре. Ежегодно осуществляется массовый скрининг новорожденных на врожденный гипотиреоз, аденогенитальный синдром и муковисцидоз, проводится пренатальный скрининг врожденной и наследственной патологии; отрабатываются новые методы и методики скринингового тестирования слуха, зрения, общения и движения детей раннего и дошкольного возраста.

Службы раннего вмешательства, созданные при детских поликлиниках в районах города и курируемые Институтом раннего вмешательства, ежегодно выявляют до 30% детей с отставаниями в развитии различной тяжести от 0 до 3 лет, и осуществляют своевременный комплекс необходимых для них мер реабилитационного и реабилитационного характера.

В Санкт-Петербурге в системе Комитета по образованию действует Городская межведомственная психолого-медико-педагогическая консультация, которая состоит из двух отделов: клинического, занимающегося диагностикой детей с различной степенью обучаемости и помогающего правильно определиться с выбором типа обучения, и отдела психологической и педагогической коррекции, где сотрудники предоставляют медицинскую, психологическую и педагогическую поддержку детям-инвалидам. Кроме того, имеется информационно-методический центр по оказанию поддержки специалистам, работающим в этой области.

На базе негосударственного учреждения создан Центр социальной реабилитации детей-инвалидов, основными задачами которого являются: оказание психолого-социальной, социально-педагогической, социально-медицинской, социально-бытовой, социально-трудовой реабилитации детей с ограниченными возможностями и молодых инвалидов, а также обучение родителей особенностям их воспитания и методикам реабилитации. Центр является структурным подразделением Санкт-Петербургской ассоциации общественных объединений родителей детей-инвалидов «ГАООРДИ».

Кризисная служба по оказанию помощи семьям, воспитывающим детей-инвалидов в соответствии с целями и направлениями деятельности, осуществляет следующие формы работы:

- социальный патронаж,
- социальная гостиница;
- группа дневного пребывания;
- приемная семья.

Служба домашнего сопровождения и социального патронажа детей-инвалидов является структурным подразделением учреждения, предприятия или организации

социального обслуживания, осуществляющим социальную помощь детям-инвалидам, находящимся в детских домах-интернатах и семьям, воспитывающих детей-инвалидов, в виде содействия, поддержки и услуг для преодоления или смягчения жизненных трудностей, поддержания их социального статуса и полноценной жизнедеятельности, адаптации в обществе. Цель деятельности Службы - способствовать реализации права детей-инвалидов, находящихся в детских домах-интернатах и семей, воспитывающих детей-инвалидов на защиту и помощь со стороны государства, содействовать стабильности семьи как социального института, улучшению социально-экономических условий жизни, показателей социального здоровья и благополучия детей-инвалидов и семей, воспитывающих детей-инвалидов, гуманизации связей семьи с обществом и государством, установлению гармоничных внутрисемейных отношений.

2.2. Особенности реабилитации людей пожилого и старческого возраста

Актуальность проблемы медико-социальной реабилитации граждан пожилого и старческого возраста на сегодняшний день не вызывает сомнений, так как одной из важнейших демографических особенностей XX века является постарение населения многих стран мира, под которым подразумевается увеличение доли пожилых людей в общей численности населения. По данным ООН в 1950 году во всем мире насчитывалось лиц в возрасте 60 лет и старше – 214 млн. человек, в 1975 году – 350 млн. человек, в 2000 году – 350 млн. человек, а по прогнозу на 2025 год – 1 млрд. 100млн. человек.

Многие страны переживают состояние демографической старости. К ним прежде всего относятся: Япония, Канада, США, Россия. Учитывая высокий уровень и темпы постарения, ухудшение психического и физического здоровья людей пожилого возраста, тенденцию последних лет к снижению средней продолжительности жизни, Генеральная Ассамблея ООН провела в 1999 году Международный год пожилых людей в качестве «...знака признания демографического вступления человечества в пору зрелости и тех перспектив, которое оно открывает для развития более зрелых представлений и возможностей в общественной, культурной и духовной жизни – не в последнюю очередь в интересах всеобщего мира и развития в следующем столетии». (*Резолюция 47/5 от 16 Октября 1992 года*).

Наиболее часто используемым показателем старения общества является доля людей старшего возраста в его структуре, (этот показатель выражается в процентах). Обычно демографическое старение измеряется по методике, предложенной Э.Россетом и по шкале ООН, приведенной ниже:

Демографическая классификация по ООН (1959 г.)

(для лиц в возрасте 65 лет и старше):

1. До 4% лиц старше 65 лет - молодое население;
2. От 4- до 7% - зрелое население;
3. Более 7%- старое население.

В последнее десятилетие возникла необходимость выделения и еще одной фазы – глубокой демографической старости, о которой можно говорить в том

случае, когда доля людей в возрасте 60 лет и старше превышает 15%. Учитывая данные, приведенные выше, можно сделать вывод, что Россия достигла этого состояния.

Выделяются следующие причины старения населения:

4. Повышение средней продолжительности предстоящей жизни;
5. Снижение смертности в старших возрастных группах;
6. Снижение рождаемости (основная причина старения населения).

Основные понятия геронтологии как науки о старости и старении.

Геронтология – наука о старости и старении. Она изучает процессы старения с общебиологических позиций, а также исследует суть старости и влияние ее наступления на человека и общество. Необходимо строго различать понятия старости и старения.

Старость – закономерно наступающий заключительный период возрастного индивидуального развития.

Старение - разрушительный процесс, который протекает в результате нарастающего с возрастом повреждающего действия внешних и внутренних факторов и ведет к недостаточности физиологических функций организма.

Для развития старения характерна гетерохронность – различие во времени наступления старения отдельных органов и тканей. Гетеротопность – неодинаковая выраженность процесса старения для разных органов и для разных структур одного и того же органа.

В ходе эволюции наряду со старением возник процесс, стабилизирующий жизнедеятельность организма, повышающий его надежность, направленный на предупреждение повреждения живых систем с возрастом и увеличение продолжительности жизни именуемый витаукт.

В 1963 году в Киеве на семинаре геронтологов и ВОЗ была принята следующая хронобиология, то есть возрастная периодизация:

Молодой возраст	18 – 44 года
Средний возраст	45 – 59 лет
Пожилой возраст	60 – 74 года
Старческий возраст	75 – 90 лет
Долголетие	старше 90 лет

Одним из понятий геронтологии является средняя продолжительность предстоящей жизни, которая рассчитывается по специальным таблицам на основе данных о смертности по возрастным группам. Полученная величина «выражает среднее количество лет, которое в данных условиях смертности может прожить человек, происходящий из исследуемой популяции и находящийся в возрасте «Х» лет». Данный показатель на протяжении последнего десятилетия в нашей стране катастрофически снижается. Разница между средней продолжительностью жизни мужчин и женщин составляет более 10 лет. Прогнозируемая продолжительность предстоящей жизни жителей Красноярского края в 2015 году составит 65,4 года.

Социальная геронтология - общая дисциплина, призванная решать демографические, социально-экономические и психологические проблемы старения населения. В социальном аспекте геронтология изучает:

- индивидуальные переживания пожилой личности;
- место пожилой личности в обществе;
- проблемы старости и их разрешения на уровне социальной политики.

Конкретизация этих направлений проявляется в изучении более частных проблем.

Медико-социальная характеристика пожилых людей. Пожилые люди в силу своего экономического и социального статуса, подверженности ухудшению состояния здоровья в наибольшей степени нуждаются в социальной защите. Выделены следующие группы риска лиц пожилого возраста:

- престарелые, живущие одиноко;
- престарелые женщины, одинокие и вдовы;
- изолированно живущие престарелые;
- бездетные престарелые;
- престарелые, страдающие тяжелыми заболеваниями или физическими недостатками;
- престарелые, вынужденные жить на минимальное государственное или социальное пособие или даже на еще более незначительные средства;
- лица в возрасте 80-90 лет и старше.
- Факторы риска, ведущие к развитию дезадаптации:
- подверженность воздействию окружающей среды,
- большая чувствительность к психологическим воздействиям,
- часто плохие жилищные условия,
- медицинская и социальная помощь низкого качества.

С возрастом увеличиваются потребности в услугах различного рода, в то время как способность людей к активной деятельности в повседневной жизни и независимости снижаются. Организация ухода за престарелыми людьми порождает проблему растущих расходов на государственные программы социального обеспечения и ложится непосильным бременем на общество.

Особенности состояния здоровья пожилых людей, которые следует учитывать при организации различных форм медико-социальной реабилитации:

- множество патогенетических нарушений,
- специфичность проявлений болезни,
- быстрое ухудшение общего состояния при отсутствии лечения,
- высокая частота осложнений,
- необходимость поддерживающей помощи на протяжении длительного времени.

Принципы, цели и задачи медико-социальной реабилитации пожилых людей. Европейский региональный комитет ВОЗ, обсуждая необходимость изменения политики социальных служб и органов здравоохранения в связи со старением населения, отмечает, что одно из важнейших областей деятельности, касающейся оказания помощи престарелым, - это реабилитация.

Рассматривая реабилитацию как действие по устранению ограничений жизнедеятельности, следует выделить основные параметры функционирования пожилых:

- повседневная деятельность,
- психическое и физическое состояние,
- социальный и экономический статус.

Реабилитация пожилых должна во-первых учитывать потребности конкретного человека, и во-вторых базироваться на принципе оказания помощи по месту жительства как наиболее целесообразному, эффективному и поддерживающему подходу в медико-социальном обслуживании, в отличие от стационарных форм реабилитации.

Цели гериатрической реабилитации (реактивации, ресоциализации, реинтеграции и духовного обновления):

- возобновление активной повседневной жизни в своей среде;
- выход из состояния изоляции, вызванного длительной болезнью и полноценного участия в нормальной жизни;
- сохранение или восстановление самостоятельности в физическом, психологическом и социальном отношениях;
- восстановление способности адекватно определять жизненную цель, переосмыслить нравственные ценности;
- возможность (в том числе с помощью церкви) подготовиться к завершению своего жизненного пути.

В геронтологии процесс реабилитации непосредственно связан со средой нахождения индивида, и поэтому индивидуальная программа реабилитации будет не эффективной, если не реабилитировать окружение.

Реабилитация - сложный индивидуальный процесс, задачи которого:

- сохранение функционирования основных систем жизнеобеспечения путем постоянного поддерживающего лечения;
- выведение пожилого человека из психической депрессии;
- предотвращения перехода нарушений здоровья в инвалидность;
- поддержание или восстановление утраченной экономической независимости;
- восстановление способности к адекватным возможностям трудовой деятельности.

Социальные геронтологи выделяют три аспекта геронтологического ухода: диагностика, вмешательство, результаты.

Диагностика в процессе ухода представляет собой получение клинической информации об индивидуальных, семейных или общинных реакциях на актуальные или потенциальные медико-социальные проблемы пожилых людей. Вмешательство состоит из пяти важных областей:

- информация для пожилых людей о развивающихся внутренних процессах при старении, об источниках социальной поддержки и др.;
- жизненный стиль пожилых людей — пропаганда физической активности, правильного питания в позднем возрасте, преодоления сидячего образа жизни;
- область облегчения страданий пожилых, улучшения состояния, дополнения функций;

- воздействие на окружающую среду, в том числе на социополитические процессы, по возможности сдерживая негативное влияние социальных, экономических и политических факторов на функционирование и благополучие пожилых;

- улучшение способностей к самопомощи путем передачи необходимых знаний в области самонаблюдения для раннего выявления заболевания и применения приемов самопомощи.

Результаты геронтологического ухода:

- успешное управление изменениями, наступающими в позднем периоде жизни,
- эмоциональное благополучие,
- обретение новых навыков и ролей, новых отношений и способностей, жизненных установок.

Формы и методы медико-социальной реабилитации пожилых людей.

Социальная реабилитация граждан старших возрастов в домах-интернатах получает особый ракурс. Она имеет своеобразие и отличие от сложившегося представления о социальной реабилитации. Это своеобразие объясняется рядом обстоятельств.

1. Характеристика лиц старших возрастов, находящихся в домах-интернатах:

- преобладание граждан преклонного возраста (56,9%).
- тяжелое состояние здоровья (в среднем у каждого проживающего выявлено более 7 болезней);
- ограниченная способность к самообслуживанию (недееспособные и частично себя обслуживающие);
- ограниченная способность к передвижению;
- изменение психики, проявляющиеся в нарушениях памяти, в расстройствах внимания (отвлекаемость, неустойчивость), в замедлении темпа мыслительных процессов, в нарушениях эмоциональной сферы, в снижении способности к хронологической и пространственной ориентировке, в нарушениях моторики;
- изменения личности, характерные для преклонного возраста; выявлены полярные, контрастирующие черты.

2. Характеристика среды, условий проживания в домах-интернатах. Даже в высоко организованных учреждениях не удается избежать особенностей среды:

- ограниченные возможности занятости;
- монотонный образ жизни;
- ограниченность жизненного пространства;
- недостаток бытового комфорта;
- психологическая несовместимость проживающих;
- зависимость от окружающих;
- формальное отношение персонала.

Обе группы обстоятельств отражают особенности медико-социальной реабилитации лиц преклонного возраста в домах-интернатах.

Одна из ведущих проблем в создании реабилитационной среды в домах-интернатах - организация социально-психологической адаптации пожилых и старых людей как специфический этап социальной реабилитации. Переезд в дом-интернат

ведет к резкому изменению привычных способов адаптации, что наряду с социальной изоляцией увеличивает риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний и даже смертельных исходов у пожилых людей.

Начальный период проживания пожилых людей в доме-интернате состоит из трех основных этапов:

- поступление и пребывание в приемно-карантинном отделении,
- расселение на постоянное место жительства,
- период первых шести месяцев проживания.

Каждый из этих этапов характеризуется своими особенностями и различается целями и задачами в осуществлении социально-психологической адаптации.

Выделены 3 категории причин поступления пожилых людей в дом-интернат:

- поступление связано с состоянием здоровья;
- поступление связано с конфликтной ситуацией в семье;
- поступление связано с желанием сохранить независимость от ближайшего родственного окружения.

Важную роль для последующей социально-психологической адаптации пожилых людей в домах-интернатах играет информация об этих учреждениях.

Первые 3 - 4 недели пребывания в доме-интернате, связанные с переводом на постоянное место жительства, наиболее трудные для пожилых людей. В этот период у 70% из них легко возникают простудные заболевания, обострения имеющейся хронической патологии. Эмоциональное состояние характеризуется появлением чувства безысходности происходящего.

Роль социального работника состоит в том, чтобы обеспечить адаптацию пожилого человека в новых условиях. Выяснение характерологических особенностей пожилого человека, наклонностей и интересов, установок и привычек важно для создания микросоциальных групп. В этих обстоятельствах социальный работник, обладая определенными знаниями и практическим опытом, выступает и как социальный психолог, и как социальный педагог. При этом социальный работник осуществляет контакты с врачом и медицинским персоналом, используя данные из истории болезни, о прошлой жизни пожилого человека, знакомится и с состоянием его здоровья, его возможностями к передвижению и степенью сохранности к самообслуживанию.

Из приемно-карантинного отделения лица старших возрастов должны попадать в спокойную, хорошо организованную среду адаптационного воздействия, которая формируется совместными усилиями специалистов:

- врача,
- медсестры этажа,
- трудинструктора,
- культработника,
- библиотекаря.

Через 6 месяцев пребывания в доме-интернате перед пожилыми людьми встает проблема окончательного решения: проживать в доме-интернате постоянно или вернуться к привычному окружению. Основные причины недовольства:

- плохая организация жизни в доме-интернате,
- невозможность проведения полноценного досуга,
- невнимательное, формальное отношение персонала,

- неблагоприятный психологический климат.

Общение пожилых людей в доме-интернате носит пассивный, ситуативный характер, круг общения пожилых людей ограничен персоналом и лицами, проживающими в доме-интернате.

На этом этапе важное значение приобретает так называемая терапия средой, которая достигается организацией комфортных бытовых условий, трудовой занятости, содержательного досуга. Рационально организованная терапия средой способствует поддержанию психического тонуса, установлению и упрочнению межличностных отношений, наполнению жизни положительными эмоциями и осмысленным содержанием. Названный этап, как и последующий период жизни в доме-интернате пожилых людей, для социального работника представляет широкое поле деятельности и ставит на разрешение совместно с психологом несколько задач:

- определение индивидуальных способов действий по разрешению конфликтных ситуаций;
- выработка индивидуальных психокоррекционных подходов;
- помощь в формировании нового жизненного стереотипа;
- поддержание активных стратегий приспособления;
- формирование адекватных установок на среду;
- снятие негативных эмоциональных переживаний;
- формирование и вовлечение пожилых людей в различные микросоциальные группы;
- групповая психокоррекционная работа.

Индивидуальная психотерапевтическая работа должна быть направлена на формирование нового жизненного стереотипа, изменение оценочных характеристик, снятие эмоционального напряжения. Число занятий определяется индивидуально.

Групповая психокоррекционная работа должна проводиться с использованием дискуссионных групп, групп общения, тренинга умений, релаксационных групп.

В работе с пожилыми людьми необходимо использовать все проводящиеся в интернате групповые занятия для формирования положительного эмоционального настроения. Особое место должно быть отведено индивидуальной программе социально-психологической адаптации пожилого, проживающего в доме-интернате, которая включает следующие разделы:

- тип занятости,
- вид деятельности,
- длительность,
- ответственный за проведение,
- сроки действия,
- эффективность.

К типам занятости относятся: трудовая занятость, общественная занятость, досуг, общение, самообслуживание. Важным разделом является эффективность, которая отражает варианты сохранности, реализации трудовых навыков, сохранении социальной активности и межличностных связей, сохранность познавательных интересов, бытовой независимости и др.

Важно учитывать, что в жизнедеятельности человека есть два важных фактора, определяющих социальную направленность, — это движение и

деятельность. Цель организации занятости пожилых людей — восстановить, оживить, стимулировать затухающую деятельность и движение, что будет способствовать насыщению жизни осмысленным содержанием и продлению самой жизни. Установлено, что психически и интеллектуально активные люди, физически подвижные стареют гораздо медленнее. Происходит как бы обоюдный процесс: деятельность препятствует старению, а старение замедляется при наличии активного образа жизни.

В связи с этим при организации образа жизни, занятости пожилых людей в домах-интернатах целесообразно сместить акценты, рекомендовать терапию движением, трудовой занятостью, использование методов лечебной физкультуры, считать это альтернативой «покою», длительному сидению на диванах, креслах. Только движение с учетом соматического состояния позволит предупредить, облегчить, а может быть, и избавиться от старческих недугов, почувствовать радость бытия.

Особое место в социально-реабилитирующем воздействии на лиц старших возрастов в домах-интернатах занимает трудовая терапия — специально организованный вид занятости с использованием научно обоснованных рекомендаций с учетом соматического здоровья этой категории граждан, их интересов и желаний.

При подходе к решению вопросов занятости граждан пожилого и старческого возраста в домах-интернатах важным положением является необходимость дифференциации контингента, в основу которой положена способность к социальной активности. В соответствии с этим критерием выделено пять групп.

По отношению к лицам пожилого возраста, находящимся в домах-интернатах, рекомендовано введение дифференцированных реабилитационных режимов:

- режим общественно-трудовой занятости направлен на поддержание личной активности пожилых людей, способствует реализации их интересов, знаний, установок, потребности в общении и т. д.;
- лечебно-активирующий режим направлен на поддержание полезных навыков и умений, на оживление общения и сохранение бытовой адаптации;
- лечебно-охранительный режим способствует сохранению функциональных способностей, поддержанию физиологических функций.

Указанные режимы находятся в соответствии с уровнем активности пожилых людей, что позволяет адекватно направить усилия персонала на организацию социально-психологической адаптации пожилых людей.

Все технические средства и оборудование в домах-интернатах используются в двух направлениях:

- средства для самих пользователей с целью реабилитации, восстановления (компенсации) функций и относительно независимого существования;
- средства и оборудование, используемые для бытового обслуживания и медицинского ухода, облегчающие труд персонала.

Первая группа средств, имеющих истинно реабилитационное назначение, включает:

- специальные устройства, направленные на самостоятельное выполнение санитарно-гигиенических и бытовых навыков;
- средства, облегчающие передвижение;

- средства, способствующие участию в трудовой деятельности;
- приспособления, используемые для общения;
- средства, обеспечивающие проведение досуга.

Реабилитация людей пожилого возраста должна проводиться комплексно, то есть, необходима разработка комплексных программ реабилитации, включающих все направления. Реабилитация - это современное направление медико-социальной помощи, которое в своих методах опирается, прежде всего, на личность пожилого человека, активно пытаясь восстановить нарушенные болезнью функции человека, а также его социальные связи. Не существует подлинной реабилитации без обращения к личности пожилого человека, без восприятия человека в неразрывной связи с окружающей средой. Т.е. реабилитация лиц пожилого возраста должна быть основана на партнерстве социального работника, врача и пациента, разноплановости усилий и воздействий, направленных на разные сферы жизнедеятельности, единстве биологических и психосоциальных методов воздействия и ступенчатости воздействий.

2.3. Особенности реабилитации лиц с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата

Патопсихологические особенности лиц с нарушением слуха и зрения. При анализе личностной структуры взрослых инвалидов с нарушением зрения с детства необходимо учитывать следующую характерологическую дифференциацию: личности тормозимого круга составляют 45%; возбудимого круга - 35%; смешанного характера - 20%.

У инвалидов тормозимого круга преобладают замкнутость, малая общительность, сенситивность, робость, нерешительность. Для инвалидов возбудимого круга характерны повышенная возбудимость, раздражительность, чрезмерная эффективность с потерей чувства контроля над своими действиями, обидчивость, упрямство, эгоцентризм. Они отличаются обстоятельностью и педантизмом. Многие склонны к истерическим реакциям. У подавляющего большинства инвалидов с нарушением зрения невротические черты характера наблюдались с самого детства. При этом такие лица обладают хорошей памятью, легко и свободно излагают свои мысли и имеют достаточно высокую общеобразовательную подготовку. Многим из них свойственны обостренное понимание морально-нравственных принципов и повышенная принципиальность.

Патопсихологические изменения и проявления зависят от времени появления дефекта зрения и его глубины. Отсутствие зрения с раннего детства само по себе не является фактором психологическим, и слепые не чувствуют себя погруженными во мрак. Психологическим фактом слепота становится только тогда, когда незрячий человек вступает в общение с отличающимися от него зрячими людьми.

Глубина и длительность реакции на слепоту зависят как от особенностей личности, так и от темпа развития зрительного дефекта, от его тяжести и времени появления. Реакция у мгновенно ослепших людей - более тяжелая, чем у тех, кто потерял зрение постепенно.

Выделены три этапа личностного невротического реагирования на появление слепоты.

1. Острая реакция эмоционального шока в первые дни проявляется в виде эмоциональной дезорганизованности, угнетенности, тревоги, страха, астении, гипертрофированного представления о своем дефекте.

2. Реактивный переходный период с развитием невротического состояния наблюдается в течение первых трех месяцев. Психопатологическая симптоматика определяется депрессивными, тревожно-депрессивными, ипохондрическими, истерическими, фобическими расстройствами.

3. При прогрессирующей потере зрения характерны жалобы на одиночество, беспомощность. Возможны суицидальные действия. В этот период либо происходит адаптация к слепоте, либо развиваются патохарактерологические изменения в структуре личности.

Патологическое развитие личности проявляется преимущественно четырьмя типами: астеническим, обсессивно-фобическим, истерическим и ипохондрическим, аутистическим (с погруженностью в мир внутренних переживаний). При неблагоприятных условиях у поздноослепших могут нарушаться социальные связи, изменяться поведение.

Выделяют 4 фазы в процессе адаптации к слепоте: 1) фаза бездействия, которой сопутствует глубокая депрессия; 2) фаза занятия, в которой инвалид по зрению включается в деятельность с целью отвлечься от тяжелых мыслей; 3) фаза деятельности, для которой характерно стремление реализовать свои творческие возможности; 4) фаза поведения, когда складываются характер и стиль деятельности незрячего, определяющие весь его дальнейший жизненный путь.

Психологические нарушения у взрослых людей при потере слуха во многом схожи с теми, которые наблюдаются при потере зрения, так как в обоих случаях обусловлены сенсорной депривацией и изоляцией.

Взрослые люди с рано приобретенными нарушениями слуха при благоприятных социально-психологических условиях могут достигать хорошего уровня социально-психологической адаптации с редукцией нервно-психических отклонений. Наблюдаются несколько типов патохарактерологического развития личности. Для лиц с астеническим типом личности характерны чувство тревоги, неустойчивое настроение, сенситивность, неуверенность в себе, страх перед трудностями жизни и в работе. Реактивно обусловленные декомпенсации сопровождаются вегетативно-сосудистыми нарушениями, снижением настроения, расстройствами восприятия в виде патологических ощущений и иллюзорных переживаний, идей неполноценности. Постепенно зависимость состояния от психотравмирующих ситуаций стирается, и психические аномалии становятся характерной особенностью личности. Круг интересов сужается до концентрации на собственном самочувствии и переживаниях. Нередко возникают ипохондрические, депрессивные настроения, страх общения (социофобия). Появляется повышенное внимание к самоощущениям и вопросам здоровья. Возможно формирование астено-депрессивных или ипохондрических расстройств личности. В поведении прослеживаются повышенная пунктуальность, аккуратность, приверженность к распорядку дня.

Развитие личности по возбудимому типу чаще наблюдается в дисгармоничных семьях, при наследственной отягощенности. Такие лица на фоне инфантильности, обидчивости, ранимости, мнительности проявляют повышенную требовательность, нетерпимость к окружающим, придирчивость, раздражительность. Нередко они обладают повышенным самомнением, демонстративным поведением, стремлением к чрезмерному к себе вниманию, эгоцентризмом.

При поздней потере слуха, в зрелом возрасте, эта беда воспринимается как тяжелая психотравма. Личностное реагирование на потерю слуха зависит от многих факторов: личностных особенностей, возраста, быстроты снижения слуха, психологической устойчивости к стрессам, социального положения, профессии. Внезапная потеря слуха воспринимается как крушение жизни и сопровождается эмоциональной невротической реакцией. Психологическая реакция на постепенное ухудшение слуха носит менее острый характер, так как человек постепенно адаптируется к изменению здоровья. Потеря слуха сопровождается нарушением физического, душевного и социального благополучия, расстройством биосоциальной адаптации. Отношение к потере слуха во многом зависит от возраста и социального положения. Молодые люди острее воспринимают свой дефект. Для них психологически более значимы эстетические, интимные компоненты заболевания, резонанс на его дефект со стороны знакомых и близких людей, ограничение личной свободы, профессионального роста, возникновение определенной социальной депривации.

В пожилом возрасте потеря слуха воспринимается менее болезненно, иногда - как закономерный процесс старения. В психическом состоянии наряду с усилением прежних черт или изменений личности, свойственных периоду старения, появляются и новые черты - эмоциональная неустойчивость, частая смена настроения: от надежды на улучшение состояния здоровья и жизненной ситуации человек быстро переходит к отчаянию.

Есть и другая категория людей, с противоположным отношением к своей болезни - аногностическим. Они отказываются замечать свой дефект, обвиняют окружающих, что те говорят тихо или неразборчиво, а если окружающие повышают голос, - заявляют, что «нечего кричать, они не глухие».

Социальные позиции людей, утративших слух, подразделяются на три типа: адекватная позиция, соответствующая реальному положению вещей; позиция, обусловленная переоценкой тяжести своего состояния и характеризующаяся неверием в свои возможности, слабостью побуждений, нежеланием активно включаться в реабилитационный процесс; позиция упорного нежелания изменить свой образ жизни в соответствии с изменившимися возможностями.

В ряде случаев молодые люди, недавно потерявшие слух, сами рвут свои прежние связи и самоизолируются, так как, по их мнению, становятся неудобны для общения со старыми знакомыми и друзьями. В этом отношении позитивно отличаются инвалиды с детства, которые адаптированы к своему заболеванию и ограничениям и не склонны строить свое представление о себе только на основании наличия своего дефекта.

Тип реагирования на болезнь будет определять поведение больного и соответственно психотерапевтическую тактику врача или социального работника, участвующих в реабилитационном процессе.

Социально-медицинская реабилитация слепых. Слепотой в медицинском смысле называется полное отсутствие способности воспринимать при помощи зрения не только форму предметов и их грубые очертания, но и свет. При таком состоянии зрение отсутствует полностью, оно равно нулю. При наличии остроты зрения 0,04 и ниже на лучшем глазу с использованием средств для коррекции зрения (очки) обладателей его следует относить к слепым. К слабовидящим относят лиц с остротой зрения на лучшем глазу с использованием обычных средств коррекции от 5 до 40%. Это дает возможность слабовидящим более регулярно и систематически использовать оптический анализатор для зрительных работ, таких как чтение и письмо, а также некоторых других, не предъявляющих высоких требований к зрению, но только в особо благоприятных условиях.

Слепота - одна из важных социальных проблем. В мире насчитывается не менее 20 млн. слепых, если слепоту определять, как неспособность сосчитать пальцы на расстоянии 3 метров, т. е. если придерживаться определения слепоты, рекомендованного Всероссийским обществом слепых (ВОС). По данным ВОС, в России инвалидов по зрению насчитывается 272801 человек, из них 220956 - тотально слепые.

Основные причины, способствующие росту инвалидности по зрению: ухудшение экологии, наследственную патологию, низкий уровень материально-технического обеспечения медицинских учреждений, неблагоприятные условия труда, рост травматизма, осложнения после перенесенных тяжелых и вирусных заболеваний и др.

Как остаточное зрение, так и зрение слабовидящих не является неизменным. К прогрессирующим следует относить заболевания первичной и вторичной глаукомы, незаконченную атрофию зрительного нерва, травматические катаракты, пигментную дегенерацию сетчатки, воспалительные заболевания роговой оболочки, злокачественные формы высокой близорукости, отслойку сетчатки и т.д. К стационарным видам следует относить пороки развития, например микрофталь, альбинизм, а также такие непрогрессирующие последствия заболеваний и операций, как стойкие помутнения роговицы, катаракта и т.д.

Возраст возникновения нарушения зрения и его характер определяет степень ограничения жизнедеятельности. К основным категориям нарушения жизнедеятельности слепых можно отнести такие, как снижение способности видеть, идентифицировать людей и объекты, соблюдать личную безопасность. Через зрительный анализатор человек получает до 80 % всей информации. Незрячий или слабовидящий человек в процессе своей жизнедеятельности встречается со множеством трудностей: низкими возможностями в сфере образования и трудоустройства, получения доходов; нуждаемостью в специальном оборудовании, приспособлениях, облегчающих бытовое самообслуживание, в лечебном и медицинском обслуживании. Многие трудности жизнедеятельности обусловлены не только дефектом зрения, но и ограничениями социальной среды и неразвитостью реабилитационных услуг. Инвалиды недостаточно оснащены вспомогательными тифлотехническими средствами (магнитофонами, брайлевской бумагой, компьютерами и специальными приставками к ним, приспособлениями для приготовления пищи и ухода за ребенком и т.д.) и средствами коррекции зрения (телескопическими и сферопризматическими очками, гиперокулярами,

увеличивающими приставками). Трудности передвижения на улице и в транспорте связаны с «архитектурным» барьером. Отсутствует специальная методическая литература по вопросам оказания помощи инвалидам по зрению; не хватает специалистов-реабилитологов.

В настоящее время государство направляет свои усилия на создание такой социальной структуры, которая бы максимально обеспечивала нужды и потребности незрячих и слабовидящих в медицинском обслуживании, реабилитации, активном участии в трудовой деятельности и культурной жизни общества, образовании, обучении, развитии творческих умений и навыков. Законодательно права и льготы лиц с нарушением зрения зафиксированы в ряде международных и российских нормативно-правовых документов, общих для всех категорий инвалидов.

Основными социально-экономическими и социально-демографическими показателями, характеризующими положение незрячих и слабовидящих людей в обществе, традиционно считаются их участие в трудовой и общественной деятельности, размер зарплаты и пенсии, уровень потребления товаров длительного пользования, жилищно-бытовые условия, семейный статус, образование. Это определяет приоритеты правовых основ социальной защиты инвалидов по зрению, которые направлены, прежде всего, на улучшение медицинского обслуживания и реабилитации, решение проблем трудоустройства и профессионального обучения, на улучшение материального положения инвалидов и их семей.

Огромный вклад в социальную защиту вносят общественные организации инвалидов. Согласно статистическим данным, 92 % организаций, занимающихся реабилитацией инвалидов по зрению, являются негосударственными учреждениями. Наиболее мощные из них - Всероссийское общество слепых (ВОС) и РИТ (Работники интеллектуального труда). В данный период времени эти предприятия и территориально первичные организации не могут осуществлять помощь инвалидам по зрению в полном объеме. В настоящее время в России существует четыре центра реабилитации слепых (Волоколамский, Санкт-Петербургский, Нижегородский, Бийский), где проводится комплексная реабилитация:

- медицинская - направлена на восстановление зрительной функции, профилактику остаточного зрения;
- медико-социальная - комплекс лечебно-оздоровительных, культурно-оздоровительных мероприятий;
- социальная - комплекс мер, направленных на создание и обеспечение условий для социальной интеграции незрячих, восстановление утраченных общественных связей; на восстановление и формирование элементарных навыков самообслуживания, ориентировки в физической и социальной среде, в обучении системе Брайля;
- психологическая - психологическое восстановление личности, формирование черт личности в подготовке к жизни в условиях слепоты;
- педагогическая - обучение и воспитание;
- профессиональная - профессиональная ориентировка, профессиональная подготовка и трудоустройство в соответствии с состоянием здоровья, квалификацией, личными склонностями;
- разработка и внедрение тифлотехнических средств, обеспечение ими слепых.

Особая роль в системе реабилитации принадлежит медико-социальной реабилитации инвалидов.

Решающий момент в психологической реабилитации - восстановление социальных позиций инвалида по зрению, изменение отношения к своему дефекту и восприятие его как личного качества, индивидуальной особенности.

В педагогическом процессе особое место занимает обучение навыкам использования в работе компьютерной оргтехники, умению ориентироваться в научной информации, эффективно ее использовать для решения практических задач.

Курс социальной реабилитации обеспечивает овладение навыками самостоятельной ориентировки в пространстве, социально-бытовой ориентировки и самообслуживания, чтения и письма по системе Брайля, машинописи и других коммуникативных средств. Незрячих обучают правилам пользования общественным транспортом, учат делать покупки в магазине, пользоваться почтой и т.д.

Профессиональная подготовка включает обучение определенным специальностям, ремеслам и обучение навыкам ведения собственного дела. Набор специальностей и ремесел определяется доступностью для незрячих, общественным спросом на эти специальности и возможностями трудоустройства инвалидов по зрению.

Коррекционное направление работы с родными и близкими инвалидов по зрению включает в себя социально-психологическую помощь при решении внутрисемейных проблем.

Информационно-просветительское направление предусматривает получение родными и близкими инвалида по зрению наиболее полной информации о Всероссийском обществе слепых, системе реабилитации в Российской Федерации и за рубежом, правах и льготах инвалидов по зрению, профилактике и охране остаточного зрения, возможностях рационального трудоустройства, обучения в различных учебных заведениях и о многом другом.

Информационно-практическое направление предусматривает знакомство родных и близких незрячего с основными приемами и способами пространственного ориентирования, правилами сопровождения незрячего, вспомогательными тифлотехническими средствами по пространственному ориентированию, с рельефно-точечным шрифтом Брайля и письмом по Гебольду, т.е. письмом обычным плоским шрифтом по трафарету, с приемами и способами ведения домашнего хозяйства в условиях ограниченного зрительного контроля или его отсутствия.

Лишь совместные усилия специалистов и ближайшего окружения незрячего могут привести к положительным результатам его реабилитации.

Социальная реабилитация инвалидов по слуху. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), нарушения слуха имеют около 300 млн. человек, что составляет примерно 7 - 8 % всего населения планеты; около 90 млн. человек имеют тотальную глухоту. В Российской Федерации, по примерным данным ВОЗ, 12 млн. человек имеют нарушения слуха, из них более 600 тыс. человек - дети и подростки.

Стремительно растет число лиц с нарушенным слухом в группе населения после 50 лет. Постоянно увеличивается число детей с дефектами слуха. В структуре заболеваний на долю нарушений слуха и зрения суммарно приходится 17% всех заболеваний, которые приводят к детской инвалидности. Основные причины возникновения заболевания по слуху у детей и взрослых - последствия воспалительных и инфекционных заболеваний (менингита, тифа, гриппа, свинки, скарлатины и др.), токсических поражений в результате приема ототоксических препаратов (препаратов аминогликозидного ряда), механических травм и контузий, поражение центральных отделов слухового анализатора, возникающее в результате повреждений или заболеваний головного мозга (энцефалита, черепно-мозговой травмы, кровоизлияния, опухоли).

Существуют различные классификации по степени потери слуха, среди которых самая распространенная - классификация, принятая Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) (табл. 2).

Инвалидность по слуху, как правило, присваивается лицам, имеющих полную потерю слуха либо потерю слуха III или IV степени.

Таблица 2

Классификация слуховых нарушений

Уровень слухового нарушения	Потеря слуха, в дБ	Степень потери слуха (по ВОЗ)
Полная потеря слуха	-	Глухота
Глубокое нарушение слуха	90 и более	Потеря слуха IV степени
Тяжелое нарушение слуха	71-90	Потеря слуха III степени
Среднетяжелое нарушение слуха	56-70	Потеря слуха II степени
Среднее нарушение слуха	41-55	Потеря слуха I степени
Легкое нарушение слуха	26-40	Воспринимается обычная речь

Для установления группы инвалидности по слуху (слепоглухота) учитываются следующие показания:

- нарушения сенсорных функций (зрения, слуха);
- нарушение способности к общению - установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации;
- ограничение самообслуживания;
- способность к обучению в учебных заведениях общего типа, потребность в специальном режиме учебного процесса и (или) с использованием вспомогательных средств, с помощью других лиц (кроме обучающего персонала);
- способность к выполнению трудовой деятельности: уровень квалификации или объем производственной деятельности, невозможность выполнения работы по своей профессии.

Социальные проблемы лиц с нарушенным слухом. На всех возрастных этапах жизни неслышащие люди сталкиваются с проблемами в общении с окружающим миром и в получении информации.

Объекты социальной, транспортной и инженерной инфраструктуры городов не приспособлены для свободного доступа инвалидов к информации. К примеру,

транспортные средства (автобусы, троллейбусы, поезда пригородного сообщения и др.) не оборудованы табло с бегущими строками. Уличные телефонные аппараты не могут быть использованы инвалидами по слуху для связи с различными абонентами.

Отсутствие сервиса переводческих услуг в различных регионах Российской Федерации, в других случаях - дефицит переводчиков жестового языка затрудняют контакты глухих граждан с представителями государственных органов власти и юстиции, организаций социальной защиты, образования, здравоохранения, управления внутренних дел, их учебу в различных образовательных учреждениях.

Производство в ограниченных масштабах различных моделей текстовых телефонных аппаратов и других технических средств связи и коммуникации (световых оптических сигнализаторов, электронянь, будильников с вибратором), центров операторской телефонной связи для глухих приводит к их информационной изоляции.

Общественно-публицистические, познавательные, молодежные, художественные, детские и другие массовые передачи на каналах телевидения синхронно не субтитрируются.

Критерии сообщества глухих. С точки зрения патологии глухоты во многих странах с начала 1980-х гг. глухих стали рассматривать как культурно-лингвистическое или социолого-лингвистическое меньшинство. В научных трудах, сообщениях средств массовой информации, в обиходе применяются следующие термины для обозначения сообщества глухих: «языковое меньшинство», «социолого-лингвистическое меньшинство», «культурно-языковое меньшинство».

Сами глухие смотрят на глухоту как на фактор, который связан, прежде всего, с социальным, лингвистическим, антропологическим и культурным аспектами. Глухие предпочитают, чтобы к ним в обществе относились как к равноправным членам, которые могут быть интегрированы в «мир слышащих» в качестве членов сообщества глухих. В 1987 г. Генеральная Ассамблея ООН согласилась с предложением своих экспертов, что в каждой стране «глухие и люди с серьезными нарушениями слуха должны быть признаны как лингвистическое меньшинство, которое имеет право пользоваться своим жестовым языком в качестве первого официального языка и средства коммуникации и обучения, а также пользоваться переводческими услугами».

Основными критериями, по которым определяется принадлежность к сообществу глухих, выступают:

1. Использование жестового языка. Жестовый язык объединяет глухих в одно пространство, которое отделяется от большинства слышащих. Жестовый язык передается от одного поколения другому. В 1984 г. ЮНЕСКО приняла резолюцию: «...Жестовый язык должен быть признан как легитимная лингвистическая система и должен иметь тот же статус, что и другие лингвистические системы». В 1988 г. Парламент Совета Европы призвал государства ЕЭС признать национальные жестовые языки как официальные языки в своих странах.

Жестовый язык отмечен в конституции таких стран, как Великобритания, Финляндия, Колумбия, Португалия, Словакия, Чехия, ЮАР, Уганда и др.

Жестовый язык неслышащих Австралии, Белоруссии, Дании, Канады, Литвы, Норвегии, США, Украины, Уругвая, Швейцарии, Швеции, Франции и других стран

применяется во многих сферах общественной жизни и близок к официальному признанию государством.

В Швеции, Норвегии, Франции и других государствах законодательно закреплено право глухих на получение образования на жестовом языке.

2. Глухота как критерий идентификации, по которому глухие причисляют себя к социолого-лингвистическому меньшинству.

Как пишет Луиза Кауппинен, президент Всемирной федерации глухих (WFD), в журнале «WFD News»: «Во всем мире сформировалось определенное самосознание глухих, которые стали рассматривать себя как социально-культурную общность со своим языком, самобытной историей, ценностями, обычаями, средствами и организациями, раскрывающимися во взаимодействии с другими, то есть «неглухими».

3. Поведенческие нормы и правила. У членов сообщества существуют определенные правила и нормы, в рамках которых они живут.

4. Браки между глухими. Более 90 % браков глухих людей заключаются с глухими или слабослышащими. Чаще встречаются браки между выпускниками одной школы для глухих или слабослышащих детей.

Историческое наследие. Для глухих характерно чувство преемственности. Каждое новое поколение глухих наследует историю, пройденную в школе и сообществе. Школьные учебные заведения или общественные организации глухих имеют музейные коллекции о развитии сообщества глухих, его культурном историческом наследии.

Реабилитация и социальное обслуживание инвалидов по слуху.

Под реабилитацией глухих понимают комплекс социальных, медицинских, технических, образовательных, культурных и других мероприятий, цель которых - реализация равных прав и возможностей, глухих во всех сферах жизни.

Приведенные ниже выдержки из Декларации независимости инвалида важны для понимания характера взаимодействия между глухими и слышащими членами общества.

- *Не рассматривайте мою инвалидность как проблему.*
- *Не нуждаюсь в поддержке, я не слаб, как кажется.*
- *Не рассматривайте меня, как пациента, так как я просто ваш соотечественник.*
- *Не старайтесь изменить меня, у вас нет на это права.*
- *Не пытайтесь руководить мною. Имею право на собственную жизнь, как любая личность.*
- *Не учите меня быть покорным, смиренным и вежливым. Не делайте мне одолжения.*
- *Признайте, что реальной проблемой, с которой сталкиваются инвалиды, является их социальное обесценивание и притеснение, предубежденное отношение к ним.*
- *Поддерживайте меня, чтобы я мог по мере сил внести свой вклад в общество.*
- *Помогите мне познать то, что я хочу.*
- *Будьте тем, кто заботится, не жалея времени, и кто борется в попытке сделать лучше.*

- *Будьте со мной, даже когда мы боремся друг с другом.*
- *Не помогайте мне, когда я в этом не нуждаюсь, даже если это доставляет вам удовольствие.*
- *Не восхищайтесь мною. Желание жить полноценной жизнью не заслуживает восхищения.*
- *Узнайте меня лучше. Мы можем стать друзьями.*
- *Будьте союзниками в борьбе против тех, кто пользуется мною для собственного удовлетворения.*
- *Давайте уважать друг друга. Ведь уважение предполагает равенство.*
- *Слушайте, поддерживайте и действуйте.*

В контексте социальной модели реабилитации следует использовать соответствующую корректную терминологию при обозначении группы людей, имеющих потерю слуха: глухой, слабослышащий, инвалид с детства по слуху, позднооглохший, человек с нарушением слуха.

Рекомендуется включение курсов по работе с инвалидами по слуху и изучению жестового языка в программы учебных заведений среднего и высшего профессионального образования, готовящих специалистов в области социальной защиты, образования, здравоохранения и физической культуры и спорта.

Большое значение имеет утвержденный на правительственном уровне гарантированный перечень реабилитационных мероприятий и услуг, которые должны предоставляться инвалидам по слуху:

- бесплатные переводческие услуги при обращении глухих в различные организации, при обучении глухих в учебных заведениях среднего и высшего профессионального образования;
- оборудование объектов городской среды техническими средствами связи и коммуникаций (уличные текстофоны, телефоны с возможностями телекоммуникаций и др.);
- обеспечение инвалидов по слуху специальными средствами коммуникационной поддержки (будильник с вибратором, беспроводные оптические сигнализаторы, текстовые телефонные аппараты и др.);
- организация телевизионных передач с субтитрами;
- создание центров реабилитации инвалидов по слуху на базе центров социального обслуживания или учреждений государственных органов социальной защиты;
- выдача денежных компенсаций на приобретение телефонных аппаратов (факс, текстофон, сотовый телефон для передачи текстовых сообщений, телефон с усилителем звука, телефон с бегущей строкой, пейджер, телеавтограф, факс-модем);
- оборудование транспортных средств табло с бегущей строкой для оповещения об остановках и других мерах предосторожности.

Федеральным законом Российской Федерации «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (статья 14) оговорено право глухих на обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к информации.

Кроме того, государственные органы управления образованием обеспечивают учащихся с нарушениями слуха - бесплатно или на льготных условиях -

специальными учебными пособиями и литературой, а также предоставляют им возможность пользования услугами сурдопереводчиков (статья 19).

Успешность социальной реабилитации глухих определяется гарантией доступности качественного образования (общего и профессионального), при расширении круга специальностей на всех уровнях и изменении общественного отношения к данной группе лиц с особыми возможностями и потребностями

Особенности социальной реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Патология опорно-двигательного аппарата является следствием врожденного дефекта, последствий травм, дегенеративно-дистрофических изменений в костно-мышечной системе. В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности двигательные нарушения представляются достаточно дифференцированно. Выделяются двигательные расстройства:

- вследствие полного или частичного отсутствия одной или более конечностей, включая ампутации;
- вследствие отсутствия одной или более дистальных частей конечностей (палец, кисть, стопа);
- в связи с отсутствием или нарушением произвольной подвижности четырех конечностей (квадриплегия, тетрапарез);
- вследствие отсутствия или нарушения подвижности нижних конечностей (параплегия, парапарез);
- в связи с нарушением произвольной подвижности верхней и нижней конечности на одной стороне (гемиплегия, гемипарез);
- вследствие нарушения мышечной силы нижних конечностей;
- в связи с нарушением двигательных функций одной или обеих нижних конечностей.

Следствием этих нарушений являются ограничения жизнедеятельности в сфере самообслуживания и передвижения.

Параметрами при оценке способности к передвижению могут являться:

- расстояние, на которое может передвигаться человек;
- темп ходьбы (в норме 80—100 шагов в минуту);
- коэффициент ритмичности ходьбы (в норме 0,94—1,0);
- длительность двойного шага (в норме 1—1,3 с);
- скорость передвижения (в норме 4—5 км/ч);
- нуждаемость и возможность использования вспомогательных средств.

Оба вида ограничений жизнедеятельности у инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата взаимосвязаны, хотя и можно говорить о преобладании ограничений способности к самообслуживанию при патологии верхних конечностей, а об ограничениях способности к передвижению — при повреждениях нижних конечностей.

Проблемы осуществления самообслуживания и самостоятельного передвижения решаются в ходе социально-бытовой реабилитации. Организация социально-бытовой реабилитации связана с рядом методических подходов, которые лежат в основе технологии этой формы реабилитации.

Важной составляющей социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата является социально-бытовая адаптация, которая представляет собой процесс приспособления инвалида к условиям жизнедеятельности с помощью специальных вспомогательных устройств и приспособлений для стабилизации жизни с имеющимся дефектом к новым, сложившимся условиям.

Заключительным этапом социально-бытовой реабилитации инвалида является социально-бытовое устройство — проживание его в квартире со специально созданными бытовыми условиями, которые отвечают всем потребностям инвалида.

Модель жилого помещения для социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата предусматривает оптимальное жилое помещение, которое содержит жизненно важные «блоки» и в котором инвалид с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата будет надежно адаптирован.

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут быть в результате физических травм, вследствие нарушения мозгового кровообращения, полиомиелита, ДЦП, врожденных физических дефектов.

Адаптированное жилое помещение включает приспособления фиксированные (стационарные) и приспособления индивидуальные (нестационарные). При этом учитываются два самостоятельных подхода:

- модификация, приспособление самих помещений с учетом типа физического дефекта, нарушений функций опорно-двигательного аппарата за счет специального стационарного оборудования;
- оснащение этих помещений специальными (нестационарными) индивидуальными вспомогательными устройствами для облегчения самообслуживания.

К оборудованию и оснащению предъявляются требования двух категорий.

1. Медицинские требования:

- точное соответствие типу дефекта;
- совпадение реабилитационного воздействия с физиологической функцией дефектного органа (конечности);
- функциональность реабилитационных изделий;
- предупреждение (избежание) возможных осложнений в ходе пользования вспомогательными устройствами.

2. Технические требования:

- безопасность пользования;
- надежность, прочность материала, из которого изготовлено изделие;
- простота конструкции, обеспечивающая доступность для пользователя;
- компактность;
- ограничение эргономических усилий.

В Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» прописаны льготы данной категории инвалидов, касающиеся их права на изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий за счет средств федерального бюджета в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Инвалиды, имеющие соответствующие медицинские показания, обеспечиваются автотранспортными средствами бесплатно или на льготных

условиях. Техническое обеспечение и ремонт автотранспортных средств и других средств реабилитации, принадлежащих инвалидам, осуществляется вне очереди на льготных условиях и в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

2.4. Особенности реабилитации больных и инвалидов с различными заболеваниями

Особенности медико-социальной реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. К основным и наиболее распространенным сердечно-сосудистым заболеваниям, приводящим к инвалидности, относятся ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда, цереброваскулярная патология с хроническими и острыми нарушениями кровообращения, тяжелые стадии гипертонической болезни.

Ограничения жизнедеятельности во многом определяются выраженностью нарушений кровообращения, распространенностью патологического процесса и его характером, течением и стадией заболевания.

Умеренное нарушение функции кровообращения при ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, церебральном атеросклерозе может привести к таким ограничениям жизнедеятельности, как способность к передвижению, обучению, трудовой деятельности. Это связано со снижением физической и психофизической выносливости больных, периодически возникающими приступами стенокардии или гипертоническими кризами, частыми головными болями, головокружением, снижением интеллектуальной продуктивности.

При выраженных расстройствах кровообращения страдают все функции жизнедеятельности, что приводит к снижению способности к самообслуживанию, передвижению, обучению, трудовой деятельности. При расстройствах мозгового кровообращения наблюдаются головокружения с неустойчивостью походки, головные боли, нарушения интеллектуально-мнестических функций, вплоть до слабоумия. При очаговых поражениях возникают нарушения статодинамической функции (парезы, параличи, атаксия), которые приводят к расстройствам произвольной подвижности одной или нескольких конечностей, снижению мышечной силы. Следствием этих нарушений являются ограничения в сфере самообслуживания, самостоятельного передвижения. У людей возникают расстройства речи, слуха, зрения, снижение способности понимать обращенную к ним речь, писать, читать. В результате нарушается способность к общению и обучению. Ограничение способности контролировать свое поведение может быть вызвано эпилептиформными пароксизмами, зрительной агнозией, выраженными нарушениями психических функций. В тяжелых случаях больные могут полностью утратить навыки к самообслуживанию, соблюдению личной гигиены, к физиологическим отправлениям.

В остром и подостром периоде сердечно-сосудистых заболеваний основное место занимает *медицинская реабилитация* - лечебная физкультура, дозированные физические нагрузки, физиотерапия, санаторно-курортное лечение, диетическое

лечебное питание. Цель медицинской реабилитации - восстановление функций систем и органов, нарушенных в результате болезни, совершенствование компенсаторных механизмов больного, снижение степени выраженности сердечной недостаточности, расстройств кровообращения, нарушений сердечного ритма, предотвращение прогрессирования заболевания и рецидивов, т.е. осуществление вторичной профилактики.

Большое значение имеет *социально-психологическая реабилитация*, особенно после перенесенного инфаркта миокарда или инсульта. Применяются индивидуальная (психокоррекция, аутогенная тренировка) и групповая психотерапия. Психотерапевтические занятия призваны помочь больному справиться с перенесенным психическим стрессом, вызванным внезапным тяжелым, жизнеугрожающим недугом, невротическими расстройствами, а также настроиться на активное участие в реабилитационных мероприятиях.

Основная задача *социальной реабилитации* - обучение «жизни с инвалидностью»: организация диетического питания, режима труда и отдыха, обучение самопомощи и самообслуживанию, персональной сохранности, пользованию вспомогательными техническими средствами. Больному, имеющему статические и двигательные нарушения, приходится заново учиться ходить, есть, управлять руками, телом, выполнять ранее привычные и жизненно необходимые действия. Большое значение имеет обучение членов семьи решению проблем инвалидности, использованию вспомогательных приспособлений и устройств, помогающих самому инвалиду и уходу за ним.

Технические средства реабилитации подбираются в зависимости от вида и тяжести ограничений жизнедеятельности.

В качестве восстановительной терапии инвалидам с сердечнососудистыми нарушениями и их осложнениями в виде нарушений двигательных функций показана трудотерапия. Трудотерапия проводится в двух направлениях. Больные с выраженными нарушениями двигательной функции, вестибулярно-мозжечковыми расстройствами после медицинской реабилитации продолжают освоение и тренировку навыков обслуживания в реабилитационных отделениях в блоке социально-бытовой реабилитации. Такой блок представлен имитацией жилой комнаты и кухни, в которых размещены специализированный набор мебели, стол-стенд, настенный стенд с набором бытовых принадлежностей. Занятия с использованием специализированных устройств позволяют больным воспроизводить стереотипы повседневной жизни, что способствует восстановлению их нарушенных функций и приобретению самостоятельности в быту. Больные с незначительными и умеренными нарушениями двигательной функции, у которых способность к самообслуживанию существенно не ограничена, часто нуждаются в отработке координации движений и изолированных двигательных актов на стендах и бытовых приборах.

При *профессиональной реабилитации* обращается внимание на психофизические возможности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Такому контингенту лиц противопоказаны значительные физические нагрузки, работа, связанная с нервно-психическим напряжением, в неблагоприятной экологической или экстремальной обстановке, при интенсивном шуме, вибрации, смене температур, вдали от населенных пунктов. При нарушениях речи

противопоказаны выполнение административных обязанностей, преподавательская деятельность.

Нередко необходимо создание специального рабочего места, оснащенного вспомогательным оборудованием и техническими приспособлениями.

Особенности медико-социальной реабилитации ВИЧ-инфицированных

Пандемия СПИДа является проблемой мировой социальной медицины. В связи с массовым распространением в мире заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), которое остается неизлечимым и приводит к неотвратимому смертельному исходу, вызывает тяжелые социально-экономические и демографические последствия для России, создает угрозу личной, общественной и государственной безопасности, угрозу существования человечества, - все это вызвало необходимость защиты прав и законных интересов населения и применения современных эффективных мер комплексной профилактики ВИЧ-инфекции.

На решение этих проблем направлен Федеральный закон №38 от 30.03.1995 г. «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

В ст. 4 гл. 1 «Гарантии государства» определены следующие гарантии:

- регулярное информирование населения, в том числе через СМИ, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции;
- эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ-инфекции на территории РФ;
- производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции;
- доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции;
- бесплатное предоставление всех видов квалифицированной и специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным гражданам РФ;
- развитие научных исследований по проблемам ВИЧ-инфекции;
- включение в учебные и образовательные программы учреждений тематических вопросов по нравственному и половому воспитанию;
- социально-бытовая помощь ВИЧ-инфицированным – гражданам РФ, получение ими образования, их переквалификация и трудоустройство;
- подготовка специалистов для реализации мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции;
- развитие международного сотрудничества и регулярный обмен информацией в рамках международных программ по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции.

ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) – это вирус, который вызывает разрушение иммунной системы и делает больного восприимчивым к различным инфекциям и опухолям.

ВИЧ-инфицированные – лица, зараженные вирусом иммунодефицита человека. Оно включает в себя период длительного вирусоносительства (10 и более лет), заканчивающееся СПИДом.

СПИД (синдром приобретенного иммунного дефицита) – это конечная стадия проявления болезни. Ее продолжительность обычно не превышает трех лет.

Большую роль в профилактике, диагностике и лечении ВИЧ-инфекции играют территориальные центры по профилактике и борьбе со СПИДом.

В Республике Адыгея успешно функционирует Адыгейский республиканский центр профилактики и борьбе со СПИДом.

Основными задачами подобных центров являются:

- организация и проведение мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа;
- организация и оказание необходимых видов медицинской, психологической помощи ВИЧ-инфицированным;
- организация и пропаганда мер профилактики ВИЧ-инфекции и СПИДа среди населения;
- оказание помощи в решении социально-правовых и реабилитационных вопросов в отношении носителей ВИЧ и больных СПИДом.

К медико-социальным и экономическим последствиям ВИЧ-инфекции относятся следующие:

- поражение наиболее трудоспособной части населения;
- резкое снижение показателей здоровья населения;
- экономический ущерб обществу;
- трудность в организации лечения больных из-за разнообразия клинических проявлений;
- большие расходы на лечение (лечение больного СПИДом в течение года измеряется десятками тысяч долларов);
- возможная дискриминация больных и ВИЧ-инфицированных.

По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, на данный момент в мире более 46 миллионов человек инфицированы ВИЧ, более 27 млн. человек умерли от СПИДа. В Российской Федерации эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции перестала быть проблемой отдельных регионов. Количество ВИЧ-инфицированных в стране превысило 700 тысяч человек, официально зарегистрированных во всех субъектах РФ, что составляет 0,5% от всего населения, из них более 6 тысяч детей в возрасте до 15 лет. Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех субъектах Российской Федерации.

Ситуация имеет стойкую тенденцию к ухудшению, распространенность ВИЧ-инфекции увеличивается. За 2012 год выявлено более 69 тысяч новых случаев ВИЧ-инфекции, среди которых отмечается значительное увеличение числа новых выявленных случаев в возрастной группе 30-40 лет, что свидетельствует об активном вовлечении лиц этого возраста в модели рискованного поведения. По данным мониторинга, за весь период наблюдения в Российской Федерации умерло по разным причинам 129 917 ВИЧ-инфицированных. Основным путём заражения остаётся гетеросексуальный. В эпидемический процесс продолжают вовлекаться люди, ведущие активный сексуальный образ жизни – 20 – 40 лет. Увеличивается количество пациентов, находящихся в стадии СПИДа - зарегистрировано 21027 чел., из них умерло 17884 чел., в том числе 252 ребенка.

Республика Адыгея продолжает оставаться территорией с низкой распространённостью ВИЧ-инфекции.

Особенности медико-социальной реабилитации больных туберкулезом

Фтизиатрия (фтиза с лат. – чахотка, истощение) – наука, изучающая туберкулез. Туберкулез – одно из самых тяжелых инфекционных заболеваний, относящихся к социально опасным заболеваниям. Сегодня это заболевание называют одной из важнейших медико-социальных проблем.

Среди клиентов специалиста по социальной работе большое место занимают больные туберкулезом, так как чаще всего туберкулезом заболевают именно социально дезадаптированные лица.

Возбудитель туберкулеза – микобактерия была открыта немецким ученым Робертом Кохом. 24 марта 1882 года в Берлине Р. Кох сделал доклад о своем открытии. С тех пор во всем мире 24 марта является Днем борьбы с туберкулезом.

Хотя в профилактике и лечении туберкулеза достигнуты значительные успехи, тем не менее заболеваемость и смертность от этого заболевания имеет тенденцию к росту во всем мире. Каждые 4 секунды один житель земного шара заражается туберкулезом, а каждые 10 секунд один человек умирает от него.

В Республике Адыгея противотуберкулезная работа осуществляется Адыгейским республиканским клиническим противотуберкулезным диспансером на базе главного бюро медико-социальной экспертизы по Республике Адыгея, который занимается освидетельствованием на группу инвалидности больных этим опасным инфекционным заболеванием. За время существования бюро МСЭ здесь прошли освидетельствование 166 человек, из них 104 трудоспособных. Признано инвалидами - 107 человек, в том числе впервые - 48.

Одной из основных причин неблагоприятной ситуации по туберкулезу является выраженный социальный характер заболевания, поэтому борьба с туберкулезом является важнейшей медико-социальной проблемой. Заболеваемость туберкулезом по республике в 2006 году составила 78,2, в 2007 - 83,2, в 2008 - 85,0 на 100 тыс. населения. Если проанализировать эти цифры, то заболеваемость по Адыгее в 2008 году выросла по сравнению с 2006-2007 годами. Однако, показатель заболеваемости туберкулезом в Адыгее за 2010 год снизился на 8,7%, с 81,1 случая на 100 тысяч населения в 2009 году до 71,8 - в 2010 году. Так в 2010 году в Республике Адыгея зарегистрировано 318 случаев заболевания туберкулезом, из них 292 заболевших - из постоянно проживающего в республике населения.

В 2013 году (также как и в 2012) по пораженности постоянного населения туберкулезом Южный Федеральный округ занимал 6 место среди 8 федеральных округов Российской Федерации. Наибольшая пораженность туберкулезом постоянного населения в таких субъектах Российской Федерации как республика Калмыкия (70 ранговое место среди 83 субъектов РФ), Астраханская область (73 место). Наименьшая пораженность туберкулезом постоянного населения в таких субъектах Российской Федерации как Краснодарский край (43 место), республика Адыгея (45 место).

Туберкулезом легких часто болеют люди трудоспособного возраста. Учитывая новую социальную политику государства, направленную на реабилитацию наиболее социально уязвимых категорий граждан, в число которых входят и больные туберкулезом, возникла необходимость создания самостоятельного бюро-филиала медико-социальной экспертизы.

Сегодня он полностью укомплектован врачебными и другими кадрами: врачами-фтизиатрами, специалистами по легочной и внелегочной формам туберкулеза, пульмонологами, неврологами, социальным работником и психологом.

Именно медицинские работники, психологи и социальные работники помогают в решении социальных проблем больных туберкулезом и членов их семей. Среди основных проблем, решаемых подобными учреждениями, следующие:

- восстановление утерянных паспортов либо их получение после выхода из мест лишения свободы, получение прописки;

- помощь в оформлении медицинских полисов и инвалидности;

- обеспечение бациллярных больных жильем (бациллярные – это те больные, которые выделяют в окружающую среду с мокротой палочку туберкулеза и являются источником заражения для окружающих людей);

- организация трудоустройства после излечения, особенно декретируемых групп населения (после перенесенного туберкулеза человек не имеет права работать на предприятиях общественного питания, в детских учреждениях);

- восстановление на рабочих местах после незаконного увольнения в связи с болезнью (лечение от туберкулеза длится не менее года, и многие работодатели незаконно увольняют больных, имеющих лист временной нетрудоспособности);

- определение детей из семей больных, проходящих длительное лечение, в интернаты или специализированные детские сады (особенно в тех случаях, когда курс лечения проходят оба родителя или у ребенка имеется только один родитель);

- организация обучения и обеспечения вещами первой необходимости больных детей, особенно из асоциальных семей (в диспансере должно быть организовано обучение детей по основным предметам приходящими учителями, некоторые подростки прямо в диспансере получают аттестат о среднем образовании);

- захоронение умерших лиц без определенного места жительства, болевших туберкулезом;

- правовое консультирование больных и членов их семей;

- проведение психологической коррекции и релаксации (длительное нахождение в закрытом стационаре оказывает негативное воздействие на психику человека);

- санитарно-просветительская деятельность.

Основными методами снижения заболеваемости туберкулезом являются:

- его профилактика с помощью живой ослабленной вакцины БЦЖ;

- раннее выявление больных с легочными формами туберкулеза с помощью флюорографического обследования;

- выявление инфицированности палочкой Коха населения с помощью аллергической пробы Манту.

В 2013 году с профилактической целью на туберкулез было осмотрено 71,3% населения ЮФО (в РФ - 65,8%), в том числе методом флюорографии органов грудной клетки и методом туберкулинодиагностики. Статистика показывает, что хуже всего осматриваются методом флюорографии в республике Адыгея (49,7%).

2.5. Особенности реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами

Актуальность развития системы медико-социальной реабилитации людей, страдающих психическими расстройствами. Инвалиды с психическими расстройствами относятся к наиболее социально дезадаптированным группам населения. В общей структуре инвалидности по классам болезни психические заболевания занимают третье ранговое место и составляют 10 %. В структуре детской инвалидности по ее причинам умственная отсталость и нервно-психические заболевания составляют около трети.

По длительности сроков инвалидности психические заболевания занимают первое место. Почти 95 % инвалидов, признанных нетрудоспособными в связи с психическим заболеванием и умственной отсталостью, остаются на пенсионном обеспечении пожизненно.

Инвалидность по психическим заболеваниям характеризуется значительной тяжестью: 93,2 % психически больных инвалидов имеют I или II группу. Число работающих психически больных-инвалидов крайне низкое - 4,8 % от общего их числа (менее 50 тыс. человек). При этом 540 тыс. психически больных, находящихся в трудоспособном возрасте и не имеющих инвалидности, не работают. Общее число психически больных, не занятых трудом, составляет более 1 млн. человек.

Общая характеристика нарушений жизнедеятельности в результате психических расстройств. Психические расстройства отличаются большой вариабельностью как по клиническим особенностям, тем или иным проявлениям психической дезорганизации, так и по степени ее выраженности. К наиболее серьезным заболеваниям, вызывающим выраженные нарушения жизнедеятельности, относятся шизофрения, умственная отсталость, старческое слабоумие, расстройства настроения, личности и некоторые другие.

При психических заболеваниях в той или иной мере страдают все психические функции (мышление, память, восприятие, эмоции и пр.), претерпевает изменение сама структура личности. Дисгармония психической деятельности неизменно влечет за собой нарушения во всех сферах жизнедеятельности - самообслуживании, общении, обучении, трудовой деятельности, ориентации, нарушается критическое восприятие окружающего и собственной личности, нередко появляются ограничения в передвижении.

Степень выраженности ограничений жизнедеятельности зависит от многих факторов - причины заболевания, характера и тяжести повреждения головного мозга, возраста, в котором началось заболевание, и злокачественности его течения. Ограничения в любой сфере жизнедеятельности могут колебаться от незначительных до полной дезадаптации в бытовой и социальной сфере.

При хронических психических заболеваниях заметно нарушаются мотивационно-волевые компоненты личности, ухудшаются аналитические способности к оценке ситуации и моделированию адекватного поведения, снижаются возможности самостоятельного жизнеобеспечения, создания и сохранения семьи, проявляются эмоциональная неустойчивость, неадекватность.

Часто страдает способность к общению, что приводит к сужению круга общения, разрушению социальных связей, иногда до полной утраты способности общаться с близкими.

Нередко возникают двигательные нарушения, которые проявляются в мышечной скованности, заторможенности, замедленности движений, вплоть до полной обездвиженности, или, наоборот, моторном возбуждении, хаотичности движений. Возможно развитие судорожных пароксизмов. Эти расстройства приводят к ограничению передвижения.

Нарушения самообслуживания могут доходить до полной утраты навыков личной гигиены и самостоятельных физиологических отправок. При нарушениях памяти, старческом слабоумии могут возникать ситуации, опасные для жизни, - больные забывают выключить газ, утрачивают навыки обращения с электрическими приборами, не ориентируются в знакомой местности, не помнят дорогу домой. При выраженном слабоумии нарушается ориентация не только в окружающем, во времени, но и в собственной личности.

Нередко у психически больных снижаются способности к обучению, усвоению информации, приобретению навыков ведения домашнего хозяйства, трудовых и социальных навыков. При глубокой умственной отсталости ребенок не в состоянии овладеть речью, усвоение языка сводится в лучшем случае к пониманию простых команд.

Степень ограничения способности к трудовой деятельности колеблется от снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности до неспособности выполнять простейшие трудовые процессы.

Программы реабилитационных мероприятий при психических расстройствах определяются как характером ограничения жизнедеятельности и способностью к компенсации нарушенных психических функций, так и местом их проведения. Но в любом случае предусматриваются две стратегии вмешательств: 1) развитие навыков инвалида; 2) расширение внешних ресурсов.

На протяжении многих десятилетий основными организационными формами психиатрической помощи в системе социальной защиты населения считались учреждения стационарного типа - психоневрологические интернаты для взрослых и детей. Интернаты предназначены для оказания помощи лицам с довольно тяжелыми формами психических заболеваний и расстройствами социальной адаптации. В психоневрологические интернаты принимаются инвалиды I и II групп, страдающие хроническим психическим заболеванием или старческим слабоумием. В детские дома-интернаты направляются дети с выраженной умственной отсталостью.

В 1970-1980-е гг. число психоневрологических интернатов постоянно увеличивалось, производилось репрофилирование интернатов общего типа в психоневрологические. В психоневрологических интернатах находятся лица с тяжелой умственной отсталостью и слабоумием разного генеза (шизофрени, эпилепсии, деменции позднего возраста и пр.).

Основными задачами психоневрологических интернатов служат:

– материально-бытовое обеспечение инвалидов и создание наиболее адекватных по возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности;

- организация ухода и надзора за пациентами, оказание медицинской помощи, проведение лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий;
- осуществление реабилитационных мероприятий медицинского, социального и лечебно-трудового характера;
- организация отдыха и досуга лиц, проживающих в интернате.

С учетом степени интеллектуального недоразвития или приобретенного дефекта у инвалидов любого возраста планируются формы и методы реабилитации, прогнозируются результаты ее зависимости от уровня интеллектуальной недостаточности, сохранности способности к обучению или восстановлению утраченных навыков, с одной стороны, и используемых форм и методов реабилитации - с другой.

Учитывая, что в большинстве случаев больные поступают в психоневрологические учреждения, чтобы остаться в них навсегда, до естественного конца, в организации работы этих учреждений значительное место занимают вопросы социального и бытового устройства пациентов, создание терапевтической среды.

С целью активизации психической деятельности больных специалистами предлагается использовать следующие реабилитационно-восстановительные режимы содержания пациентов:

- режим постоянного наблюдения, когда больной постоянно находится в поле зрения персонала;
- режим общего наблюдения, который предполагает возможность перемещения пациента по территории при условии, что персоналу в каждый момент времени известно его местонахождение;
- ограниченно-свободный режим (в пределах учреждения). Он охватывает пациентов с упорядоченным поведением; больные, находящиеся на этом режиме, могут свободно перемещаться по территории, пользоваться разовыми отпусками, активно участвовать в трудовых процессах, быть относительно независимыми в социально-бытовом отношении;
- собственно свободный режим содержания - для наиболее сохранных больных, хорошо ориентирующихся на местности за пределами интерната, пользующихся транспортом, работающих вне стен учреждения, имеющих постоянный пропуск.

Трудовая терапия приобретает особое значение для реабилитации психически больных с выраженными психическими расстройствами, которые надолго изолируются от общества и близких. Трудовая терапия позволяет организовать совместную деятельность, облегчая при этом взаимоотношения между людьми, снимая состояние напряженности и беспокойства.

Материально-технической базой реабилитации инвалидов, находящихся в домах-интернатах, служат лечебно-трудовые мастерские, подсобные хозяйства, спеццехи. Лечебно-трудовые мастерские представлены различными профилями: швейным, столярным, картонажным, сборочным, галантерейным и др. Подсобные хозяйства включают полеводство, огородничество, садоводство, цветоводство, животноводство и др.

Существенной формой занятости инвалидов трудом в психоневрологических интернатах является зачисление их на штатные должности, что особенно важно для молодых инвалидов, так как это повышает их самоуважение.

В системе здравоохранения стационарная психиатрическая служба предназначена для оказания помощи лицам с выраженной декомпенсацией психического состояния. Социальная реабилитация для таких пациентов заключается в стимуляции потенциальных психических возможностей и привитии навыков по самообслуживанию и социальному функционированию с целью подготовки больного к жизни и во внебольничных условиях.

Для больных с менее выраженными формами нарушений жизнеобеспечения особое значение имеет психотерапевтическое и психосоциальное воздействие с целью преодоления болезненных изменений, повышения социальной активности и самооценки личности.

Основной организационной формой амбулаторной психиатрической помощи являются психоневрологические диспансеры (ПНД). Главные организационные задачи социальной помощи в условиях ПНД:

- организация различных форм социальной поддержки пациентов (материальной, в виде льгот);

- обеспечение социальной помощи больным и их семьям (помощи по хозяйству, в воспитании детей, патронажа, трудоустройства, социальной и правовой защиты); оформление документов и госпитализация пациентов при наличии показаний в учреждения органов социального обслуживания; решение вопросов опеки;

- проведение социально-реабилитационных программ - образовательных курсов по основам психиатрических знаний, различных видов индивидуальной и групповой психотерапии и тренингов социальных навыков; восстановление профессионального функционирования или обеспечение трудовой занятости;

- оказание психологической поддержки семьям, имеющим психически больного;

- организация общественных форм помощи потребителей - самих больных, их родственников и ближайшего окружения;

- реализация программ по антистигме: обеспечение психологической коррекции с целью дестигматизации самих больных и их родственников, проведение информационно-образовательных школ среди отдельных социальных групп населения, работы со средствами массовой информации;

- установление связей и взаимодействия психоневрологического диспансера с территориальными социальными и другими учреждениями, имеющими отношение к социальным проблемам психически больных людей.

Лечебно-трудовые мастерские (ЛТМ) и специализированные цехи в системе органов здравоохранения представляют основную базу для организации трудовой деятельности инвалидов по психическому заболеванию. Они развернуты в структуре психоневрологических диспансеров и психиатрических больниц.

С реабилитационной целью в стационарах создаются терапевтические сообщества пациентов. Они базируются на функционировании разных небольших групп пациентов - психотерапевтических, работающих в трудовых мастерских, выписывающихся больных. Групповая психосоциальная работа помогает тяжелым

больным преодолеть явления дефекта, служит полем для отработки планов и действий, отвечающих реальности.

Немаловажное значение в предотвращении явлений «госпитализма» и социальной дезадаптации имеет применение дифференцированных в зависимости от психического состояния, реабилитационных режимов, внедрение социоориентированных методов в лечение больных.

Перспективные направления развития психиатрической помощи во всем мире, в том числе и в России, - деинституционализация и перенос терапевтических и реабилитационных воздействий в сообщество. В общинах создаются центры психосоциальной реабилитации, службы социальной поддержки и ухода, профессиональной подготовки и занятости, обеспечения пищи, одежды и крова. В развитых странах в учреждениях постоянного проживания находятся только больные с тяжелыми формами интеллектуальной недостаточности и неспособностью к самообслуживанию. При этом делается все возможное, чтобы научить таких людей и помочь им жить дома. В воспитательно-образовательных программах детей с умственной патологией широко используются тренинги социальных навыков. Проводятся обучение навыкам гигиены, самообслуживания и взаимопомощи, правильному поведению в условиях интерната и вне его, привитие навыков самостоятельной жизни и обучение доступным профессиям. Реабилитационные программы для взрослых также направлены на освоение больными навыков ведения домашнего хозяйства, привлечение к труду, их ориентацию в условиях социума.

В России в интернатах для детей внедряются новые методы коррекционной и развивающей педагогики, обучения социальным и трудовым навыкам. Накопленный опыт, главным образом зарубежный, свидетельствует о целесообразности организации для психически больных, утративших родственные связи и не нуждающихся в постоянном содержании в стационарных учреждениях, различных форм защищенного жилья: отделений-общежитий промежуточного типа, реабилитационных центров или квартир, кемпингов, пансионатов. Это значительно повышает шансы больного на восстановление трудового статуса и приобретение способности жить в естественных условиях при минимальной поддержке и патронаже социальными работниками.

В России существуют общежития для психически больных, но их число составляет меньше полусотни. Общежития входят в структуру психиатрических больниц для длительного (многолетнего) пребывания больных. Они рассчитаны на тех пациентов, которые только что выписались из психиатрического стационара, получают медикаментозную терапию антипсихотическими средствами и нуждаются лишь в небольшой степени участия медицинского персонала и минимальном врачебном контроле.

Задачами социальной службы в условиях защищенных форм жилья служат формирование адекватных установок на новую среду обитания, проведение реабилитационной работы. Эта работа главным образом направлена на восстановление трудового статуса и приобретение способности жить в естественных условиях. С помощью психосоциального тренинга больные также учатся справляться с конфликтами, отстаивать свои интересы, определять реальные перспективы, действовать в соответствии с ожиданиями общества.

Социальная реабилитация инвалидов по психическому заболеванию в учреждениях полустационарного и амбулаторного типа в нашей стране в последние годы получила новое звучание и признается наиболее перспективной.

Заметную роль в реабилитации инвалидов по психическому заболеванию играют общественные объединения. Общественное движение в психиатрии в мировой практике зародилось в начале и бурно развивалось в середине прошлого века. Используя передовой зарубежный опыт, в России с начала 1990-х гг. также апробируются и получают развитие негосударственные формы организации социально-реабилитационной помощи. Общественные объединения условно можно разделить на два вида: 1) профессиональные общественные объединения, в состав которых входят психиатры, психологи, социальные работники и другие специалисты; 2) общественные организации, которые представлены самими пациентами, их родственниками, лицами, им сочувствующими.

Инициаторами общественного и благотворительного движения были профессионалы в области психического здоровья. С их помощью создавались реабилитационные центры, различного рода общественные объединения родственников психически больных, образовательные «школы» и группы самоподдержки психически больных.

В Адыгее психиатрическая и психоневрологическая помощь всему контингенту населения оказывается на базе республиканского клинического психоневрологического диспансера. К основным функциям учреждения относится определение психического состояния граждан, определение наличия или отсутствия у них психических расстройств, принятие решений о их пригодности, о необходимости применения в отношении этих лиц мер медицинского характера или госпитализации и др.

С задачами социального обслуживания граждан, страдающих хроническими психическими заболеваниями в Адыгее справляется Майкопский психоневрологический дом-интернат». Сегодня учреждение является государственной некоммерческой организацией в форме государственного бюджетного учреждения Республики Адыгея. Стационарная психиатрическая помощь в учреждении осуществляется в наименее ограничительных условиях, обеспечивающих безопасность проживающих недееспособных граждан. Меры физического стеснения в учреждении не применяются.

В отношении недееспособных граждан администрация выполняет функцию их законного представителя, в том числе по защите их имущественных прав, поскольку многие являются собственниками домовладений, квартир.

Большое внимание уделяется вовлечению пациентов в трудовую деятельность, особенно лиц с дефектом интеллектуального развития, для которых это является неотъемлемой частью лечебно-реабилитационного процесса. Также применяется для опекаемых лечебно-оздоровительная гимнастика. Вошли в практику выступления творческих коллективов в канун праздников, праздничные обеды и ужины.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ К СЕМИНАРСКИМ ЗАНЯТИЯМ И САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ СТУДЕНТОВ

Цели и задачи освоения дисциплины

Цель – формирование у студентов представлений о понятиях, системе, принципах медико-социальной реабилитации, методах и средствах медико-социальной реабилитации, знакомство с опытом медико-социальной реабилитации в учреждениях социального обслуживания, здравоохранения, образования.

Задачи:

- овладеть технологиями социально-медицинской реабилитации как в учреждениях здравоохранения, так и в немедицинских учреждениях;
- изучить и умело применять на практике нормативно-правовую информацию, регламентирующую работу социального врача;
- уяснение студентами своих функциональных обязанностей при становлении в Российской Федерации медико-социальной работы.

Дисциплина «Медико-социальная реабилитация» относится к циклу профессиональных дисциплин. К входным знаниям, умениям и компетенциям студента предусматривается изучение дисциплины «Основы медико-социальной работы», «Психология и педагогика», «Биоэтика», «Социально-психологические основы врачебной деятельности», «Основы психологической помощи инвалидам». Является предшествующей для изучения дисциплины «Медицинская реабилитация» и «Восстановительная медицина».

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины

В результате освоения дисциплины студент должен:

Знать:

- научные концепции социализации и инвалидизации;
- сущность и содержание социальной реабилитации;
- социальные и медицинские ограничения инвалидов и модели инвалидности;
- программы медицинской и социальной реабилитации;
- технологии медико-социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями;
- место, роль, виды и основные принципы социально реабилитационной работы.

Уметь:

- взаимодействовать с различными категориями инвалидов в процессе их социальной реабилитации.

Владеть:

- навыками поиска необходимой социально-педагогической и медицинской информации;
- приемами ведения дискуссии и полемики;
- навыками публичной речи и письменного аргументированного изложения своей собственной точки зрения по актуальным медико-социальным проблемам в области реабилитации лиц с ограниченными возможностями.

Теоретические занятия

Объем предусмотренных учебным планом специальности 060101.65 «Лечебное дело» лекционных занятий составляет 21 час для студентов 3 курса (6 семестр).

Семинарские (практические) занятия

№ п/п	№ раздела и темы дисциплины	Вопросы для обсуждения	Объем в часах / трудоемкость в часах/з.е.
6 семестр			
1.	Раздел 1. Теоретические основы медико-социальной реабилитации (МСР). История формирования медико-социальной помощи	Отношение к слабым и больным в античный период. Религиозное влияние на отношение людей к больным людям. Государственная поддержка больных и инвалидов в различные времена. Этапы эволюции идей реабилитации. Концепция заботы об инвалидах XX столетия.	2/0,05
2.	Общая характеристика понятия «реабилитация» и структура системы медико-социальной реабилитации	Система реабилитационных учреждений в России. Разновидности реабилитационных мероприятий и их последовательность для различных категорий больных. Методы и задачи медицинской реабилитации. Система медицинской реабилитации и ее нормативно-правовое обеспечение. Физическая активность и рекреационная деятельность в структуре медицинской реабилитации. Сущность социальной реабилитации. Психосоциальные методы реабилитации. Основные направления психосоциальной работы.	3/0,08
3.	Инвалид и общество	Трудовая терапия как часть реабилитации. Содержание и задачи профессиональной реабилитации. Профессиональное образование. Трудоустройство лиц с ограниченными возможностями.	2/0,05
4.	Нормативно-правовые основы медико-социальной реабилитации	Международная правовая база социально-реабилитационного процесса. Всеобщая декларация прав человека (1948г.), Декларация социального прогресса и развития (1969г). Европейская конвенция о социальном обеспечении, Европейская конвенция о социальной и медицинской	2/0,05

		помощи, Конвенция о правах ребенка, Декларация о правах инвалидов (1975г.), Декларации о правах умственно отсталых лиц (1971г.). Нормативно-правовая база Российского законодательства в отношении реабилитации инвалидов. ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ».	
5.	Теоретические основы работы бюро медико-социальной экспертизы	Разработка примерной индивидуальной программы реабилитации для людей разных возрастных категорий, имеющих наркозависимость, заболевания сердечно-сосудистой, опорно-двигательной системы, с нарушениями слуха, зрения, имеющими психические заболевания, больные ВИЧ, туберкулезом.	2/0,05
6.	Раздел 2. Социально-медицинская реабилитация различных групп населения и категорий инвалидов. Особенности медико-социальной реабилитации детей и подростков	Организационно-правовые основы деятельности социальных служб для детей с ограниченными возможностями. Модели помощи детям с особенностями развития в регионах России. Правовая основа реабилитации детей-инвалидов.	2/0,05
7.	Особенности медико-социальной реабилитации людей пожилого и старческого возраста	Актуальность проблемы медико-социальной реабилитации граждан пожилого и старческого возраста. Основные понятия геронтологии как науки о старости и старении. Медико-социальная характеристика пожилых людей. Принципы, цели и задачи медико-социальной реабилитации пожилых людей. Формы и методы медико-социальной реабилитации пожилых людей.	2/0,05
8.	Особенности медико-социальной реабилитации больных и инвалидов с различными заболеваниями	Социально-психологическая реабилитация больных туберкулезом, онкобольных, ВИЧ-инфицированных. Технические средства реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Особенности оказания медико-социальной помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями. Профессиональная реабилитация лиц с различными заболеваниями.	2/0,05
9.	Особенности медико-социальной реабилитации инвалидов с нарушением слуха, зрения, функций опорно-двигательного аппарата	Модель жилого помещения для социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Социальные проблемы лиц с нарушениями слуха. Критерии определения принадлежности к сообществу глухих. Классификация слуховых нарушений. Показатели для установления группы инвалидности по зрению.	2/0,05

10.	Особенности медико-социальной реабилитации в психиатрии	Основные организационные формы психиатрической помощи в системе социальной защиты населения. Основные задачи психоневрологических интернатов и диспансеров. Трудовая терапия как реабилитация психически больных.	2/0,05
	ИТОГО:		21/0,58

Возможна индивидуальная отработка семинарских занятий в виде устной сдачи каждой лекционной темы (включающей дополнительные вопросы, выносимые на самостоятельную подготовку) регулярно в течение семестра во время, отведенное для семинара.

Самостоятельная (внеаудиторная) работа студентов

Самостоятельная работа студентов включает подготовку к семинарским занятиям, работу с литературными источниками, анализ состояния медико-социальной реабилитации в Российской Федерации и Республике Адыгея и ее освещенность в средствах массовой информации. Обязательным условием СРС является участие в научно-практической конференции, круглом столе или олимпиаде, включающей написание эссе, а также разработка примерной индивидуальной программы реабилитации инвалидов. Это предполагает активное участие студентов в подготовке и обсуждении докладов, сообщений к семинарским занятиям, а также во внутривузовских олимпиадах и конференциях по вопросам социальной медицины и социально-медицинской реабилитации. Темы докладов согласовываются с преподавателем заранее, должны описывать актуальные современные проблемы и иметь связь с тематикой круглого стола или конференции.

Примерный перечень тем эссе

1. Эвтаназия как способ решения проблемы: доводы «за» и «против».
2. Качество жизни инвалидов в РФ.
3. Проблемы профессиональной реабилитации лиц с нарушением слуха / зрения / опорно-двигательного аппарата.
4. Проблемы социальной реабилитации лиц, имеющих психические отклонения / инфекционные / онкологические заболевания.
5. Сравнительный анализ особенностей реабилитации детей и лиц пожилого возраста.
6. Роль семьи в реабилитации лиц, получивших инвалидность.

Иная тематика эссе приветствуется и должна быть своевременно согласована с преподавателем.

Примерный перечень вопросов к зачету по дисциплине «Медико-социальная реабилитация»

1. История формирования медицинской и социальной помощи больным и инвалидам.
2. Общая характеристика и содержание понятия «реабилитация».
3. Причины и динамика инвалидности.
4. Сущность понятия «инвалид» и «инвалидность».
5. Порядок организации и деятельность учреждений медико-социальной экспертизы.
6. Структура системы медико-социальной реабилитации инвалидов в Российской Федерации.
7. Медицинская реабилитация как компонент комплексной медико-социальной реабилитации.
8. Направления и содержание социальной реабилитации.
9. Профессионально-трудовая реабилитация.
10. Особенности медико-социальной реабилитации детей с особенностями развития.
11. Особенности медико-социальной реабилитации граждан пожилого и старческого возраста.
12. Особенности медико-социальной реабилитации больных и инвалидов с различными заболеваниями.
13. Особенности медико-социальной реабилитации инвалидов с нарушениями слуха и зрения.
14. Особенности медико-социальной реабилитации больных с психическими нарушениями и интеллектуальной недостаточностью.
15. Социальные ограничения людей с ограниченными возможностями.
16. Нормативно-правовые основы медико-социальной реабилитации.
17. Международные правовые документы по проблемам людей с ограниченными возможностями.
18. Порядок и условия признания лица инвалидом.
19. Индивидуальная программа реабилитации: задачи, примерный состав программы.
20. Структура системы реабилитационных учреждений РФ.
21. Физическая активность и рекреационная деятельность в структуре медицинской реабилитации.
22. Психосоциальные методы реабилитации.
23. Трудовая терапия: требования к организации, сферы деятельности, польза.

Рекомендуемая литература

1. ЭБС «Znanium.com» Социальная реабилитация: учебник / под ред. Н.Ш. Валеевой. - М.: Инфра-М, 2012. - 320 с. - Режим доступа: <http://znanium.com/>
2. ЭБС «Znanium.com» Жигарева, Н.П. Комплексная реабилитация инвалидов в учреждениях социальной защиты: учебно-практическое пособие / Н.П. Жигарева. - М.: Дашков и К, 2012. - 208 с. - Режим доступа: <http://znanium.com/>

3. ЭБС «Znanium.com» Основы социальной работы: учебник / отв. ред. П.Д. Павленок. - М.: ИНФРА-М, 2012. - 534 с. - Режим доступа: <http://znanium.com/>
4. ЭБС «Консультант студента» Епифанов, Е.А. Лечебная физкультура и спортивная медицина: учебник для вузов / Епифанов Е.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 568 с. - Режим доступа: <http://studentlibrary.ru/>
5. ЭБС «Консультант студента» Щепин, О.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / О.П. Щепин, В.А. Медик. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 592 с. - Режим доступа: <http://studentlibrary.ru/>
6. Шмелева, С.В. Медико-социальная реабилитация: учебник / С.В. Шмелева. – М.: РГСУ, 2013, - 208 с.
7. Шурыгина, Ю.Ю. Теоретические основы социально-медицинской реабилитации различных групп населения: учебно-методическое пособие / Ю.Ю. Шурыгина. – Улан-Удэ: ВСГТУ, 2013. – 100 с.
8. Медико-социальная помощь и реабилитация детей, посещающих группы «Особый ребенок». Методические рекомендации для работников дошкольных учреждений. - СПб., 2012.
9. Дементьева, Н.Ф., Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан: учебник / Н.Ф. Дементьева, Э.В. Устинова. - М., 2011, - 135 с.

Формы контроля

В качестве обязательных форм **текущего контроля** выступают:

- сдача контрольного среза знаний (модуля),

ЛИБО

- участие в «Неделе науки МГТУ».

Модуль сдается в письменном виде в форме тестирования. Участие в Неделе науки включает следующие формы работы (на выбор студента по согласованию с преподавателем):

- подготовка доклада к научно-практической конференции,

- участие в олимпиаде (при условии получения удовлетворительных результатов),

- подготовка доклада на круглый стол,

- написание и опубликование статьи.

Для **итогового контроля** усвоения дисциплины учебным планом предусмотрен зачет в устной форме. Допуск к сдаче зачета имеют студенты:

- посетившие более 50% занятий и имеющие пропуски по уважительной причине;

- имеющие допуск к сессии по результатам сдачи контрольного среза знаний (модуля), а также допущенные к сдаче сессии деканатом;

- принимавшие активное участие в семинарских занятиях, либо отработавшие все лекционные темы;

- сдавшие одну из выбранных форм текущего контроля.

Зачет принимается преподавателем, ведущим теоретическую подготовку по данному курсу.

Мигунова Юлия Юрьевна

Учебно-методическое пособие
«ОСНОВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ»
(для студентов лечебного факультета)

385000, г. Майкоп, ул. Комсомольская, 222

Подписано в печать 01.12.2014. Формат 60×84 1/16.

Бумага офсетная. Печать цифровая. Усл.-печ. л. 6,4

Тираж 100 экз. Заказ 144.

Отпечатано с готового оригинал-макета.