

Е.И.Холостова, Н.Ф. Дементьева

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Учебное пособие

Москва, 2002

Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация:
Учебное пособие. М., 2002.

Авторы:

Холостова Е.И., доктор исторических наук, профессор,
Президент Академии проблем социальной работы

Дементьева Н.Ф., доктор медицинских наук, профессор, один
из ведущих специалистов в области реабилитации инвалидов

Рецензенты: *Серебрянский Ю.Е.*, д.м.н., профессор; *Шилова Т.А.*, д.псих.н., профессор; *Шмелева Н.Б.*, д.пед.н., профессор.

В учебном пособии раскрываются теоретические аспекты социальной реабилитации, ее сущность и содержание. Дается описание социальной среды жизнедеятельности инвалидов, рассматриваются программы и технологии социальной реабилитации, описывается практика работы учреждений социального обслуживания инвалидов.

Пособие предназначено для студентов и аспирантов вузов социального профиля, специалистов системы социальной защиты населения.

ВВЕДЕНИЕ

Настоящее учебное пособие является одним из немногих, посвященных актуальной проблеме нашего общества, социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями.

Сегодня инвалиды относятся к наиболее социально незащищенным категориям населения. Их доход значительно ниже среднего, а потребности в медицинском и социальном обслуживании гораздо выше. Они не имеют возможность получения образования, заниматься трудовой деятельностью. Большинство из них не имеет семьи и не желает участвовать в общественной жизни. Все это говорит о том, что инвалиды в нашем обществе являются дискриминируемым и сегрегированным меньшинством.

Вот почему государство, обеспечивая социальную защищенность инвалидов, призвано создавать им необходимые условия для индивидуального развития, развития творческих и производственных возможностей и способностей.

Создание службы медико-социальной экспертизы позволяет разработать не только индивидуальные реабилитационные программы для лиц с ограниченными возможностями, но и создавать различные модели реабилитационных учреждений, внедрять инновационные технологии социальной работы с данной категорией населения, развивать архитектурную среду и реабилитационную индустрию.

Восстанавливая способности инвалидов к социальному функционированию, к созданию независимого образа жизни, социальные работники и социальные реабилитологи помогают им определять свои социальные роли, социальные связи в обществе, способствующие их полноценному развитию.

Накопленные теоретические знания, большой практический опыт по работе с инвалидами свидетельствует о необходимости систематизации сведений по социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями и изложении его в виде учебного пособия для студентов вузов социального профиля.

В связи с подготовкой образовательных стандартов по специальности «социальная реабилитология» данное издание

сможет стать одним из отправных документов в разработке и утверждении учебных планов для подготовки специалистов данного профиля.

Учебное пособие состоит из пяти разделов.

В первом разделе представлены теоретико-методологические аспекты реабилитации, сделан акцент на понятийном аппарате, раскрытии сущности и содержании социальной реабилитации.

Во втором разделе в отдельных главах излагается среда обитания инвалида - понятие, непосредственно соприкасающееся с социально-средовой реабилитацией. Представлена жилая среда, градостроительная, образовательная, производственная, физкультурно-оздоровительная, психолого-оздоровительная. Отдельному рассмотрению подвергнуто социально-средовое воздействие на инвалидов, находящихся в стационарных учреждениях социального обслуживания.

В специальном разделе представлены социальные программы реабилитации инвалида, тот ее компонент, который касается индивидуальной реабилитации.

В отдельной главе рассматривается социальная интеграция как заключительный этап, как результат социальной реабилитации.

Дается описание социальной реабилитации лиц пожилого возраста с учетом их жизненных установок, психофизических возрастных изменений, их семейного положения, места проживания.

Последний раздел посвящен реабилитационным учреждениям, дана их систематика, в основу которой положены такие критерии, как масштаб деятельности, категории реабилитируемых граждан и другие. Описывается зарубежный опыт работы с инвалидами.

В заключении приводится словарь терминов по данной проблеме.

РАЗДЕЛ I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

§ 1. Научные концепции социализации и инвалидизации

История развития проблемы инвалидности свидетельствует о том, что она прошла сложный путь, начиная от физического уничтожения, непризнания изоляции «неполноценных членов» до необходимости интеграции лиц с различными физическими дефектами, патофизическими синдромами, психоциальными нарушениями в общество, создание для них безбарьерной среды.

Иными словами инвалидность становится проблемой не только одного человека, или группы людей, а всего общества в целом.

В российской Федерации официально признанными инвалидами считаются свыше 8 млн. человек. В перспективе их численность будет расти.¹

Вот почему так остро на повестке дня стоят проблемы социальной реабилитации инвалидов.

Социальная реабилитация получила в последние годы широкое признание. Этому способствовали развивающаяся теоретико-методологическая база, с одной стороны, и подготовка высоко профессиональных специалистов по социальной работе, реализующих научные положения на практике, с другой.

В современной науке существует значительное количество подходов к теоретическому осмыслению проблем социальной реабилитации и адаптации лиц с ограниченными возможностями. Разработаны также и подходы к решению практических задач, определяющих специфическую сущность и механизмы этого социального феномена.

Так, анализ социальных проблем инвалидизации в целом и социальной реабилитации инвалидов в частности осуществлялся в проблемном поле двух концептуальных социологических под-

¹ См.: Государственный доклад «О положении инвалидов в Российской Федерации» / Под ред. Осадчих А.И. М., 1996. С. 6.

ходов: с точки зрения социоцентристских теорий и на теоретико-методологической платформе антропоцентризма. На основе социоцентристских теорий развития личности К. Маркса, Э. Дюркгейма, Г. Спенсера, Т. Парсонса рассматривались социальные проблемы конкретного индивида посредством изучения общества в целом. На основе антропоцентристского подхода Ф. Гиддингса, Ж. Пиаже, Г. Тарда, Э. Эриксона, Ю. Хабермаса, Л. С. Выготского, И. С. Кона, Г. М. Андреевой, А. В. Мудрика и других ученых раскрываются психологические аспекты повседневного межличностного взаимодействия.

Для осмысления проблемы анализа инвалидности как социального феномена (инвалидность с социологической точки зрения — это «ненормальная» норма или «нормальное» отклонение) важной остается проблема социальной нормы, с разных сторон изучавшаяся такими учеными, как Э. Дюркгейм, М. Вебер, Р. Мертон, П. Бергер, Т. Лукман, П. Бурдьё.

Анализ социальных проблем инвалидизации в целом и социальной реабилитации инвалидов в частности должен осуществляться в плоскости социологических концепций более общего уровня обобщения сущности этого социального явления — концепции социализации.

Социальная реабилитация инвалидов важна не только сама по себе. Она важна как средство интеграции лиц с ограниченными возможностями в социум, как механизм создания равных возможностей инвалидам для того, чтобы быть социально востребованными. Основные положения концепций инвалидизации, и концепций социализации инвалидов представлены нами в таблице (см. таб. 1).

Таблица 1.

ОСНОВНЫЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ СОЦИАЛИЗАЦИИ И ИНВАЛИДИЗАЦИИ

Общие социологические подходы	Понятийный аппарат		Основные идеи	
	концепции социализации	концепции инвалидизации	Концепции социализации	Концепции инвалидизации
<p>Структурно-функциональный анализ</p> <p>(Т.Парсонс, Р.Мертон, К. Дэвис)</p>	<p>Социальная адаптация; интериоризация; поддержание образца; социальная интеграция; органы социализации; отклоняющееся поведение.</p>	<p>Инвалиды, дети с ограниченными возможностями.</p>	<p>Устойчивость социальной системы; адаптация индивидов к социальной среде; интеграция индивида в социальную систему; интериоризация общепринятых социальных норм; адаптивные механизмы (Т.Парсонс); Классификация типов индивидуальной адаптации к структурной аномии по признаку различения «культурных целей» (ценностей, предписываемых культурой) и «институализированных средств» (норм); Типология способов индивидуальной адаптации к структурной аномии: конформизм; инновация; ритуализм; ретритизм («уход»); бунт (Р.Мертон).</p>	<p>Социальная политика государства в отношении к инвалидам; социальная реабилитация; инвалидность; социальные службы; социальная поддержка семей.</p>

<p>Социально-антропологический подход</p> <p>(Э.Дюркгейм)</p>	<p>Аномия; социальная норма; социальное отклонение; дивиация; солидарность; отклонения в развитии личности.</p>	<p>Дети с ограниченными возможностями; нетипичные дети.</p>	<p>Аномия как отсутствие «органической» социальной солидарности; Аномия как различные виды нарушений в ценностно-нормативной системе общества (ценностно-нормативный «вакуум», «отсутствие» норм; низкая степень воздействия социальных норм на индивидов, их неэффективность в качестве средства социальной регуляции поведения; расплывчатость и противоречивость социальных норм; противоречия между нормами-целями и нормами-средствами).</p>	<p>Формы социальных отношений; социальные институты; механизмы социального контроля.</p>
<p>Символический интеракционизм</p> <p>(Дж.Г. Мид; Ч. Кули)</p>	<p>Социализация индивидуального сознания; рефлексивное социальное «Я»; «зеркальное Я».</p>	<p>Инвалиды.</p>	<p>Социализация индивидуального сознания как социальный процесс, приобщение индивидуальных ментальных процессов к "большому сознанию"; Превращения физиологического организма в рефлексивное социальное «Я»; Формирование социальной природы индивида («зеркального Я»; основные элементы самоопределения: 1) образ нашего облика в представлении другого человека; 2) образ его суждения о нашем облике; 3) самоощущение (например, гордость или унижение) на воспринимаемую нами реакцию других.</p>	<p>Символы; роли; становление социального Я; стереотипы; самоконтроль.</p>

<p>Классическая социологическая теория, понимающая социология</p> <p>(М. Вебер, Н.Смелзер)</p>	<p>Социализация; образцы поведения; социальные роли; интеракции; социальные ожидания; культурные ценности; нормы-правила; нормы-ожидания.</p>	<p>(Непосредственно в данной теории не упомянуты) Раскрытие субъективного смысла.</p>	<p>Адаптивистский и развивающий подходы исследования социализации; Непрерывность процесса социализации; Различия между социализацией детей и взрослых; Социализация, как приобретение опыта и осваивание установки, соответствующие социальным ролям; Цели: 1. способствовать интеракции людей на основе социальных ролей; 2. обеспечить сохранение общества благодаря усвоению его новыми членами сложившихся в нем убеждений и образцов поведения; Факторы успешной социализации: социальные ожидания, изменения поведения и стремлением к конформизму.</p>	<p>Идея субъективно осмысленного действия индивида, ориентированного на поведение других людей; специфические механизмы социальной адаптации лиц с ограниченными возможностями; определение основных компонентов дивиаии – человек, которому свойственно такое поведение; норма или ожидание – критерий оценки поведения как дивиаантного, социум, реагирующий на данное поведение.</p>
--	---	---	---	---

<p>Эпигенетическая концепция периодизации жизненного пути личности от рождения до смерти</p> <p>(Э.Эриксон¹)</p>	<p>Становление личности; Я-идентичность («Эго-идентичность»); социальная идентичность (групповая и психосоциальная).</p>	<p>(Непосредственно в данной теории не упомянуты, опосредованно можно выделить разделение на этапы становления индивида) «Упрощенное проявление знаков».</p>	<p>Социокультурный контекст становления личности; психосоциальное развитие человека в течение всего жизненного цикла; восемь последовательных стадий психосоциального становления индивида, характеризующихся специфическими задачами.</p>	<p>(Непосредственно в данной теории не упомянуты) целостность восприятия мира в примитивных культурах; сопоставления образов социальной нормы в примитивных культурах.</p>
---	--	--	--	--

¹ Эриксон Э. Детство и общество/Пер. с англ. – СПб.:Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. – С.162-167.

		<p>Задачи развития на каждом этапе: для <u>младенческого периода</u> - формирование базового доверия к миру, преодоление чувства разобщенности и отчуждения; для <u>раннего возраста</u> - борьба за собственную независимость от взрослых и самостоятельность против стыда и сильного сомнения в своих действиях; для <u>игрового возраста</u> - развитие активной инициативы, появление чувства вины и моральной ответственности за свои желания; в <u>период обучения в школе</u> - получение навыков трудолюбия и умения обращаться с орудиями труда; в <u>подростковом</u> или <u>раннем юношеском возрасте</u> - ключевая стадия идентичности, первое цельное осознание себя и своего места в мире, окончание поиска себя в различных ролях; <u>конец юности и начало зрелости</u> – решение взрослых задач, поиск спутника жизни и близких дружеских связей; в <u>зрелый период</u> - борьба творческих сил человека против косности и застоя; в <u>период старости</u> формируется окончательное цельное представление о себе.</p>		
<p>Теория взаимодействия психических и социальных факторов в процессе становления личности (Э.Фромм)</p>	<p>Социализация; «продуктивный характер» личности; «бегство от свободы».</p>	<p>(Непосредственно в данной теории не упоминаются)</p>	<p>Субъектность индивида в социальном процессе; Психические процессы первичны и во многом определяют структуру социальных феноменов; Соответственно пяти формам социализации (мазохизм, садизм, деструктивизм, конформизм и любовь) возникает пять способов адаптации к социуму: рецептивный, эксплуатирующий, накопительский, рыночный,</p>	<p>(Непосредственно в данной теории не упомянуты) идея социального характера; функции социального характера; семья – психический представитель общества; средства, методы и</p>

			продуктивный.	способы воспитания детей. ¹
<p>Феноменологические теории</p> <p>(П.Бергер, Т.Луман, А.Щюц)</p>	<p>Интернализация; первичная социализация; вторичная социализация; «Значимые другие»; «обобщенные другие»; объективации.</p>	<p>Дети с ограниченными возможностями; нетипичные дети;</p>	<p>Социализация – всестороннее и последовательное вхождение индивида в объективный мир общества или «отдельную его часть»; С первичной социализацией связаны «значимые другие», формирование в сознании образа «обобщенного другого» - общества, субъективное установление целостной идентичности; В процессе вторичной социализации – <u>«биологические ограничения становятся менее важными для процессов освоения социальной реальности, которые теперь устанавливаются в терминах внутренних свойств приобретенного знания, то есть в терминах основополагающей структуры этого знания»²</u>; Феноменологическое понимание <u>объясняет процесс социализации индивидов с ограниченными возможностями, которые могут пользоваться различными (сохраненными) знаковыми системами, в освоении социальности</u> (взамен утраченных).</p>	<p>Процессы социального конструирования реальности; специфика повседневного восприятия инвалидности, мышления и деятельности; агенты конструирования; продукт конструирования.</p>

¹ Фромм Э. Душа человека/Пер. с нем. И англ. – М.: Республика, 1992. – С.333.

² Бергер П., Луман Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания/Пер. с англ. – М.:Медикм, 1995. – С.228;

<p>Концепция социализационной нормы</p> <p>(А.И. Ковалева¹)</p>	<p>Типы социализации; социализационная норма; типы социальной нормы; социализационная норма; отклоняющаяся социализация.</p>	<p>Индивид с ограниченными возможностями; социализация неслышащих;</p>	<p>Типы социализации:</p> <p>По характеру социальности: естественный, примитивный, сословный, стратификационный, единообразный, патерналистский, конформмистский, моносоциокультурный, полисоциокультурный и др.;</p> <p>по характеру социализационного процесса: <u>профессиональная</u>, познавательная, правовая, трудовая и др.;</p> <p>по результативности: успешная, нормативная, кризисная, отклоняющаяся, принудительная, <u>реабилитационная</u>, ускоренная, <u>запаздывающая</u> и др.;</p> <p>девиация как крайняя форма отклоняющейся социализации.</p>	<p>Коррекция отклоняющей или запаздывающей социализации на уровне конкретных социальных групп и отдельных индивидов становятся предметом социальной работы;</p> <p>Коррекция социализационного процесса;</p> <p>запаздывающая социализация как непреобретение набора социальных ролей взрослого, сужение рамок самостоятельности, инфантилизм;</p>
<p>Биологизаторская концепция развития ребенка</p> <p>(Л.С. Выготский)</p>	<p>Социальный вывих; отклонения в развитии личности.</p>	<p>Нетипичный ребенок; дефект; дети-инвалиды.</p>	<p>Особенности социализации детей-инвалидов должны исходить из рассмотрения этих <u>индивидов как нормальных, способных осваивать социальность, но иными способами, путями, средствами, чем типичные индивиды.</u></p>	<p>Социальное воспитание детей с ограниченными возможностями;</p> <p>Педология (синтез педологии и психологии) характеризовалась междисциплинарным</p>

¹ А.И. Ковалева, М.Н. Реут. Социализация неслышащей молодежи. – М.: Социум.-2001. – С. 89-116.;

			<p>Субъективность личности в процессе ее воспитания; социальный характер воспитания;</p> <p>Воспитание из человека как биотипа формирует человека как социотип;</p> <p>Объяснение отклонений в развитии личности на основе как биологической, так и социальной обусловленности этого процесса, анализ влияний социальной среды на личность.</p>	<p>подходом к изучению целостного ребенка;</p> <p>формирование подходов психодиагностики по отношению к детям-инвалидам.</p>
<p>Новая теория воспитания</p> <p>(П.П. Блонский)</p>	<p>Моральная дефективность;</p> <p>нравственное уродство;</p> <p>отклонения в нравственном развитии.</p>	<p>Дефективность.</p>	<p>Необходимость рассмотрения психики как результат эволюции) и целостного подхода к изучению ребенка;</p> <p>Нравственность как сложное явления не биологического, а социального порядка.</p>	<p>Доказательство научной несостоятельности теории моральной дефективности, согласно которой нравственное уродство определялось как специфическое психическое заболевание, не связанное с другими отклонениями в психическом и физическом развитии ребенка.</p>

Т.Парсонсу также принадлежит разработка социального понятия «роль больного», введенного в 1935 г. Гендерсоном¹. Рассматривая болезнь как форму социального отклонения, при которой индивид играет специфическую социальную роль, ученый разработал модель этой роли больного. Модель описывается четырьмя характеристиками: больной освобождается от обычных социальных обязанностей; больной индивид не считается виновным в том, что он болен; поскольку болезнь социально нежелательна – больной стремится скорее выздороветь и он обращается за компетентной профессиональной помощью; ожидается, что в рамках этой социальной роли индивид будет соблюдать предписания компетентного врача². В рамках данной социальной модели Т. Парсонс не рассматривает в качестве болезни такие психо-физические состояния, как алкоголизм, беременность, инвалидность, поскольку при этих состояниях человек не освобождается от социальных обязанностей.

Важными в разработке теории социальной реабилитации являются подходы к понятию инвалидности, предложенные Н.В. Васильевой, рассмотревшей восемь социологические концепций инвалидизации.

В структурно-функциональном подходе (К.Дэвис, Р.Мертон, Т.Парсонс) рассмотрены проблемы инвалидности как специфического социального состояния индивида (модель роли больного Т.Парсонса), социальной реабилитации, социальной интеграции, социальной политики государства по отношению к инвалидам, конкретизируемой в деятельности социальных служб по поддержке семей, имеющих детей-инвалидов. Предложены понятия: дети с ограниченными возможностями, инвалиды. В отечественных исследованиях в рамках структурно-функционального анализа проблему инвалидизации исследовали Т.А. Добровольская, И.П. Каткова, Н.С. Морова, Н.Б. Шабалина и др.

В рамках социально-антропологического подхода

¹ Васильева Н.В. Социологические концепции исследования инвалидности//Социологический сборник/Выпуск 7. — М.:Социум, 2000. С.51.

² Социологический словарь/Аберкромби Н., Хилл С., Тернер Б./Пер. с англ. — Казань:КГУ, 1997. С. 19.

(Э.Дюркгейм) в отношении инвалидизации исследовались стандартизированные и институциональные формы социальных отношений (социальная норма и девиация), социальные институты, механизмы социального контроля. Использована терминология для обозначения детей-инвалидов: нетипичные дети, дети с ограниченными возможностями. В отечественных трудах данный подход продолжили А.Н. Суворов, Н.В. Шапкина и др.

Макросоциологический подход к изучению проблем инвалидности отличает социально-экологическую теорию У.Бронфенбреннера, продолженную в отечественных исследованиях В.О. Скворцовой. Проблемы инвалидности рассматриваются в контексте «воронки» понятий: макросистема, экосистема, мезосистема, микросистема (соответственно: политические, экономические и правовые позиции, господствующие в обществе; общественные институты, органы власти; взаимоотношения между различными жизненными областями; непосредственное окружение индивида).

В теориях символического интеракционализма (Дж.Г. Мид, Н.А. Залыгина и др.) инвалидность описывается посредством системы символов, характеризующих эту социальную группу лиц с ограниченными возможностями. Рассматриваются проблемы становления социального Я инвалида, анализируется специфика этой социальной роли, устойчиво воспроизводимые стереотипы поведения самих инвалидов и отношения в нем социального окружения.

В рамках теории наклеивания ярлыков или теории социентальной реакции (Г.Беккер, Э.Лемертон) для обозначения лиц с ограниченными возможностями появляется понятие «девианты». Инвалидность рассматривается как отклонение от социальной нормы, носителям этой девиации «наклеивается ярлык» - инвалид. В рамках этой социоцентристской теории изучаются социальные проблемы конкретного индивида посредством изучения отношения к нему общества в целом через изучения феноменов социального контроля, социальной реакции. Появляется новое понятие «социальный аттитюд». В отечественных исследованиях на этой методологической базе проблемы инвали-

дизации изучались М.П. Левицкой и др.¹

Н.В. Васильева отдельно рассматривает теорию стигматизации И. Гоффмана. В этой также социоцентристской теории изучаются социальные проблемы конкретного индивида посредством изучения отношения к нему общества в целом, также проблема инвалидов мыслится в понятиях «девианты», понятие «стигма» в данном аспекте близко к понятию «наклеивание ярлыка». Рассмотрение механизмов и социальных последствий стигматизации, с оговорками, можно соотнести с механизмами социальной реакции, социального контроля.

Феноменологический подход отличает социокультурную теорию нетипичности Е.Р. Ярской-Смирновой². Феномен «нетипичного ребенка» формируется и транслируется всем его социальным окружением. Он характеризуется всем многообразием исторически сложившегося этноконфессионального, социокультурного макро- и микросоциума, в котором нетипичный ребенок проходит социализацию. Этот подход продолжен в исследованиях Д.В. Зайцева, Н.Е. Шапкиной и др.

В итоге, можно сделать вывод о том, что социальная реабилитация определяется как комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма (инвалидность), изменение социального статуса (пожилые граждане, беженца и вынужденные переселенцы, безработные и некоторые др.), девиантного поведения личности (несовершеннолетние, лица, страдающие алкоголизмом, наркоманией, освободившиеся из мест заключения и др.)³.

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

¹ Левицкая М.П. Социальные проблемы регулирования труда инвалидов/Дис. Канд.социол.н. — Кишинев, 1991. — 25 с.

² Ярская-Смирнова Е.Р. Социальное конструирование инвалидности//СоцИс. — М., 1999. — №4. С.38-45.

³ Словарь-справочник по социальной работе/Под ред. Е.И. Холостовой. — М.: Юристъ, 1997. С. 327.

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

Вопросы для самоконтроля

1. В поле каких научных подходов рассматриваются проблемы инвалидизации?
2. В чем состоит сущность социализации лиц с ограниченными возможностями?
3. Какой, на Ваш взгляд, должна быть государственная социальная политика в отношении инвалидов?
4. Назовите имена отечественных исследователей, занимающихся проблемами социализации и интеграции инвалидов в обществе.

Рекомендуемая литература

1. Эриксон Э. Детство и общество. / Пер. с англ. СПб.: «Ланато АСТ», 1996.
2. Фром Э. Душа человека. / Пер.с англ. М., 1992.
3. Ярская-Смирнова Е. Социальное конструирование инвалидности. М., 1999.
4. Ким Е. Независимая жизнь лиц с ограниченными возможностями. М., 1997.
5. Мухлаева А. Социальные аспекты профессиональной реабилитации инвалидов. Авт. реф. канд. дисс. М., 2002.

§ 2. Сущность и содержание социальной реабилитации

Для того, чтобы проанализировать процесс социальной реабилитации инвалидов, вообще лиц с ограниченными возможностями, необходимо выяснить, каково содержание понятия "инвалидность", какими социальными, экономическими, поведенческими, эмоциональными факторами оборачиваются те или иные патологии здоровья и, естественно, что представляет собой процесс социальной реабилитации, какую цель он преследует, какие составные части или элементы в него входят?

Термин "инвалид" восходит к латинскому корню (*valid* - действенный, полноценный, могущий) и в буквальном переводе может означать "непригодный", "неполноценный". В русском словоупотреблении начиная с 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 2-й половины XIX века 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.

Фиксируя генеральные принципы демократического жизнеустройства гражданского общества в международных документах, Организация Объединенных Наций в 1975 году приняла Декларацию о правах инвалидов, где сказано, что *инвалид означает любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожден-*

ного или приобретенного, его или ее физических или умственных возможностей.

В Рекомендациях 1185 к реабилитационным программам 44 сессии Парламентской Ассамблеи Совета Европы от 5 мая 1992 года *инвалидность* определяется как *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.* Общество обязано адаптировать существующие в нем стандарты к особым нуждам людей, имеющих инвалидность, для того, чтобы они могли жить независимой жизнью.

В 1971 г. Генеральной Ассамблеей ООН была принята Декларация о правах умственно отсталых лиц. В соответствии с указанной декларацией утверждалась необходимость в максимальной степени осуществлять обеспечение прав таких инвалидов; утверждались права на надлежащее медицинское обслуживание и лечение, а также право на образование, обучение, восстановление трудоспособности и покровительство, которое позволяет ему развивать свои способности и возможности. Следует отметить особо оговоренное право продуктивно трудиться или заниматься каким-либо другим полезным делом в полную меру своих возможностей, с чем связано право на материальное обеспечение и на удовлетворительный жизненный уровень.

Особое значение имеет норма, утверждающая, что в тех случаях, когда это возможно, умственно отсталое лицо должно жить в кругу своей семьи и участвовать в различных формах жизни общества. Семьи таких лиц должны получать помощь. В случае необходимости помещения такого человека в специальное заведение необходимо сделать так, чтобы новая среда и условия жизни как можно меньше отличались от условий обычной жизни.

В 1989г. Организацией Объединенных Наций был принят текст Конвенции о Правах Ребенка, которая обладает силой закона. В ней закреплено также право детей с отклонениями в развитии вести полноценную и достойную жизнь в условиях, кото-

рые обеспечивают его достоинство, способствуют его уверенности в себе и облегчают его активное участие в жизни общества (Статья 23); право неполноценного ребенка на особую заботу и помощь, которая должна предоставляться по возможности бесплатно с учетом финансовых ресурсов родителей или других лиц, обеспечивающих заботу о ребенке, с целью обеспечения неполноценному ребенку эффективного доступа к услугам в области образования, профессиональной подготовки, медицинского обслуживания, восстановления здоровья, подготовки к трудовой деятельности и доступа к средствам отдыха таким образом, который приводит к наиболее полному по возможности вовлечению ребенка в социальную жизнь и достижению развития его личности, включая культурное и духовное развитие ребенка.

Положения о защите прав инвалидов содержатся также в таких документах, как Декларация социального прогресса и развития, Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психической помощи и т.п.

Интегративным документом, охватывающим все стороны жизнедеятельности инвалидов, являются Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, утвержденные ООН в 1994 г.

Идеология Правил основана на принципе обеспечения равных возможностей, предполагающем, что инвалиды являются членами общества и имеют право оставаться жить в своих общинах. Они должны получать поддержку, в которой нуждаются в рамках обычных систем здравоохранения, образования, занятости и социальных услуг. Всего таких правил 20.¹

Правило 1 - *углубление понимания проблем* - предусматривает для государств обязательство разрабатывать и поощрять осуществление программ, направленных на углубление понимания инвалидами их прав и возможностей. Повышение самообеспечения и расширение прав позволит инвалидам воспользоваться предоставленными им возможностями. Углубление понимания проблем должно стать важной частью образовательных программ для детей-инвалидов и программ реабилитации. Инвали-

¹ См. Преодолевая барьеры инвалидности. - М., 1997.

ды могли бы оказывать помощь в углублении понимания проблемы в рамках мероприятий своих собственных организаций.

Правило 2 - *медицинское обслуживание* - предписывает принятие мер для разработки программ раннего обнаружения, оценки и лечения дефектов. К осуществлению этих программ привлекаются дисциплинарные группы специалистов, что позволит предупреждать и сокращать масштабы инвалидности или устранять ее последствия. Обеспечить всестороннее участие в таких программах инвалидов и членов их семей на индивидуальной основе, а также организаций инвалидов в процессе системы общего образования. К процессу образования на всех уровнях должны привлекать родительские группы и организации инвалидов.

Специальное правило посвящено *занятости* - государствами признан принцип, в соответствии с которым, инвалиды должны получать возможность осуществлять свои права, особенно в области занятости. Государства должны активно поддерживать включение инвалидов в свободный рынок труда. Такая активная поддержка может осуществляться с помощью различных мероприятий, включая профессиональную подготовку, установку стимулирующих квот, резервируемое или целевое трудоустройство, предоставление ссуд или субсидий мелким предприятиям, заключение специальных контрактов и предоставление преимущественных прав на производство, налоговые льготы, гарантию соблюдения контрактов или оказания других видов технической или финансовой помощи предприятиям, нанимающим рабочих-инвалидов. Государства должны побуждать нанимателей осуществлять разумные меры для создания инвалидам соответствующих условий, принимать меры для вовлечения инвалидов в разработку программ подготовки кадров и программ занятости в частном и неофициальном секторах.

В соответствии с правилом *поддержания доходов и социального обеспечения* государства несут ответственность за предоставление социального обеспечения инвалидам и поддержание их доходов. Государства должны учитывать при оказании помощи издержки, которые часто несут инвалиды и их семьи в результате инвалидности, а также обеспечивать материальную поддержку и социальную защиту лицам, которые взяли на себя

заботу об инвалиде. Программы социального обеспечения должны также стимулировать усилия самих инвалидов, направленные на поиск работы, которая приносила бы доход или восстанавливала их доходы.

Стандартными правилами в области *семейной жизни и свободы личности* предусматривается обеспечение возможности инвалидам проживать совместно со своими семьями. Государства должны содействовать тому, чтобы консультативные услуги по вопросам семьи включали соответствующие услуги, связанные с инвалидностью и ее влиянием на семейную жизнь. Семьи, имеющие инвалидов, должны иметь возможность пользоваться патронажными услугами, а также иметь дополнительные возможности для ухода за инвалидами. Государства должны устранять все неоправданные препятствия для лиц, желающих или усыновить ребенка-инвалида или обеспечить уход взрослому инвалиду.

Специальные правила направлены на выработку стандартов, обеспечивающих вовлечение инвалидов в *культурную жизнь и участие в ней на равной основе*. Стандарты предусматривают принятие мер для обеспечения инвалидам равных возможностей *для отдыха и занятий спортом*. В частности, государства должны принимать меры для обеспечения доступа инвалидов к местам отдыха и занятий спортом, гостиницам, пляжам, спортивным аренам, залам и т.л. Такие меры включают оказание поддержки персоналу, осуществляющему организацию отдыха и занятий спортом, а также проекты, предусматривающие разработку методики доступа и участия в этих мероприятиях инвалидов, обеспечение информации и разработку учебных программ, поощрение спортивных организаций, расширяющих возможности для привлечения инвалидов к участию в спортивных мероприятиях. В некоторых случаях для такого участия достаточно лишь обеспечить доступ инвалидов к этим мероприятиям. В других случаях необходимо принимать специальные меры или организовывать специальные игры. Государства должны поддерживать участие инвалидов в национальных и международных соревнованиях.

В области религии стандартные правила предполагают поощрение мер, направленных на обеспечение равного участия

инвалидов в *религиозной жизни их общин*.

В области *информации и исследований* государства обязаны регулярно собирать статистические данные об условиях жизни инвалидов. Сбор таких данных может осуществляться параллельно с проведением национальных переписей населения и обследований домашних хозяйств и, в частности, проводиться в тесном сотрудничестве с университетами, научно-исследовательскими институтами и организациями инвалидов. Эти данные должны включать вопросы о программах, услугах и об их использовании.

Рассматривать вопрос о создании банков данных об инвалидах, в которых содержались бы статистические данные об имеющихся службах и программах, а также о различных группах инвалидов. При этом необходимо учитывать необходимость защиты личной жизни и свободы личности. Разрабатывать и оказывать поддержку программам изучения социальных и экономических вопросов, затрагивающих жизнь инвалидов и их семей. Такие исследования должны включать анализ причин, видов и масштабов инвалидности, наличия и эффективности существующих программ и необходимости в развитии и оценке служб и мер по оказанию помощи. Разрабатывать и совершенствовать технологию и критерии проведения обследований, принимая меры для содействия участию самих инвалидов в сборе и изучении данных. Информация и знания по вопросам, касающимся инвалидов, должны распространяться среди всех политических и административных органов на национальном, региональном и местном уровнях.

Стандартными правилами определяются требования по *разработке политики и планированию мероприятий* в интересах инвалидов на национальном, региональном и местном уровнях. На всех этапах принятия решений должны привлекаться организации инвалидов к участию в разработке планов и программ, касающихся инвалидов или затрагивающих их экономическое и социальное положение, и потребности и интересы инвалидов по возможности включать в общие планы развития, а не рассматривать отдельно.

Специально оговаривается необходимость содействовать разработке местными общинами программ и мероприятий для

инвалидов. Одной из форм такой деятельности является подготовка учебных пособий или составление перечней подобных мероприятий, а также разработка учебных программ для персонала на местах.

Стандартные правила определяют, что государства несут ответственность за создание и укрепление национальных *координационных* комитетов или аналогичных органов для использования их в качестве национальных координационных центров по вопросам, касающимся инвалидов.

Стандартными правилами рекомендуется экономически и другими способами поощрять и поддерживать создание и укрепление *организаций инвалидов*, членов их семей и/или лиц, защищающих их интересы, а также обеспечить консультативную роль организаций инвалидов в принятии решений по вопросам, касающимся инвалидов.

Государства несут ответственность за обеспечение должной *подготовки* на всех уровнях *персонала*, который участвует в разработке и осуществлении программ и предоставлении услуг, касающихся инвалидов.

Специальные аспекты стандартных правил посвящены ответственности за постоянный контроль и оценку выполнения национальных программ и за предоставление услуг, направленных на обеспечение равных возможностей для инвалидов, а также другим положениям.

Несмотря на разработанность данных международных документов, они не полностью отражают сущность и содержание таких широких и сложных понятий, как "инвалидность", "инвалид". Кроме того, социальные изменения, объективно происходящие в современных обществах или отражающиеся в сознании людей, выражаются в стремлении расширить содержание этих терминов. Так, Всемирной организацией здравоохранения приняты в качестве стандартов для мирового сообщества такие признаки понятия "инвалидность":

- любая потеря или нарушение психологической, физиологической или анатомической структуры или функции;
- ограниченность или отсутствие (из-за указанных выше дефектов) способности выполнять функции так, как

- считается нормальным для среднего человека;
- затруднение, вытекающее из указанных выше недостатков, которое полностью или частично мешает человеку выполнять какую-то роль (учитывая влияние возраста, пола и культурной принадлежности).¹

Анализ всех приведенных выше определений приводит к выводу, что дать исчерпывающее изложение всех признаков инвалидности достаточно трудно, так как содержание противоположных ему понятий само по себе достаточно расплывчато. Так, выделение медицинских аспектов инвалидности возможно через оценку утраты здоровья, но это последнее настолько вариативно, что даже ссылка на влияние пола, возраста и культурной принадлежности не устраняет затруднений. Кроме того, сущность инвалидности заключается в тех социальных барьерах, которые состояние здоровья воздвигает между индивидом и обществом. Характерно, что в попытках отойти от сугубо медицинской трактовки Британский совет объединений инвалидов предложил такое определение: «Инвалидность - это полная или частичная потеря возможностей участвовать в нормальной жизни общества на равных началах с другими гражданами из-за физических и социальных преград»². Международное общественное мнение все более утверждает в мысли о том, что полноценное социальное функционирование является важнейшей социальной ценностью современного мира. Это находит свое выражение в появлении новых индикаторов социального развития, применяемых для анализа уровня социальной зрелости того или иного социума. Отчет о мировом развитии за 1993 год, выполненный по заказу Всемирного банка и посвященный здоровью населения мира, выдвигает новые критерии оценки состояния здоровья населения и утверждает наиболее эффективные каналы вложения средств в развитие сети национального здравоохранения. Финансовые инвестиции в охрану материнства и детства, службы планирования семьи, лечение болезней детского и подросткового периодов не только улучшают статистику смертности и заболеваемости, но и наиболее значительным об-

¹ Трудотерапия как метод реабилитации инвалидов. - М., 1998. С. 5.

² Там же.

разом сокращают показатель DALY, то есть "суммарные потери лет здоровой жизни в результате предотвратимой преждевременной смертности". Соответственно основной целью политики в отношении инвалидов признается не только наиболее полное восстановление здоровья и не только обеспечение их средствами к жизни, но также и максимально возможное воссоздание их способностей к социальному функционированию на равных основаниях с остальными гражданами данного социума, не имеющими ограничений здоровья.

В нашей стране идеология политики в отношении инвалидности развивалась аналогичным образом - от медицинской к социальной модели. В соответствии с законом "Об основных началах социальной защищенности инвалидов в СССР", *инвалидом является лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите.*¹ Позднее было определено, что инвалид - *лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.*² При определении ограничения жизнедеятельности учитывается полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью. Признание лица инвалидом осуществляется Государственной службой медико-социальной экспертизы.

Очевидно, что данные определения больше акцентируют медицинское содержание проблемы, чем социальное, сводя это последнее к необходимости социальной помощи, несамостоятельности инвалидов. Утверждение социальных аспектов реабилитации инвалидов происходит с большими трудностями и противоречиями.

¹ Принято Верховным Советом СССР 11 декабря 1990 года.

² Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" №181-ФЗ от 24 ноября 1995 года.

Законодательное оформление получила такая ситуация, когда дети рождаются с нарушениями функций, делающими для них невозможными нормальное развитие и соответствующие возрасту занятия. Инвалидность у детей определяется как *значительное ограничение жизнедеятельности, приводящее к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, потери контроля за своим поведением, а также способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.* Постановлением Правительства РФ от 13 августа 1996 г. № 965 утверждено "Положение о признании лица инвалидом", в котором наряду с тремя группами инвалидности вводится категория "*ребенок-инвалид*" - *лицо в возрасте до 16 лет*, что, очевидно, противоречит Гражданскому кодексу, Семейному кодексу, нормативным положениям и практике ряда реабилитационных центров, где обслуживание детей планируется до 18 лет.

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации охране здоровья граждан¹ медико-социальная экспертиза (по нормативно-правовым актам СССР - Врачебно-трудовая экспертная комиссия /ВТЭК/) устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности граждан, определяет виды, объем и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты, дает рекомендации по трудовому устройству граждан.

Постановлением Правительства РФ от 16 января 1995 г. № 59 утверждена Федеральная комплексная программа "Социальная поддержка инвалидов", состоящая из следующих федеральных целевых программ:

- Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов;
- Научное обеспечение и информатизация проблем инвалидности и инвалидов;
- Формирование доступной для инвалидов среды жизнедеятельности;
- Разработка и производство средств протезирования,

¹ Приняты Верховным Советом Российской Федерации 22 июля 1993 года.

- строительство, реконструкция и техническое перевооружение протезно-ортопедических предприятий;
- Разработка и производство технических средств реабилитации для обеспечения инвалидов.

Кроме того, были изданы Указы президента РФ, направленные на государственную поддержку инвалидов, в том числе Указ "О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности"(1992г.), "О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов" (1992 г.), "О мерах по профессиональной реабилитации инвалидов и обеспечению занятости инвалидов", постановление Правительства Российской Федерации № 1151 от 25.11.95, которым утвержден федеральный перечень гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания.

В настоящее время в мире инвалиды составляют приблизительно 10% населения, причем колебания по различным странам достаточно значительны. Так, в Российской Федерации официально зарегистрированные и стоящие на учете инвалиды составляют менее 6% населения¹, в то время как в США - почти пятую часть всех жителей. Это связано, разумеется, не с тем, что граждане нашей страны значительно здоровее американцев, а с тем, что со статусом инвалидности в России связаны определенные социальные льготы и привилегии. Лица с ограниченными возможностями стремятся получить официальный статус инвалидности с его льготами, существенными в условиях дефицита социальных ресурсов; государство же ограничивает число получателей таких льгот достаточно жесткими рамками.

Несмотря на все более впечатляющие успехи медицины, численность инвалидов не только не сокращается, но неуклонно возрастает, причем практически по всем типам обществ и всем социальным категориям населения. В основе возникновения инвалидности лежит множество разнообразных причин. В зависимости от причины ее возникновения условно можно выделить

¹ Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации. / Под ред. Осадчих А.И. - М., 1999.

три их группы¹: а) наследственно обусловленные формы; б) связанные с внутриутробным поражением плода, повреждением плода во время родов и в самые ранние сроки жизни ребенка; в) приобретенные в процессе развития индивида в результате заболеваний, травм, иных событий, повлекших за собой стойкое расстройство здоровья.

Существуют формы инвалидности, в происхождении которых взаимодействуют наследственные и другие (инфекционные, травматические) факторы. Кроме того, нередко инвалидом человека делает не столько объективное состояние его здоровья, сколько неспособность (в силу разных причин) его самого и общества в целом организовать полноценное развитие и социальное функционирование в условиях именно такого состояния здоровья.

Немаловажны также факторы медицинской и педагогической запущенности, под воздействием которых, например, ребенок, объективно способный обучаться и развиваться в нормальном социальном окружении, попадает в условия вспомогательной школы или дома-интерната, оказывается удален из семьи, изолирован от общества, что препятствует его нормальной интеграции в социум, дальнейшему развитию и самообеспечению. В таких случаях особенно важно своевременное предоставление помощи, так как со временем способности к коррекции личности, интеллекта и поведения утрачиваются, и патология приобретает стойкий характер.

К сожалению, нельзя не отметить, что значительная часть как детских, так и взрослых патологий вызвана недостаточным или некачественным развитием медицинских услуг. Это, например, может являться прямым следствием неточной диагностики, ошибок при родовспоможении, неправильного, непоследовательного или недостаточного лечения. Современного диагностического оборудования в стране недостаточно, оно сосредоточено только в крупных центрах, его услуги недоступны для большинства населения по стоимости. Следует указать также на низкий уровень культуры ряда родителей, их недостаточную

¹ Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Роль и место социальных работников в обслуживании инвалидов и пожилых людей - Тюмень, 1995.

мотивацию в поиске адекватной помощи для детей-инвалидов, в настойчивом осуществлении реабилитационных процедур и мероприятий.

Разумеется, интенсивное развитие техники, транспортных технологий и урбанистических процессов, не сопровождающееся гуманизацией технических воздействий, приводит к росту техногенного травматизма, что также ведет к росту инвалидности. Напряженное состояние окружающей среды, рост антропологической нагрузки на вмещающий ландшафт, экологические катастрофы, подобные взрыву на Чернобыльской АЭС, ведут к тому, что техногенные загрязнения влияют на повышение частоты генетических патологий, снижение защитных сил организма, возникновение новых болезней, неизвестных ранее.

Как ни парадоксально, сами успехи науки, в первую очередь, медицины, имеют своей оборотной стороной рост ряда заболеваний и числа инвалидов в целом. Это вызвано тем, что во всех странах на стадии промышленного развития происходит значительный рост продолжительности жизни, и заболевания пожилого возраста становятся неизбежным спутником значительной части населения. Многих людей спасают от болезней и травм, которые прежде были безусловно смертельными, однако полного восстановления здоровья добиться не всегда возможно, и они продолжают жить инвалидами.

Появились возможности спасать многих детей, которые, родившись с определенными дефектами, прежде были обречены на "естественное выживание". Появление новых лекарственных и технических средств сохраняет им жизнь и во многих случаях позволяет компенсировать последствия дефекта. Но в других случаях, в то же время, растет число лиц с определенными патологиями, которые берут начало как раз в этих пренатальных и перинатальных отклонениях, обстоятельствах первых дней или месяцев жизни ребенка.

На рост инвалидности могут оказывать влияние также ситуативные факторы, краткосрочные по сравнению с долгосрочными тенденциями социально-демографических процессов. Обострение социально-экономического кризиса в нашей стране в настоящее время усиливает влияние факторов, обуславливающих причины инвалидности. Бюджетные трудности, недостаток

кадров и современного оборудования снижают возможности системы здравоохранения по поддержанию и восстановлению здоровья населения. Менее последовательной и результативной становится охрана труда, особенно на предприятиях негосударственной формы собственности - это ведет к росту производственного травматизма и, соответственно, инвалидности. Ухудшение состояния окружающей среды, неблагоприятная экологическая обстановка ведет к нарастанию патологий здоровья как детей, так и взрослых.

Отставание уровня доходов от роста стоимости жизни, снижение стандартов потребления, испытываемый большинством населения белково-витаминный дефицит впрямую влияют как на здоровье взрослых, так и особенно на здоровье детей, затрудняют возможности корректировать развитие тех, кто нуждается в усиленном уходе, дополнительной помощи для своей медицинской, психологической, педагогической и социальной реабилитации. Отсутствие навыков здорового образа жизни, неудовлетворительные стандарты питания, употребление суррогатов спиртных напитков также патогенно влияют на здоровье. Есть прямая и значимая корреляция между социально-экономическими трудностями и ростом инвалидизации.

В результате транспортных травм гибнет беспрецедентное количество жителей, однако число потерявших здоровье многократно выше. Военные конфликты также имеют своим результатом массовую инвалидизацию как непосредственных участников военных действий, так и гражданского населения.

Таким образом, для нашей страны проблема оказания помощи лицам с ограниченными возможностями принадлежит к числу наиболее важных и актуальных, так как рост численности инвалидов выступает в качестве устойчивой тенденции нашего социального развития, и пока нет данных, свидетельствующих о стабилизации положения или об изменении этой тенденции.

Кроме того, общая негативная характеристика процессов воспроизводства населения, депопуляционные процессы, снижение рождаемости предъявляют высокие требования к социальным и трудовым ресурсам будущего. Инвалиды являются не только гражданами, нуждающимися в особой социальной помощи, но также возможным значительным резервом развития

общества. Считается, что в первом десятилетии XXI века они будут составлять не менее 10 % всей рабочей силы в промышленно развитых странах,¹ причем отнюдь не только на примитивных ручных операциях и процессах. Необходимо максимально реализовать индивидуальный реабилитационный потенциал всех лиц с ограниченными возможностями,² дать им возможность обеспечить себя материально, наиболее полно участвовать в социальной жизни, самореализоваться.

Понимание социальной реабилитации также прошло свой достаточно содержательный путь развития. Первоначально здесь преобладал чисто медицинский подход: Всемирная организация здравоохранения полагала, что сущность реабилитации заключается в том, чтобы "не только вернуть больного к его прежнему состоянию, но и развивать его физические и психологические функции до оптимального уровня".³ Очевидно, что здесь акцент сделан прежде всего на психосоматических качествах человека, восстановления которых было достаточно для достижения им социального благополучия. Правда, здесь содержится указание на необходимость развития "до оптимального уровня", что можно рассматривать в качестве некоторой предпосылки к сверхреабилитации, разворачиванию свойств индивида сверх того уровня, который он имел до наступления инвалидности.

Постепенно происходит переход от чисто медицинского подхода к социальной модели, а в рамках социальной модели реабилитация рассматривается не только как восстановление трудоспособности, но как восстановление всех социальных способностей индивида. Комитет экспертов ВОЗ дает следующую развернутую трактовку: "Реабилитация инвалидов должна включать все мероприятия, призванные сократить последствия

¹ Социально-демографическое развитие в Западной Европе. - М., 1992. С. 71.

² См. Комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями вследствие заболеваний нервной системы / Методические рекомендации. - Москва-Санкт-Петербург, 1998. Т. 2. С. 10.

³ Восстановление трудоспособности: Хроника ВОЗ. - 1969. - Т. 23а. С. 255.

возникшей непригодности и позволить инвалиду полностью интегрироваться в общество. Реабилитация направлена на то, чтобы помочь инвалиду не только приспособиться к окружающей его среде, но и оказывать воздействие на его непосредственное окружение и на общество в целом, что облегчает его интеграцию в общество. Сами инвалиды, их семьи и местные органы должны участвовать в планировании и проведении мероприятий по реабилитации".¹ С точки зрения Л.П.Храпылиной, данное определение неоправданно расширяет обязанности общества перед инвалидами, в то же время не фиксирует никаких обязанностей самих инвалидов "выполнять свои гражданские функции с определенными затратами и усилиями".² К сожалению, этот односторонний акцент сохраняется во всех последующих документах.

В 1982 г. Организацией Объединенных Наций была принята Всемирная программа действий в отношении инвалидов, которая предусматривала такие направления, как:

- раннее обнаружение, диагностика и вмешательство;
- медицинское обслуживание;
- консультирование и оказание помощи в социальной области;
- подготовка к самостоятельному индивидуальному уходу, независимому образу жизни;
- обеспечение вспомогательными техническими средствами, средствами передвижения, социально-бытовыми приспособлениями и пр.;
- специальные услуги в области образования;
- услуги по восстановлению профессиональной трудоспособности (включая профессиональную ориентацию, профессионально-техническую подготовку, трудоустройство).³

Все дальнейшие международные документы в той или

¹ Цит. по: Храпылина Л.П. Основы реабилитации инвалидов. - М., 1996. С. 8-9.

² Там же. С. 9.

³ Хууан-Сепел А. Развитие многопрофильных программ реабилитации и их эффективность. - Вена, 1989. С. 23.

иной мере включали данные направления: меры медицинской реабилитации, профилактика ухудшения здоровья и усилия по его восстановлению; реабилитация личности, восстановление социофункциональных способностей индивида; максимально раннее и полное возвращение (инвалидов к трудовой деятельности; обеспечение внешних возможностей для интеграции инвалидов в общество; создание системы реабилитации, объединяющей централизованные (государственные) и децентрализованные ресурсы. На данный момент итоговым является определение реабилитации, принятое в результате обсуждения в ООН процитированных выше "Стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов":

"Реабилитация означает процесс, имеющий целью предоставить инвалидам возможность достичь оптимального физического, интеллектуального, психического и/или социального уровня деятельности и поддерживать его, тем самым предоставляя им средства, призванные изменить их жизнь и расширить рамки их независимости. Реабилитация может включать меры по обеспечению и/или по восстановлению функций или компенсации утраты или отсутствия функций или функционального ограничения. Процесс реабилитации не предполагает лишь оказание медицинской помощи. Он включает в себя широкий круг мер и деятельности... Необходимо изменить общество, с тем, чтобы создать условия для инвалидов, а не изменять индивидуума, имеющего инвалидность, с тем, чтобы приспособить его к жизни общества".¹

Рассмотрение многочисленных международных документов потребовалось для того, чтобы выяснить, как трансформировалось понимание инвалидности и обязательств общества по отношению к инвалидам. От чисто медицинского подхода постепенно происходило движение к социальному подходу; от представления о том, что общество должно поддерживать инвалидов и окружать их заботой и уходом произошел переход к признанию приоритета особых нужд инвалида перед потребностями общества в целом. Социальная реабилитация в настоящее

¹ Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. - Вена, 1993. С. 43.

время признается неотъемлемым правом инвалида и неотменимой обязанностью общества перед инвалидом.

Вопросы для самоконтроля

1. Что означает термин «инвалид» и когда он стал употребляться в России?
2. Назовите международные документы по правам инвалидов.
3. Перечислите стандартные правила, обеспечивающие равные возможности для инвалидов, утвержденные ООН в 1994 г.
4. Какими законодательными актами защищаются права инвалидов в России?
5. Дайте определение «реабилитации» и в чем состоит особенность «социальной реабилитации»?

Рекомендуемая литература

1. Преодолевая барьеры инвалидности. М., 1997.
2. Трудотерапия как метод реабилитации инвалидов. М., 1998.
3. Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации / Под ред. Осадчих А.И. М., 1999.
4. Социально-демографическое развитие в Западной Европе. М., 1992.
5. Хранылина Л.П. Основы реабилитации инвалидов. М., 1996.
6. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. Вена, 1993.

§ 3. Социальные ограничения инвалидов и модели инвалидности

Для того, чтобы выяснить содержание процесса реабилитации, нужно проанализировать сущность социальных ограничений, рассмотреть те барьеры, которые воздвигает перед человеком инвалидность. Социальные ограничения, порожденные дефектами здоровья, носят комплексный характер и поэтому особенно трудно поддаются компенсации. 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 индивидуальных недостатков. В этом аспекте принято говорить не только о безбарьерной среде для инвалида, но также о дружественной или недружественной среде (современная городская или промышленная среда может быть недружественной не только к инвалиду, но также к ребенку, пожилому человеку, вообще любому индивиду). Это ограничение влечет за собой многие последствия, осложняющие положение инвалида, и требует принятия специальных мер, устраняющих пространственную, транспортную, бытовую изоляцию инвалида, эмоциональную депривацию, обеспечивающих возможность трудовой адаптации.

Второй барьер - это *трудовая сегрегация или изоляция* инвалида: 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 не (или не столько) ограниченностью их индивидуаль-

ных физических или интеллектуальных ресурсов, сколько неразвитым характером рынка труда для лиц с особыми нуждами. В условиях "дикой" рыночной экономики адаптация рабочих мест для таких индивидов рассматривается работодателями как невыгодная и нежелательная.

Однако необходимо отметить, что в условиях нашей страны 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% их них. Это вызвано не столько отсутствием специальных рабочих мест, сколько доминирующей ориентацией на получение льгот и пособий вместо труда.¹ К сожалению, формирование современной трудовой мотивации и трудовой этики в нашем обществе блокируется тем обстоятельством, что нередко инвалидная пенсия является более солидным источником дохода, чем заработная плата работающего, во всяком случае, она выплачивается более регулярно.

Поэтому естественно, что 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). Впрочем, в последние годы появились лица из числа предпринимателей, получившие инвалидность вследствие травмы, террористического акта и т.д. Финансовые ограничения не являются для них значимыми или не стоят вовсе. Тем не менее, преодоление всех других барьеров требует от них малых усилий.

Важным и труднопреодолимым барьером для инвалида является *пространственно-средовой*. Даже в тех случаях, когда лицо с физическими ограничениями имеет средства передвижения (протез, кресло-коляска, специально оборудованный автомобиль), сама организация жилой среды и транспорта не является пока дружественной к инвалиду. Недостает оборудо-

¹ Кавокин С.Н. Ук. Соч. С. 4.

вания 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.

Вероятно, для всех типов инвалидность 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 или отремонтировать телевизионный или радиоприемник, 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. Задача создания и ведения банка данных по проблемам инвалидов не решена в полной мере, хотя первые шаги в этой сфере предпринимаются.

Конечно, в структурированной информации могут нуждаться только те инвалиды, которые имеют сохранный или относительно сохранный интеллект, какой-то минимальный уровень способностей к познанию, критической оценке окружающей действительности и к самооценке. Дефицит информации или ее недостаточная насыщенность могут привести к необратимому угасанию интеллектуальных способностей таких лиц.

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. На основе таких искаженных представлений возникают предрассудки и фобии, что затрудняет коммуникации между инвалидом и соци-

умом.

Эмоциональный барьер также является двусторонним, то есть он может складываться из непродуктивных эмоциональных реакций окружающих по поводу инвалида - любопытства, насмешки, неловкости, чувства вины, гиперопеки, страха и т.д., - и фрустрирующих эмоций инвалида: жалость к себе, недоброежелательство по отношению к окружающим, ожидание гиперопеки, стремление обвинить кого-то в своем дефекте, стремление к изоляции и т.д. Подобный комплекс является ретардирующим, то есть, затрудняющим социальные контакты, в процессе взаимоотношений инвалида и его социальной среды. И сам индивид с ограниченными возможностями, и его ближайшее окружение остро нуждаются в том, чтобы эмоциональный фон их взаимоотношений был нормализован.

Наконец, комплексный характер имеет *коммуникативный* барьер, который обусловлен кумуляцией действия всех вышеперечисленных ограничений, деформирующих личность человека. Расстройство общения, одна из наиболее трудных социальных проблем инвалидов, является следствием и физических ограничений, и эмоциональной защитной самоизоляции, и выпадения из трудового коллектива, и дефицита привычной информации. Поэтому закономерно, что восстановление нормальных для возраста и социального статуса коммуникаций является одной из наиболее нагруженных целей социальной реабилитации инвалида.

Сущность и содержание социальной реабилитации в значительной мере зависит от того, как понимают инвалидность ведущие субъекты этого процесса, из каких идейно-методических оснований исходят. Господствовавшая прежде *медицинская модель* инвалидности исходила из ведущей роли медицины в лечении дефекта, рассматривая инвалида как пациента. Реабилитация, таким образом, рассматривается исключительно с одной стороны - со стороны восстановления трудовых возможностей. В этой связи в общественном сознании понятия "инвалидность" и "нетрудоспособность" воспринимаются как равнозначные и взаимозаменяющие термины. Необходимость

опровержения такого подхода привела к появлению в научном обороте и распространению в литературе¹ наряду с медицинской моделью инвалидности такого понятия, как *социальная модель инвалидности*.

Такой аспект рассмотрения проблемы исходит не из неизбежно ограниченного перечня болезней, нарушений и патологий, перечисляемых нормативными документами, а из факта наличия и степени утраты способности к социальному функционированию привычного, "нормального" для данного общества характера и уровня. Соответственно решение проблем, связанных с инвалидностью, предполагается осуществлять в первую очередь через оказание помощи лицам с функциональными нарушениями, создание системы учреждений социального обслуживания, как комплексных, так и специализированных. Подобные учреждения должны быть доступны для населения территориально, по набору предлагаемых услуг, по условиям своей деятельности - бесплатность оказания услуг нередко является для их клиентов жизненно важным фактором.

Специализированные учебные заведения для детей-инвалидов также является отражением социальной модели - образовательная служба «подтягивает» детей к себе, не имея возможности предоставить образовательные услуги на дому каждому нуждающемуся. В последнее время получает также распространение понятие "*политико-правовой модели инвалидности*". В соответствии с ней люди, имеющие инвалидность, рассматриваются как социальное меньшинство (minority), права и свободы которого ущемляются посредством внешних ограничений: недоступностью архитектурной среды, замкнутым кругом общения, ограниченным доступом к участию во всех аспектах жизни общества, к информации и средствам коммуникации, культуре и спорту.

¹ Настольная книга специалиста: Социальная работа с инвалидами / Под ред. Е.И.Холостовой, А.И.Осадчих. - М.: Институт социальной работы, 1996; Астанов В.М., Лебединская О.И., Шапиро Б.Ю. Теоретико-методологические аспекты подготовки специалистов социально-педагогической сферы для работы с детьми, имеющими отклонения в развитии. - М.: МИПКРО, 1995

Содержание данной модели определяет следующий подход к решению проблем инвалидности: равные права человека, имеющего инвалидность, на участие во всех аспектах жизни общества должны быть закреплены законодательством, реализованы через стандартизацию положений и правил во всех сферах жизнедеятельности человека и обеспечены равными возможностями, создаваемыми социальной структурой. Данная модель инвалидности ориентирует общество на защиту особых прав инвалидов точно так же, как подобное отношение должно быть гарантировано каждой отдельной социальной группе с особыми нуждами.

В программные документы общественных инвалидовных движений, основанных на принципах философии независимой жизни, включается также *модель культурного плюрализма*. Основной акцент здесь делается на понятии равенства: все аспекты жизни общества должны быть одинаково доступны для всех членов общества вне зависимости от их отличий от других.

Утверждение понятия "*лица с ограниченными возможностями*" находится также в русле этих изменений объема и сущности представлений общества об инвалидности, правах и особенностях инвалидов. Подобный термин свидетельствует о том, что нет жесткой связи между юридической фиксацией инвалидности, всегда неизбежно ограниченной в силу финансово-экономических лимитов, и действительными дефицитами сил, здоровья, социальных и личностных ресурсов, которые препятствуют индивиду (иногда и его ближайшему социальному окружению) нормально жить и развиваться в обществе. Если проанализировать список заболеваний, дающих право на установление инвалидности, и сопутствующие этому льготы, становится ясно, что целый ряд состояний, объективно препятствующих социальному функционированию индивида, находится за рамками этого перечня. Недаром, например, в практике социально-реабилитационных учреждений для детей-инвалидов как правило не проводится жесткая селекция несовершеннолетних клиентов по типу патологии, а принимаются на обслуживание также ослабленные и часто болеющие дети, дети группы социального риска или же социально и педагогически запущенные.

Ограничение возможностей иногда трактуется как недо-

влетворенность "особых нужд" инвалидов¹, что приводит к их социальному исключению (social exclusion). Этой проблеме было уделено большое внимание в ходе проходившего в 1998 г. Объединенного всемирного конгресса Международной федерации социальных работников и Международной ассоциации школ социальной работы.² Однако в теоретико-методологическом смысле *каждое лицо* имеет те или иные отклонения от среднестатистической нормы и за счет этого именно и является самостоятельной, отличной от других личностью. Поэтому в сущности каждое такое отличие может явиться причиной для социального исключения, и истории известны такие примеры, когда люди подвергались дискриминации за цвет кожи, длину волос, особенности одежды или характер мировоззрения. Таким образом, практически каждый индивид имеет те или иные *особые* нужды, к которым общество должно приспособлять свои внешние условия.

Однако осуществить это невозможно, так как особые нужды одних индивидов могут противоречить столь же особым нуждам других. С точки зрения экономических, организационных и прочих ресурсов крайне затруднительно адаптировать социальные условия к требованиям каждой непохожей личности. Вся социальная жизнь организуется как непрерывный процесс компромиссов в организации функционирования между личностью и социумом, индивидом, группой и обществом. При этом уважение прав личности предусматривает в то же время признание определенных прав общности.

Особые нужды инвалидов являются в полной мере "особыми", специфическими отклонениями от количественной нормы. Их особость состоит в том, что в большинстве случаев сами инвалиды не могут в должной мере адаптироваться к условиям жизнедеятельности по причинам своих физических, интеллектуальных или психических дефектов. Необеспеченность инвалидов необходимым и качественным специальным оборудованием, медикаментами, материальной, социальной, психологической и

¹ Е.Р.Смирнова. Семья нетипичного ребенка. - Саратов, 1998.

² Peace and social Justice - The Challenges Facing Social Work. - Jerusalem, Israel. 1998.

юридической помощью резко сужает возможности их нормальной жизнедеятельности и полноценной интеграции в общественную среду. В данном случае общество обязано прибегнуть к определенному неравенству, чтобы компенсировать таким образом инвалидам их дефекты здоровья и обеспечить максимально возможное равенство для них.

Сущность реабилитации - не только (или не столько) восстановление здоровья, сколько восстановление (или создание) возможностей для социального функционирования при том состоянии здоровья, которым, после излечения, располагает инвалид. Таким образом, инвалидность трактуется как проблема не столько медицинская, сколько социальная. Лечение болезни, коррекция нарушения, медицинская компенсация дефекта имеют свои границы. В то же время люди, не являющиеся инвалидами, также отличаются по своим физическим возможностям, уровню физической силы, скорости реакции, интеллектуальным способностям и т.д. Цель общества - максимально полно обеспечить возможность для всех людей, с их специфическими, в том числе, ограниченными, возможностями, социальное функционирование и развитие. Люди сильного личностного потенциала добиваются этого самостоятельно. Более слабые индивиды в процессе развития компенсируют уязвимые стороны своей личности, нуждаясь иногда в помощи. Лица, утратившие здоровье или не имевшие его, нуждаются в социальной реабилитации, осуществляемой с профессиональной помощью специалистов по реабилитологии или социальной работе, так как степень их дефекта требует особенно обширных ресурсов компенсации. При помощи последовательной системы мер может быть достигнуто не только уменьшение воздействия инвалидизирующих факторов и условий, но и создание возможностей для инвалидов достичь социальной интеграции, адаптироваться к жизни в обществе. Выражаясь обобщенно, необходимо создавать возможность для инвалидов жить счастливыми и находить удовлетворение в своей жизнедеятельности.

Для осуществления этой специальной деятельности общества в отношении лиц с ограниченными возможностями создаются структуры, реализующие их социальную защиту. Под социальной защитой инвалидов понимается система гарантиро-

ванных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Содержание реабилитации рассматривается как "процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма"¹. Цель реабилитации - "восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация".² К сожалению, в современных условиях именно эта социальная цель встречает наибольшие трудности, так как кризис трудовой сферы, отсутствие трудовой мотивации и возможностей трудовой самообеспеченности ведут к предпочтению в ряде случаев статуса иждивенца, получателя пособий. В ситуации, когда вполне здоровые и работоспособные люди не всегда могут обеспечить за счет собственного труда себя и свою семью, пенсии и пособия инвалидов могут быть единственным вариантом приобретения средств к жизни.

Однако социальная реабилитация не должна быть направлена на то, чтобы сформировать иждивенца, довольствующегося (и довольного) социальным статусом получателя пособия. Весь комплекс мероприятий социальной реабилитации направлен на восстановление и развитие активного социального субъекта, личности, способной к волевым усилиям, трудовой мотивации, саморазвитию.

В этом аспекте нужно констатировать, что больные, получившие травму, люди с нарушенными функциями является не только объектом реабилитационного процесса. Они должны являться и признаваться полноправными участниками этой дея-

¹ Приложение к совместному постановлению Министерства труда и социального развития Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 января 1997 года, № 1/30.

² Там же.

тельности, субъектом социальной реабилитации, успех которой в значительной мере зависит от степени глубины их установки на восстановление действенной социальной роли, а отсутствие сотрудничества может минимизировать эффективность социальной реабилитации или сделать ее совершенно невозможной.

Вопросы для самоконтроля

1. Перечислите, пожалуйста, социальные ограничения инвалидов.
2. В чем разница медицинской и социальной модели инвалидности?
3. Охарактеризуйте политико-правовую модель инвалидности.
4. В чем состоит сущность модели культурного плюрализма?
5. Есть ли разница в понятиях «инвалид» и «лицо с ограниченными возможностями»?

Рекомендуемая литература

1. Социальная работа с инвалидами. Настольная книга специалиста. / Под ред. Холостовой Е.И., Осадчих А.И. М., 1996.
2. Смирнова Е.Р. Семья нетипичного ребенка. Саратов, 1998.
3. Ким Е. Концепция «независимой жизни» в социальной работе с детьми с ограниченными возможностями. М., 1997.
4. Российская энциклопедия социальной работы в 2-х тт. М., 1997.

§ 4. Принципы и структура социальной реабилитации

Институт социальной реабилитации инвалидов реализуется в комплексной деятельности, включающей в себя организационные, экономические, градостроительные, собственно реабилитационные действия. Она осуществляется всей совокупностью государственных и муниципальных органов и учреждений социальной защиты, образования, здравоохранения, других сфер, в сотрудничестве с негосударственными органами.

Деятельность как государственных, так и негосударственных структур, реализация различных моделей помощи инвалидам в социальной политике по отношению к лицам с ограниченными возможностями в своей основе имеет программу реабилитационных мероприятий, позволяющих индивиду не только адаптироваться к своему состоянию, но в наиболее оптимальной ситуации выработать навыки самопомощи и создания сети социальных связей.

В основе таких мероприятий должна лежать базовая реабилитационная программа, разработка которой предусмотрена законодательными актами 1995 г.

Объем и содержание социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями зависит в немалой степени от тех принципов, которыми руководствуются в своей деятельности субъекты реабилитации, общество в целом, государство организующее и реализующее соответствующие социальные программы.

Социальная политика, адресованная инвалидам, была основана первоначально на принципах *изоляция* и *компенсация*.¹ Принцип изоляции берет начало с самых древних этапов развития социальной истории и доходит до наших дней. В прошлом этот принцип приводил к отвержению инвалидов, формированию разного рода фобий и предрассудков по их адресу. Сегодня он выражается в создании особых систем обеспечения жизнеде-

¹ Кавокин С.Н. Профессиональная реабилитация и занятость инвалидов. - М., 1997. С. 3-4.

тельности инвалидов, сегрегированных от общих систем: специальных домов для постоянного, иногда пожизненного, проживания, особых учебных заведений, специализированных предприятий и т.д. В такой системе реализуется уход за инвалидами и удовлетворение их особых нужд, однако в первую очередь с точки зрения здоровых членов общества. Сами инвалиды таким образом исключаются из общества и превращаются только в объект его заботы и попечения.

Принцип компенсации реализуется в мероприятиях, нацеленных на возмещение тех ущербов, которые имеются у инвалидов в денежной или иной компенсационной форме: выплата пенсий или пособий, предоставление льгот (на пользование транспортом, на лекарства, на квартплату и пр.). Сами по себе подобные льготы необходимы, однако, будучи единственным механизмом помощи, они не способствовали интеграции инвалидов в общество и обеспечивали им крайне низкие стандарты существования (на уровне прожиточного минимума или ниже его). Кроме того, целый ряд потребностей инвалидов не может быть выражен в денежной форме, а восстановление социального статуса, полноценность интеграции в общество лишь опосредованно связана с материальным фактором.

Изменение идеологии политики в отношении инвалидов, переход к восприятию социальной модели инвалидности привели к тому, что на инвалидов и инвалидность распространяется ведущий принцип социального устройства современного общества - *принцип равных социальных прав и возможностей индивидов*, которые предоставляются каждому члену общества вне зависимости от его физических, психических, интеллектуальных и прочих особенностей.¹ В соответствии с ним, инвалиды рассматриваются не только как объект заботы общества, но также как субъекты своей собственной жизнедеятельности. Социальные права индивида прирождены и неотъемлемы, ими очерчивается определенный, зависящий от культурно-исторических традиций общества возможностей государства, доступный каждому минимум социальных благ. Они включают в себя не только

¹ Теория социальной работы - М., 1997. С. 24.

удовлетворение элементарных потребностей, обеспечение выживания, но также и всю полноту социальных потребностей индивида. Разумеется, наличие и осознание этих потребностей лимитируется развитием способности инвалида к пониманию и оценке окружающей действительности, себя самого и своего места в социальном мире. Правда, актуализация этой возможной доступности и степень ее гарантированности в немалой степени зависят от ряда объективных и даже субъективных обстоятельств, ограничивается объемом социально-экономических ресурсов данного общества и государства.

Все более влиятельно заявляет о себе *принцип активного участия самих инвалидов в организации работы служб помощи* для них, в формировании и реализации государственной социальной политики по отношению к лицам с ограниченными возможностями. Изложенный в ряде международных правовых документов, в том числе, в Стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов,¹ этот принцип в последнее время активно воплощается в практике реабилитационных служб ряда зарубежных стран в качестве программы "Shape your life", что можно перевести "формируй свою жизнь". В соответствии с этой программой инвалиды либо получают средства на руки, либо получают право распоряжаться средствами, выделяемыми государственными или муниципальными органами для их реабилитации. Они охотно оплачивают деятельность тех служб или отделений, которые считают полезными для себя, работу тех сотрудников, со стороны которых получают заботливое и компетентное отношение.² Зарубежные исследователи практики социальной работы признают, что сами инвалиды являются наилучшими экспертами в оценке политики и программ в отношении инвалидов. Хотя, по нашему мнению, такая точка зрения является крайностью, однако ее перспективное значение несомненно.

Также из практики зарубежных социальных систем пришел к нам принцип *независимой жизни* лиц с ограниченными

¹ Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. - Вена. 1993. С. 42.

² См. Российский журнал социальной работы. 1998. № 8/2.

возможностями,¹ который заключается в их максимальном развитии и использовании способностей к самообслуживанию, самопомощи и самообеспечению. Помощь и содействие, оказываемые инвалиду различными учреждениями и организациями, должны быть адекватными его состоянию и самочувствию, приниматься (или отвергаться) на добровольной основе, содействовать самопомощи и побуждать к ней.²

Независимая жизнь - это не только социально-психологическая установка на полноценную интеграцию инвалидов в социальное и творческое развитие. В философском понимании независимая жизнь - это способ мышления, психологическая ориентация личности, которая зависит от ее взаимоотношений с другими людьми, обществом и окружающей средой.³ В социально-политическом значении независимая жизнь - это право человека быть неотъемлемой частью общества и принимать активное участие во всех аспектах его жизни, право на свободу выбора и самоопределение. Для суверенной личности в современных условиях ведущей социальной ценностью является свобода выбора, которая зависит от степени социализации индивида, с одной стороны, и уровня развития общества и общественных отношений, - с другой. Взаимозависимые связи между членами общества не лишают их свободы выбора и права на эту свободу.

Идеология независимой жизни рассматривает инвалидность как ограниченное умение человека ходить, видеть, слышать, говорить или мыслить обычным образом, обусловленное

¹ Российская энциклопедия социальной работы. В 2-х т.т. - М., 1997. Т. 2; Ким Е.Н. Концепция "независимой жизни" в социальной работе с детьми с ограниченными возможностями. - М., 1997, и др.

² В1991 году Московский городской клуб инвалидов "Контакты-1" инициировал движение за независимую жизнь людей, имеющих инвалидность, в России, организовал первый в нашей стране Центр независимой жизни для детей и подростков с ограниченными возможностями.

³ Ким Е.Н. Независимая жизнь для лиц с ограниченными возможностями. Деятельность московского клуба инвалидов "Контакты - 1". - М.,1997.

психологическими, физиологическими, функциональными нарушениями или аномалиями. Помощь в осуществлении этих функций человек, имеющий инвалидность, может ожидать и получить от социальных служб, создание которых должно быть нормой в обществе, если оно руководствуется принципом равенства прав человека.

В 1978 году Гербен Делонг (Новый английский медицинский центр, Бостон) сформулировал три теоретических суждения, которые были положены в основу идеологии движения за независимую жизнь и впоследствии стали основными элементами при создании служб в структуре центров независимой жизни: 1. Суверенитет потребителя. Человек, имеющий инвалидность - основной потребитель социальных служб и является главным защитником своих интересов. Он должен быть допущен к прямому участию в решении социальных проблем, связанных с инвалидностью. 2. Самоопределение. Люди, имеющие инвалидность, должны в первую очередь опираться на свои способности и умения для того, чтобы добиться прав и привилегий, на которые они претендуют. 3. Политические и экономические права. Люди, имеющие инвалидность, должны получить право участвовать в политической и экономической жизни общества.¹

Поскольку каждый индивид многими нитями связан со своим социальным окружением, и воздействие на него ведет к изменению в микросоциуме, а социальные перемены ведут за собой личностные изменения. К числу важнейших относится также *принцип неразрывной связи индивида с ограниченными возможностями и социальной среды*. Разумеется, среда влияет на инвалида по многим направлениям – через общие социальные связи и чувства, через ближайшую социальную сеть, через общественные настроения, предрассудки и ожидания. Даже в стационарном социальном учреждении индивиды находятся под воздействием своего социального окружения - однообразного, монотонного и бедного. Личность инвалида формируется в конкретных социальных условиях.

Однако и сами инвалиды сознательно или бессознательно

¹ Российская энциклопедия социальной работы в 2-х тт. – М., 1997. Т.2.

формируют свое социальное окружение, в большей мере влияя на ближайшие звенья своей социальной сети, в значительно меньшей мере - на общество в целом. Это находит отражение в феномене созависимости,¹ в неблагоприятном эмоциональном фоне многих инвалидных семей, в сознательном или бессознательном стремлении ряда инвалидов к манипулированию теми лицами, с которыми они общаются. Разумеется, сказанное не означает, что всякое общение инвалида манипулятивно или контрпродуктивно. Социальные коммуникации каждого индивида, независимо от его физических или психических условий, являются важнейшей частью его социальной роли. Лицам с ограниченными возможностями труднее, чем другим, строить эгалитарный тип отношений, поэтому в своих социальных связях они могут соскальзывать к асимметричной системе взаимодействия, тем более, если инвалидность наступила в детстве.

Принцип связи индивида и социальной среды позволяет избежать сведения всех проблем лиц с физиологическими, психическими или интеллектуальными ограничениями только к медицинским вопросам. В этот круг изучения включаются обстоятельства проживания, воспитания, обучения, общения инвалида, возможность или невозможность удовлетворения всех присутствующих ему потребностей, а не только первичных, витальных.

Одним из основополагающих является принцип *изучения и сохранения семейных и социальных связей инвалида*, ибо для каждого индивида его семья должна являться наиболее совершенной и функциональной социализирующей и реабилитирующей средой. Что касается детей с объективными ограничениями, лиц с нарушениями функций, пожилых людей, переживающих возрастные изменения, то исследованиями статистически достоверно установлено, что только в условиях семьи они могут добиться высоких показателей в развертывании своей жизнедеятельности, сохранении социальной и интеллектуальной адекватности, во всяком случае, по сравнению с лицами, находящимися в государственных стационарных учреждениях. В домах-интернатах консервируется социально-психологический ком-

¹ См. Российская энциклопедия социальной работы. В 2-х т.т. - М., 1997. Т. 2.

плекс госпитализма,¹ медленнее происходит восстановление функций и компенсация нарушений, более быстрыми темпами угасают интеллектуальные и физические способности.

Однако, помимо бесспорно положительного влияния семьи на статус и развитие лица с ограниченными возможностями, не следует забывать и о том, что семья может являться сильнейшим патологизирующим фактором, который порождает и консервирует комплекс самосознания инвалида ("калеки") в его собственных глазах и глазах окружающих.² Исследования последних пяти лет в нашей стране, более длительные зарубежные исследования и кросс-культурные программы выявили определенную привязанность семьи к имиджу и психологии "особенной", трудность расставания с тем ореолом "мученичества", которым считают себя окруженными члены ряда семей, в которых проживают инвалиды.

Эта парадоксальная привязанность нередко блокирует социально-психологическую реабилитацию таких групп, снижает эффективность лечебно-восстановительных мероприятий и провоцирует рецидивы инвалидного самоощущения у самого инвалида и лиц, его окружающих, даже тогда, когда для такого самоощущения уже может не быть реальных оснований. Поэтому помощь человеку с ограниченными возможностями может включать также элементы защиты его от семьи, от ее невротизирующего, патологизирующего воздействия.

Чрезвычайно важен принцип *комплексности и последовательности* реабилитационных мероприятий, поскольку отдельные несистематизированные меры могут не принести полноценного положительного результата или даже, в редких случаях, сказаться негативно. Незавершенность реабилитационной программы, отсутствие некоторых направлений сокращают возможности реализации индивидуального реабилитационного по-

¹ Словарь-справочник по социальной работе. - М., 1997. С. 56.

² См. Диагностика детей с ограниченными возможностями и их семей в структуре психологической реабилитации. - Ростов, 1996; Созависимость // Российская энциклопедия социальной работы в 2-х т.т. - 11,1997. Т. 2. С. 256.

тенциала.¹

Хотя в последнее время все более подчеркивается субъектная роль индивида в его участии в реабилитационном процессе, значение деятельности негосударственных социальных организаций, благотворительных обществ, ассоциаций самопомощи лиц с Ограниченными возможностями, однако ведущим в наших условиях должен оставаться принцип *государственных социальных гарантий* для инвалидов. Это обусловлено, с одной стороны, провозглашением нашей страны социальным государством, которое, таким образом, принимает на себя ответственность за социальное благосостояние своих граждан.

С другой стороны, результаты кризиса в экономике, стагнация Асоциально-экономических трудностей, снижение возможностей трудового самообеспечения даже для вполне здоровых и квалифицированных работников, сокращение в обществе трудовой мотивации приводит к тому, что инвалиды более всех других граждан испытывают затруднение в обеспечении своей жизнедеятельности, реализации своих потребностей - от самых первичных нужд, до высших социальных и духовных потребностей. Люди с ограниченными возможностями в ряде случаев не могут надеяться на выживание без систематизированной и всесторонней поддержки государства. Социальная реабилитация как дорогостоящий и ресурсоемкий процесс также должна проводиться на основе зафиксированных в законодательстве социальных гарантий.

Сказанное, однако, не означает, что государственные гарантии должны обеспечивать иждивенческую позицию самого инвалида - напротив, более прогрессивной признается установка на самопомощь и самообеспечение, не только потому, что государственные гарантии всегда по определению минимальны, но также и потому, что активная сознательная позиция личности обуславливает более глубокую реабилитацию, возможность саморазвития и положительного социального самочувствия.

Деятельность негосударственных организаций социальной направленности, при наличии благоприятных условий для ее

¹ Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации. / Под ред. Осадчих А.И.. - Т. 1. - М., 1999. С. 11.

развертывания, постепенно сможет брать на себя определенную часть функций, сегодня осуществляемых государством, и все более эффективно дополнять усилия государства. Однако пока такая ситуация относится скорее к неблизкой перспективе, чем описывает положение в настоящем.

Анализируя роль государства в организации помощи лицам с ограниченными возможностями, можно задаться вопросом, чьи интересы должны удовлетворяться в первую очередь в процессе реабилитации инвалидов? Прочные эгалитарские традиции приучили нас к тому, что интересы государства всегда рассматриваются нами как имеющие преимущество перед всеми другими. Чаще всего интересы инвалидов и интересы государства совпадают в конечном счете, однако возможны конфликты разной глубины и расхождение интересов. Демократический подход, особенно по отношению к инвалидам, требует придерживаться принципа *приоритета прав и законных интересов лиц с ограниченными возможностями* в ходе реабилитации и в случае конфликта интересов.

Несмотря на серьезные требования к целостности процесса реабилитации, этот последний представляет собой совокупность относительно обособленных и структурированных элементов, которые могут быть отделены друг от друга в пространстве или во времени. Структура социальной реабилитации является предметом дискуссии. Так, Л.П.Храпылина предлагает выделять медицинские меры реабилитации, социальные меры реабилитации, профессиональную реабилитацию.¹ По мнению А.И.Осадчих, инвалидность выступает как проблема деятельности человека в условиях ограниченной свободы выбора и включает в себя такие аспекты, как правовой, социально-средовой, психологический, общественно-идеологический, производственно-экономический, анатомо-функциональный.² Каждому из этих аспектов отвечает свое направление реабилитации.

Законодательство о социальной помощи инвалидам включает достаточно противоречивую совокупность элементов,

¹ Храпылина Л.П. Основы реабилитации инвалидов. - М., 1996. С. 12.

² Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации. / Под ред. Осадчих А.И.. - Т.1. - М., 1999. С. 106.

начиная с медицинской реабилитации. К сожалению, в нем менее всего проявлена специфика именно социальных компонентов реабилитационного процесса. Тем не менее, практически все источники признают, что начальным звеном системы общей реабилитации инвалидов является *медицинская реабилитация*, которая представляет собой комплекс мер, направленных на восстановление утраченных функций или компенсацию нарушенных функций, замещение утраченных органов, приостановление прогрессирования заболеваний. Медицинская реабилитация неразрывна с лечебным процессом - уже в ходе реализации медицинских услуг потерявшему здоровье индивиду должен предусматриваться наиболее полный учет возможностей дальнейшей реабилитации: минимально травмирующая операция, удобные для протезирования результаты ампутаций и т.д. Возможно, что этот процесс должны начинать уже специалисты по социальной работе лечебных учреждений после того, как больной выведен из острого состояния. Теоретически лечение больного должно производиться за счет средств фонда обязательного медицинского страхования, то есть бесплатно для самого больного. Однако бюджетные трудности ведут не только к сокращению списка услуг по ОМС, но также к невозможности в ряде случаев поддерживать бесплатное предоставление медицинской помощи в его рамках.

Предполагается, что медицина приложит все возможные усилия для ликвидации патологии и сглаживания ее последствий. Однако состояние индивида, завершившего лечение, представляет собой достаточно динамичную картину, которая может изменяться как в сторону ухудшения, так и в сторону улучшения объективных показателей и субъективного самочувствия. Медицинская реабилитация - система комплексных мероприятий, включающих в себя воздействие как на пораженный орган, так и на весь организм инвалида. Вторым крупным разделом медицинской реабилитации является восстановительная и реконструктивная хирургия, которая восстанавливает пораженные органы, создает органы или их части взамен утраченных, а также устраняет нарушения внешности, полученные в результате заболевания или травмы. Помимо хирургического пути, восстановление утраченных органов может осуществляться при по-

мощи протезирования.

Можно констатировать, что медицинская реабилитация инвалида в большинстве случаев должна осуществляться пожизненно, так как для предотвращения негативной динамики состояния индивида необходимы меры его медицинской поддержки и оздоровления. Весь цикл лечебно-восстановительных мероприятий сопровождается психологической реабилитацией, содействуя преодолению в сознании больного представлений о бесполезности реабилитации.

Кроме того, *психологическая реабилитация* является самостоятельным направлением реабилитационной деятельности, направленным на преодоление страха перед действительностью, изживание социально-психологического комплекса "калеки", укрепление активной, деятельной личностной позиции.

Педагогическая реабилитация включает в себя, в первую очередь, мероприятия воспитательного и обучающего характера в отношении несовершеннолетних инвалидов, направленные на то, чтобы больной ребенок овладел, по возможности, знаниями, умениями и навыками самоконтроля и осознанного поведения, самообслуживания, получил необходимый уровень общего или дополнительное школьное образование.

Важнейшая цель этой деятельности - ее психологическая составляющая, выработка у ребенка уверенности в собственных возможностях, создание установки на активную самостоятельную жизнь. В ее рамках осуществляется также профессиональная диагностика и профессиональная ориентация несовершеннолетнего инвалида, обучение его соответствующим трудовым навыкам и умениям.

В отношении взрослых инвалидов педагогическая реабилитация должна включать подготовку или переподготовку к новой профессии, основанной на доступных для них видах продуктивной деятельности. Также это осуществляется параллельно с внушением этим лицам уверенности, что полученные ими знания и навыки помогут в трудоустройстве, в сохранении ими социального статуса и материального достатка.

Федеральное российское законодательство далее включает такое направление реабилитационной деятельности, как "*социальная реабилитация инвалидов*", что подразумевает деятель-

ность по социально-бытовой адаптации и социально-средовой реабилитации. Подобное употребление терминов, когда одно из направлений реабилитации приводится под таким же названием, как и вся совокупность деятельности по восстановлению способностей социального функционирования, свидетельствует не только о том, что при разработке документов 1995 года была допущена некоторая торопливость, но также о том, что в понимании содержания этого процесса имеются определенные теоретические и методологические противоречия. По нашему мнению, чтобы не допустить редукции целого к одному из его элементов, сведения содержания реабилитационной деятельности к содержанию одной, пусть важнейшей, формы реабилитации, следует рассматривать эти два направления по отдельности.

Необходимость *социально-средовой реабилитации* лиц с утраченными функциями обусловлена тем, что инвалидность приводит к значительному числу ограничений в возможностях самообслуживания и передвижения, которые здоровый человек использует, даже не задумываясь об их значимости. Инвалид же может оказаться зависимым от посторонней помощи в самых повседневных, простых, интимных потребностях. Поэтому должны проводиться два параллельных процесса: организация жилища, среды обитания инвалида соответствующим приспособлениями, которые обеспечат ему относительно самостоятельное выполнение бытовых функций, осуществление санитарно-гигиенических мероприятий, с одной стороны, и обучение инвалида пользованию этими приспособлениями - с другой стороны.

Это включает в себя обеспечение достаточно широких дверных проемов, лишенных порогов или ступенек, через которые может проходить кресло-коляска инвалида, просторных коридоров, снабжение квартиры настенными поручнями и перилами, оборудование квартиры световыми сигналами для глухих и слабослышащих. Мебель должна быть таких размеров и смонтирована на такой высоте, чтобы инвалид без посторонней помощи мог воспользоваться шкафами, полками, приблизиться к столу на кресле-коляске.

Достаточно специфично оборудование туалетов и санузлов, которое позволило бы инвалиду обрести относительную

самостоятельность в выполнении тех функций, в которых сложнее всего получить постороннюю помощь. Имеется также множество мелких действий - типа чистки зубов, застегивания пуговиц, бритья и т. д., которые кажутся рутинными и стереотипными, однако затруднения в выполнении которых угнетающе действуют на самочувствие инвалида. Достаточно несложные и недорогие приспособления помогут в выполнении таких действий.

Инвалидам с интеллектуальными и психическими ограничениями, проживающим самостоятельно, должны создаваться условия, исключающие, в первую очередь, причинение ими вреда собственной личности или другим людям. Далее система достаточно информативных пиктограмм может подсказать им порядок действий и способ их совершения (например, включение бытовых приборов, приготовление пищи, выключение и т.д.). Такая категория нуждается, кроме того, в патронажной помощи социального работника в силу ограниченной способности осознавать и планировать свою жизнь.

За пределами собственной квартиры инвалид также может столкнуться со множеством ограничений, вызванных, в первую очередь, инерционностью и слабой восприимчивостью градостроительной среды к специфическим нуждам инвалидов. Несмотря на то, что Указом Президента Российской Федерации от 1992 г. предусмотрено постепенное переоборудование населенных пунктов к условиям доступной для инвалидов среды жизнедеятельности, а вновь строящиеся здания и комплексы должны включать элементы, позволяющие обеспечивать безбарьерный характер городского пространства, пока в этом отношении делается недостаточно.

Подобными требованиями предусматривается обустройство пешеходных дорожек, наземных и подземных переходов, такими средствами, которые позволили бы индивиду с ограниченной подвижностью, "колясочнику" самостоятельно передвигаться. Входы в жилые дома и общественные здания должны быть снабжены пандусами, а лифты - иметь достаточное пространство для использования их инвалидом со специальными двигательными приспособлениями. Особые требования предъявляются к оборудованию среды для слабовидящих и слепых; в частности, перекрестки снабжаются рельефным покрытием, зву-

ковыми сигналами, дорожными знаками, указывающими на частую возможность появления лиц, лишенных зрения.

Достаточно сложны вопросы обеспечения транспорта для инвалидов. Лица с ограничениями в передвижении до сих пор имеют мало шансов воспользоваться специальными автобусами или автомобилями с подъемным устройством. Специальные самолеты, поезда или суда с приспособлениями для подъема инвалида в коляске пока остаются по большей части недоступными для отечественных инвалидов. В общественном транспорте недостаточно информационных табло с надписями или "бегающей строкой" для глухих, пиктограмм для умственно отсталых. Развитость этого направления социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями за рубежом обусловлена не только более длительными и глубокими традициями обеспечения инвалиду независимой жизни, но также и гораздо более значительными средствами, которые могут быть выделены на эти цели.

Однако в последние годы в нашей стране осуществляется относительно интенсивное развитие не только снабжения инвалидов некоторыми приспособлениями, но также направленное обучение их навыками и умениями пользования этими приспособлениями. Кроме того, в ходе этого процесса происходит укрепление мотивации к самообслуживанию, воспитание установки на максимально достижимую независимость и самостоятельность.

Учитывая активное сотрудничество в этом вопросе с иностранными исследователями и специалистами, адаптацию ряда методик и технологий к российским условиям, понятно и оправдано использование также и зарубежной терминологии в сфере социальной реабилитации и социального обслуживания в целом. Однако в данном случае термин *occupational therapy*¹ принято переводить на русский язык как "трудотерапия", что создает для российского пользователя определенные сложности.

Исторически термин "трудотерапия" использовался применительно к социально-психологической реабилитации лиц

¹ См.: Трудотерапия и реабилитология. - М., 1997.

прежде всего с психологическими (или даже психическими) отклонениями в качестве одного из направлений терапии занятиями (наряду с такими технологиями, как библиотерапия, игротерапия, гарденотерапия и т.д.). В то же время в воспитательной практике учреждений по работе с социально дезадаптированными лицами (с подростками исправительных учреждений, взрослыми в местах отбытия наказания) этот термин применялся в качестве названия для такого вида воспитательного воздействия, которое позволяет в процессе продуктивной трудовой деятельности восстановить или сформировать у индивидов социально желательные качества, скорректировать установку на антисоциальные виды занятий, пробудить трудовую мотивацию.

Поэтому употребление термина "трудотерапия" по отношению к деятельности, которая является в первую очередь социально-средовой адаптацией, пока еще вызывает определенные затруднения. Затруднения усиливаются тем, что в учреждениях социальной реабилитации для лиц с ограниченными возможностями (или на базе отделений комплексных центров социального обслуживания) все шире применяются технологии трудотерапии именно в таком буквальном смысле слова: создаются мастерские или мини-производства, где инвалиды, обслуживаемые центром, могут восстановить или приобрести трудовые навыки, участвовать в труде производственного коллектива, почувствовать свою общественную востребованность и, кроме того, заработать себе дополнительно некоторые средства.

Поскольку такая деятельность находится на достаточно раннем этапе развития, возможно, со временем будет выработана терминология, разводящая содержание значения этих различных видов деятельности.

Социально-трудовая адаптация инвалидов включает в себя также направленный к единой цели комплекс мероприятий: приспособление производственной среды к нуждам и потребностям инвалида, адаптацию инвалида к требованиям производства.

Социальная реабилитация в условиях стандартной производственной среды требует достаточно значительных усилий и расходов, так как по общему правилу проекты производствен-

ных мощностей и инфраструктура предприятий проектируется на основе требований, далеких от нужд инвалидов. Во многих случаях устаревшие технические средства и пространственные решения, складывавшиеся десятилетиями, затрудняют деятельность также вполне здоровых рабочих. Для инвалидов же данные препятствия могут оказаться практически непреодолимыми.

Имеет значение расстояние между отдельными зданиями на производстве, длительность пути от стоянки спецтранспорта, если он имеется, до места работы инвалида. Сенсорные ограничения требуют также специфического оформления пространства внутри предприятия.

Подход к месту работы и сами рабочие места инвалидов нуждаются в специальной организации или переоборудовании, вспомогательные помещения (пункт питания, гардероб, туалет) должны быть организованы таким образом, чтобы ими могли воспользоваться лица с различными видами патологий.

Целый ряд факторов производства может прямо относиться к профессиональным вредностям или быть относительно нейтральным для здоровых работников, но составлять вредные условия производства для работающих инвалидов. Практически все физические параметры трудового процесса могут в различных условиях выступать как вредные и опасные для инвалидов - температура, показатели влажности воздуха, излучения, шум, вибрация, ультразвук, пыли и аэрозоли, освещенность, химические и биологические воздействия. Вредное воздействие на инвалидов могут оказать такие факторы трудового процесса, которые характеризуют уровень нагрузки, степень напряженности труда, интеллектуальные усилия, о монотонность и т.д. Требуемые для трудоустройства инвалидов оптимальные и допустимые условия труда, классифицируемые на основе специальных критериев, являются не всегда достижимыми. Переоборудование же рабочих мест в соответствии с требованиями безопасности часто затруднено или невозможно.

Разумеется, такая деятельность ведет к росту затрат на обеспечение труда инвалидов. Сама же продукция, выпускаемая ими, редко бывает настолько выгодной, чтобы предприниматели по собственной инициативе стремились к развертыванию произ-

водственной деятельности инвалидов. Внутренняя этическая мотивация на создание возможностей социальной реабилитации на бескорыстной основе пока не является господствующей среди работодателей. Поэтому системой нормативно-экономических рычагов государство принуждает предпринимателей создавать рабочие места для инвалидов, наказывая за недостаточную активность в этой сфере. К сожалению, такие механизмы эффективно действуют только в эффективно работающей экономике. В условиях же, когда нет возможности загрузить работой здоровый и квалифицированный персонал, потенциал развития трудовой занятости инвалидов будет ограниченным.

Одним из перспективных направлений реабилитации является *обучение и переобучение инвалидов*, предоставление им в процессе переподготовки новой профессии или специальности, обучение навыкам работы по прежней специальности в условиях утраты ряда возможностей или функций.

Профориентация и профессиональное обучение инвалидов строится на основе углубленной профессиональной диагностики их в процессе взросления (для детей-инвалидов) или после завершения медицинской реабилитации (для взрослых инвалидов). Разрабатываются показания к тем иным профессиям, которыми могут заниматься инвалиды. Чаще всего речь идет о массовых профессиях, требующих сравнительно скромной общеобразовательной и профессиональной подготовки. Такой подход оправдан, если речь идет о лицах с ограничениями по интеллекту, или об умственно полноценных лицах, не имеющих возможности по условиям своей социализации получить качественное образование. Однако в ряде случаев инвалиды могут иметь высокий уровень образования, а современные виды занятости все более предъявляют требования не к физической силе или ловкости инвалида, а к его интеллектуальной содержательности.¹ Поэтому развитие информационно-компьютерных технологий раскрывает новые возможности обеспечения трудовой занятости инвалидов, с использованием возможностей высококвалифицированного надомного труда, удаленного доступа и т.д.

¹ Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации. / Под ред. Осадчих А.И. - Т.1. - М., 1999. С. 102.

Еще одним ресурсом расширения возможностей социально-трудовой реабилитации инвалидов является сфера творческих занятий. Несмотря на двигательные или даже интеллектуальные ограничения творческий реабилитационный потенциал как юных, так и взрослых инвалидов может быть довольно значительным (не говоря уже о лицах с психическими проблемами, которые иногда несут в себе настоящую талантливость). Создание возможностей для реализации в этой области представляет собой дополнительный канал реабилитационной деятельности для инвалидов.

Образовательная реабилитация инвалидов - сложный комплекс, который включает в себя процессы получения инвалидами необходимого общего образования, при необходимости - различных уровней и видов специального или дополнительного образования, профессиональной переподготовки для получения новой профессии. Образовательная реабилитация частично перекрывается педагогической, однако социальный смысл этого явления шире. В современных условиях доступ к современному и качественному образованию является одним из важнейших социальных ресурсов, обеспечивающих достойный социальный старт, развитие и полноценное существование индивидов. Блокада этого доступа для лиц с ограниченными возможностями практически перекрывает для них потенциал социального развития, перспективы материальной самообеспеченности, достойной карьеры, высокого социального статуса.

В то же время наличие образования высокого уровня и востребованной обществом направленности в некоторой мере гарантирует индивида при наступлении инвалидности от необходимости заниматься низкоквалифицированным трудом, от сведения всей их личности к статусу работника стереотипного примитивного труда. Поэтому образовательная реабилитация является в значительной мере путем и средством восстановления и повышения социального статуса индивида с расстройством тех или иных функций. Разумеется, этот путь доступен только для лиц с высоким сохранным интеллектом, с наличием способностей осваивать достижения культуры, заниматься современными видами деятельности.

Вообще *социокультурная реабилитация* составляет важ-

ный элемент реабилитационной деятельности, так как удовлетворяет блокированную у инвалидов потребность в информации, в получении социально-культурных услуг, в доступных видах творчества, даже если они не приносят никакого материального вознаграждения.

Относительная самостоятельность эмоционально-творческой сферы психики, отсутствие жестко детерминированных связей ее с физическим или интеллектуальным статусом индивида приводит к тому, что стимуляция развития этой стороны личности и деятельности человека с ограниченными возможностями позволяет иногда "обходными путями" интенсифицировать также реабилитацию умственных или физических возможностей лица с функциональными ограничениями. Социокультурная деятельность выступает важнейшим социализирующим фактором, научая людей общению, согласованию действий, восстанавливая их самооценку.

В качестве элемента социокультурной реабилитации можно рассматривать спортивную реабилитацию инвалидов, в которой особенно сильны механизмы соперничества, действующие также зачастую в сфере творческой реабилитации. Помимо общего оздоравливающего воздействия занятия спортом и участие в специальных соревнованиях для инвалидов повышают степень координации движений, развивают общение, воспитывают командные навыки.

Рассмотрев совокупность элементов системы социальной реабилитации, можно констатировать, что в данном анализе оказалась упущена важная часть процесса восстановления возможностей социального функционирования индивида. В теоретическом рассмотрении этой деятельности снова наталкиваемся на противоречие в терминологии. Социальная реабилитация как искомый результат реабилитационной деятельности, с одной стороны, может достигаться только в результате совокупности действий в рамках всех названных выше направлений реабилитации, ибо только в ходе их реализации возможно истинное и полноценное восстановление способностей индивида к социальному функционированию. Поэтому можно говорить, что понятие "социальная реабилитация" является обобщенным, выражающим итоговое качество форм и направлений.

С другой стороны, помимо содержания перечисленных видов реабилитационной деятельности, есть определенное специальное направление, в рамках которого осуществляется восстановление способности к социальной деятельности как восстановление способности к общению. Поэтому, чтобы избежать необходимости каждый раз объяснять, в каком значении употребляется термин "социальная реабилитация", необходимо ввести термин "*социокоммуникативная реабилитация*" или просто коммуникативная реабилитация" в качестве названия для того направления деятельности, которое нацелено на восстановление непосредственных социальных взаимодействий инвалида, укрепление его социальной сети. В рамках этой деятельности происходит обучение инвалида навыкам общения в новых для него условиях нарушения ряда функций. На основе складывания адекватной, но благоприятной самооценки инвалид должен сформировать новый образ "Я" и положительно окрашенную картину мира, что воспрепятствует негативным эмоциональным реакциям в общении с другими людьми.

Восстанавливается потребность в личностных коммуникациях, которая может быть нарушена в период посттравматического стресса или болезни. Важной особенностью данного процесса является организация специальных каналов или инструментов общения, если индивид в них нуждается, обучение его пользованию такими средствами. Нередко для этого требуется помощь специалистов или снабжение инвалида специальным оборудованием для обеспечения коммуникации. Кроме того, полезными или даже необходимыми оказываются тренинга коммуникативных умений, которые проводятся с инвалидом с целью формирования у него социальных навыков.

Службы социальной защиты населения должны также прилагать определенные усилия для создания организационных условий и инфраструктуры коммуникации: например, открывать отделения дневного пребывания в центрах социального обслуживания, клубы инвалидов, места встреч и общения в микрорайоне.

Конечно, все эти виды реабилитации относятся лишь к тем лицам, у которых имеется (или сохранился) достаточно обширный потенциал реабилитации. Отсутствие способностей к со-

циальному функционированию, вызванное различными формами слабоумия, рядом психических заболеваний, делает излишним в ряде случаев вопрос о социальной реабилитации такого лица.

Подводя итог теоретико-методологическому анализу содержания и структуры процесса социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями, следует сделать вывод о том, что процесс этот является целостным и комплексным; выпадение или пропуск того или иного направления или формы реабилитации не только ведут к ущемлению возможностей социального функционирования для индивида с ограниченными возможностями, но также и к неэффективной, неполной реабилитации в тех направлениях, которые были реализованы. Это объясняется как целостностью человеческой личности, все стороны и проявления которой взаимосвязаны, так и целостностью социального бытия. Дифференциация процесса социальной реабилитации по различным формам, выделение различных направлений является действием в известной мере условным, объясняемым требованиями и рамками отдельных организаций и учреждений.

Социальная реабилитация как восстановление способности к социальному функционированию по общему правилу возможна лишь в том случае и в той степени, в которой индивид обладал такой способностью до инвалидности. Развернуть в процессе реабилитации социофункциональные ресурсы индивида более, чем они были развиты в период его нормального, патологического развития, чаще всего невозможно. Степень же возможностей и потребностей индивидов в социальном функционировании достаточно разнообразна. Разброс возможностей здесь колеблется в широком континууме от полной неспособности индивидов с интеллектуальными ограничениями или глубокими физическими патологиями к социальной реабилитации до возможностей сверхреабилитации, когда мобилизация социальных и личностных ресурсов индивида приводит к тому, что в результате реализации реабилитационных программ индивид оказывается интегрированным в социальное функционирование больше, чем в своем здоровом статусе.

Социальная реабилитация - процесс, который имеет нача-

ло, но не имеет конца. Завершение выполнения индивидуальной реабилитационной программы вовсе не означает, что структуры социальной помощи могут ограничиться только материальной поддержкой инвалида, выплатой пенсий и пособий. Социальный патронаж лица с ограниченными возможностями, известный уровень социального надзора и контроля за ним необходимы и на последующих этапах его существования с целью своевременного оказания помощи при необходимости и предотвращения негативной динамики процессов.

Вся деятельность по социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями, будучи системной и комплексной, может осуществляться ко всей совокупностью органов и учреждений социальной сферы прежде всего на региональном уровне, вне зависимости от их принадлежности к системе социальной защиты, здравоохранения, образования, занятости, культуры и спорта и т.д. Межведомственная координация в этом направлении социальной деятельности является особенно необходимой; обеспечение этой координации входит в функции органов государственного управления на уровне территории.

Вопросы для самоконтроля

1. Назовите принципы социальной реабилитации?
2. Охарактеризуйте структуру реабилитации.
3. Дайте определение психологической и педагогической реабилитации.
4. В чем состоит сущность социокоммуникативной реабилитации?
5. Почему необходима межведомственная координация в организации процесса социальной реабилитации?

Рекомендуемая литература

1. Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации / Под ред. Осадчих А.И. М., 1999.
2. Храпылина Л.П. Основы реабилитации инвалидов. М., 1996.
3. Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Холодовой Е.И. М., 1997.

4. Российская энциклопедия социальной работы в 2-х тт. М., 1997.
5. Теория социальной работы. / Под ред. Холостовой Е.И. М., 1997.
6. Кавокин С.Н. Профессиональная реабилитация и занятость населения. М., 1997.
7. Трудотерапия и реабилитология. М., 1977.
8. Развитие социальной реабилитации в России. М., 2000.

РАЗДЕЛ II. СОЦИАЛЬНАЯ СРЕДА ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНВАЛИДОВ

§ 1. Жилая среда

Жилая среда включает микросреду, т.е. жилище, среду обитания, в которой предусматриваются коммунальные удобства, соблюдение санитарных норм жилой площади, уют жилых помещений, оснащение жилищ мебелью, обеспечивающей безопасность пользования (проживания, передвижения, самообслуживания, досуга и т.д.) и комфортность.

Понятие комфортности жилища включает: бесперебойное энергоснабжение, обеспечивающее возможность освещения, обогрева, приготовления пищи; коммунальные услуги (водопровод, канализацию, центральное отопление), наличие лифтов и мусоропроводов, телефонов и ряд других удобств. Помимо этого общепринятого понятия комфортности, самого элементарного его выражения, комфортность обеспечивается также и архитектурно-планировочными решениями: увеличение санитарных норм жилой площади вспомогательных помещений (кладовых, антресолей, лоджий, помещений для тренажеров и др.)

Указанные понятия и требования комфортности жилищ распространяются на все виды жилых помещений для всех категорий жителей. Применительно к инвалидам понятие комфортности жилищ имеет особую специфику. Эта специфика объясняется тем, что для инвалида должен быть доступ к пользованию комфортными условиями. Этим, по существу, определяется возможность создания доступной среды жизнедеятельности с помощью вспомогательных устройств и приспособлений, специальных архитектурно-планировочных решений.

В жилых помещениях обеспечивается возможность беспрепятственного перемещения инвалида за счет устранения порогов между комнатами и при выходе на балкон, установки горизонтальных настенных поручней, облегчающих передвижение.

Для инвалидов, пользующихся кресло-колясками, преду-

сматривается широкий дверной проем лифта, пандус при выезде из подъезда, перила и поручни при спуске с лестницы.

В ВСН 62-91 предусмотрен ряд требований, предъявляемых к жилым зданиям, в которых могут проживать инвалиды.

При проектировании жилых зданий учитываются возможности пользования ими инвалидами, в том числе передвигающимися с помощью кресло-колясок или других вспомогательных средств и приспособлений.

Квартиры пользующихся для передвижения кресло-колясками и другими приспособлениями одиноких инвалидов и инвалидов с семьями, а также жилые ячейки в специализированных жилых зданиях и общежитиях, номера в гостиницах и санаториях с местами для таких инвалидов рекомендуется располагать, как правило, на первом этаже.

При устройстве выхода на придомовой земельный участок с расположенных на первом этаже здания балконов квартир для инвалидов, пользующихся кресло-колясками, этот выход должен быть снабжен пандусом или подъемником.

Площадь кухни в квартирах для инвалидов, пользующихся кресло-колясками, должна быть не менее 9 кв.м.

Ширина помещения уборной в квартирах должна быть не менее 1,2 м, а ее глубина не менее 1,6 м.

В передней квартиры или жилой ячейки для инвалидов, пользующихся кресло-колясками, или в непосредственной близости от передней следует предусматривать место или кладовую для хранения кресло-коляски.

При проектировании в составе предназначенной для проживания инвалида квартиры кладовой для хранения инструментов, материалов и изделий, используемых при работах на дому, площадь такой кладовой должна быть не менее 4 кв.м.

Встроенные в жилые здания или встроенно-пристроенные к ним помещения культурно-бытового и медицинского обслуживания инвалидов следует располагать не выше второго этажа.

Жилые помещения в специализированных жилых зданиях проектируются непроходными в составе жилых ячеек, которые должны объединяться в жилые группы, вместимостью не более 25 человек.

В специализированных жилых зданиях для инвалидов и

престарелых должны предусматриваться помещения культурно-бытового и медицинского обслуживания.

Ниже приведенные требования к входам в здания и помещения, измененные в ВСН 62-91, могут быть распространены и на жилые здания и сооружения.

Все здания и сооружения, которыми могут пользоваться инвалиды, должны иметь не менее одного доступного для них входа, который при необходимости должен быть оборудован пандусом или другим устройством, обеспечивающим возможность подъема инвалида на уровень входа в здание, его первого этажа или лифтового холла.

Предназначенные для инвалидов входы в здания и сооружения следует защищать от атмосферных осадков и предусматривать перед входом площадку размерами в плане не менее 1,0 x 2,5 м с дренажем, а в зависимости от местных климатических условий – с подогревом.

Предназначенные для инвалидов входные двери в здания, сооружения и помещения должны иметь ширину в свету не менее 0,9 м. Применение дверей на качающихся петлях и дверей-вертушек на путях передвижения инвалидом запрещается.

В полотнах входных в здания и сооружения дверей, предназначенных для инвалидов, следует предусматривать смотровые остекленные панели из противоударного стекла, нижняя часть которых должна располагаться не выше 0,9 м от уровня пола. В качестве остекления дверей следует применять закаленное или армированное стекло. Нижняя часть дверных полотен на высоту 0,3 м должна быть защищена противоударной полосой.

При проектировании стеклянных входных дверей следует предусматривать автоматическое их открывание и яркую маркировку.

Входы в здания и помещения на путях передвижения инвалидов не должны иметь порогов, а при необходимости устройства порогов их высота не должна превышать 0,025 м.

В зависимости от типа дефекта, функциональных устройств, поражения конкретной области (опорно-двигательной, психической, сенсорной), специальные приспособления носят специфический характер. В связи с этим, личное жилище инвалида, помимо общих требований (комфорт, уют, дизайн, сани-

тарные нормы площади и т.д.) должно отвечать еще и специфическим потребностям инвалидов с учетом типа дефекта.

Микросреда для инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата включает два рода приспособлений и оборудования для осуществления относительной бытовой независимости.

Стационарные устройства:

- поручни (вертикальные, горизонтальные) настенные, облегчающие вставание с постели, передвижение по квартире, самостоятельное пользование туалетом, ванной;
- подъемники в санузле, ванной, жилой комнате, специальное оборудование квартиры (розетки, выключатели, дверные и оконные запоры, специальные вентили для кухонных плит, кранов);
- функциональные кровати;
- стулья пристенные;
- средства связи и коммуникации (системы внутриквартирной связи, аппараты дистанционного управления, экстренного вызова);
- устройство для ограждения и подтягивания инвалида в кровати;
- нескользящее покрытие пола в ванне, туалете;
- крепление для туалетной бумаги
- лесенка для безопасного переступления в ванну и из нее;
- раковина, регулируемая по высоте;
- раковина, доступная для инвалида в коляске;
- столы с варьирующим наклоном и высотой;
- дверной замок без ключа (кодовый);
- дверной замок с дистанционным управлением;
- сохраняющая пространство дверь.

Нестационарные приспособления индивидуального пользования:

- приспособления для приема пищи (ложки, вилки, ножи с кольцами, объемной ручкой и проч., сосуды для питья, тарелки с бортиками, держатели столовых приборов, столовой посуды и др.);

- приспособления для приготовления пищи (держатели ножей, ножниц, столовой и кухонной посуды, устройства для сливания воды и мытья посуды, для открывания банок, приспособления для чистки и резки продуктов, насадки для кранов, газо- и электроплит и др.);
- приспособления для одевания и раздевания (для застегивания и расстегивания пуговиц, молний, одевания и снятия чулок, носков, обуви, насадки и приспособления для одевания и раздевания нижней и верхней одежды);
- приспособления для выполнения санитарно-гигиенических процедур (держатели для зубных щеток, мыла, мочалки, щеток, расчесок, электробритвы и проч., приспособления для выдавливания зубной пасты, кремов и др., сидения для унитаза, ванны, противоскользящее устройство для ног в ванне, рычажные приспособления для водопроводных кранов, душа и проч.);
- приспособления для пользования помещениями и их оборудованием (для уборки квартиры, стирки белья, пользования ключами, для открывания дверей, окон, занавесок, форточек, замков, специальные бытовые приборы и приспособления для их использования, для чтения, письма, шитья, настольных и подвижных игр и др.);
- оборудование и приспособления для обычных домашних занятий (чтение, письмо, шитье, вязание, вышивание и др.);
- комплект приспособлений для пользования принадлежностями творческой деятельности (кисти, краски, карандаши и др.);
- вспомогательные приспособления для передвижения (трости, костыли, ходунки);
- вспомогательные устройства для сохранения позы (ремни, головодержатели, спинодержатели, бандажи, подголовники, специальные сиденья, подушки и др.);
- приспособления для настольных игр (шашек, шахмат, домино, лото и т.д.).

Перечисленные технические средства реабилитации используются инвалидами не только для самообслуживания, они также выполняют функции досуговых принадлежностей, обеспечивают любительские занятия.

Микросреда для инвалидов с сенсорными расстройствами включает два ряда приспособлений с учетом характера сенсорных расстройств. Для инвалидов с нарушениями слуха предусматриваются:

- средства сигнализации, световые и вибрационные сигнализаторы времени, каких-либо внешних событий (будильников, телефонных и дверных звонков, сигналов опасности, плача ребенка и др.), вибротактильные устройства;
- специальные приборы (телефонные аппараты с усилителями, насадками, «бегущей строкой», «телеавтографы», декодеры для приема телепередач со скрытыми субтитрами, видео- и кинофильмы для глухих, приборы «видимой речи» и другие индикаторы звуков).

Инвалиды с нарушениями слуха нуждаются в индивидуальных технических средствах в виде различных слуховых аппаратов (заушные, карманные, соединенные с очками и др.).

Для инвалидов с нарушениями зрения необходима тифло-техника, которая представлена следующим набором:

- приборы и приспособления для ориентировки в пространстве (трости, электрощупы, ультразвуковые локаторы, звуковые и импульсные сигнализаторы и др., вибротактильные устройства);
- пандусы телескопические;
- приспособления, заменяющие необходимость зрительного восприятия (дозаторы сыпучих веществ, лекарств, приспособления для шитья, для определения уровня жидкости, оборудование для незрячих: весы, метры, линейки, часы, термометры и др.);
- специальные устройства и приборы для слабовидящих и незрячих (приборы, грифели для письма шрифтом Брайля и укрупненным шрифтом, пишущие машинки, «говорящие книги» на кассетах, пластинках, магнитной ленте и др., вычислительные машинки, географические карты, приборы для записи нот и др.);
- головоломки с крупной печатью;
- тактильные головоломки;
- брайлеровские книги для раскрашивания;
- тактильная карточная игра;

- индивидуальные технические средства для коррекции зрения (очки, лупы, гиперокуляры, телескопические и микроскопические очки, электронно-оптические средства и др.).

Жилая среда, таким образом, для инвалидов, имеющих ограниченные возможности общения с внешним миром, выполняет более широкие функции, чем простое обеспечение комфортным проживанием. Она компенсирует инвалиду дефицит ряда других видов жизнедеятельности (любительские занятия, досуг, обучающая занятость и др.).

Наряду с этим жилая среда для инвалидов может служить базой трудовой деятельности, когда организуется надомный труд.

В этой связи возникает необходимость оборудования рабочего места:

- стол рабочий – поворотный;
- устройство для подвижного и фиксированного крепления руки инвалида над рабочей зоной;
- комплект приспособлений для пользования принадлежностями творческой деятельности (держатели для карандашей, ручек, инструментов и т.д.);
- приспособления для перелистывания книги различной модификации (с увеличенной зоной охвата, для левой руки и др.);
- приспособление для работы на пишущей машинке;
- опора для рукоделия, к которой можно крепить спицу, крючок для вязания, грибок для штопания, раму, пяльца для вышивания и др.);
- специальные устройства для плетения сетей;
- швейные машины с педалями электропривода;
- швейные иглы для слепых и инвалидов с поврежденными руками;
- пишущая машинка с шрифтом Брайля;
- приспособления для мытья пола, стен, окон;
- ящикообразный совок для сбора мусора;
- щетки половые специальные и совок;
- калькулятор с крупной печатью;
- калькулятор с голосовым выводом;
- тактильные средства для счетных операций.

Специалисты по социальной работе должны быть информированы о тех, требованиях, которые предъявляются к жилищам для инвалидов. Эта информация необходима указанным специалистам при решении вопросов расселения инвалидов в приспособленных для них квартирах. Не исключено, что в будущем при рассмотрении проектов жилых домов с квартирами для инвалидов будут принимать участие специалисты по социальной работе.

Вопросы для самоконтроля

5. Что включается в понятие «жилая среда»?
6. Как Вы понимаете стационарные устройства в жилой среде?
7. Что входит в определение «нестационарные приспособления индивидуального пользования»?
8. Какие средства предусматриваются в жилой среде для инвалидов с нарушениями слуха?
9. Какие приспособления необходимы в жилой среде для инвалидов с патологией зрения?
10. Какие приспособления необходимы инвалидам в жилой среде для осуществления жизнедеятельности?

Рекомендуемая литература

6. Ведомственные строительные нормы (ВСН 62-91) «Проектирование среды жизнедеятельности с учетом потребностей инвалидов и маломобильных групп населения». М., 1991, Госкомархитектура СССР.
7. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В., Насыбуллина М.А. и др. Систематика реабилитационных средств для домов-интернатов, реабилитационных центров и образовательных специальных (коррекционных) учреждений для инвалидов //Обзорная информация. М., 1997, в. 1, 28 с. ЦБНТИ Минтруда России.
8. Кальмет Х.Ю. Жилая среда для инвалида. М., 1990, 128 с. Стройиздат.
9. Колосов Ю.В. Инвалид и его среда //Жилая среда для инвалида. М., 1990, Стройиздат, с. 3-5.

10. Примерное положение о специальном доме для одиноких престарелых. Утверждено первым Заместителем Министерства социальной защиты населения РФ и председателем Комитета РФ по муниципальному хозяйству. От 11 апреля 1994 г., № 1-1132-18.
11. Руководство по обеспечению равных возможностей для инвалидов. Нью-Йорк, 1986, 39 с.
12. СНиП 02.08.01.-89 «Жилые здания». М., 1995.

§ 2. Градостроительная среда

В мире свыше 500 млн. человек являются инвалидами в результате умственных, физических или сенсорных расстройств. В силу ущербности здоровья они не могут вести полноценный образ жизни из-за существующих в обществе социальных и физических барьеров, препятствующих их полноценному участию в общественной жизни. В результате этого миллионы людей вынуждены вести такой образ жизни, который ведет к сегрегации и унижению их достоинства.

Важная задача общества состоит в выявлении и устранении барьеров, препятствующих полноценной жизнедеятельности инвалидов. Для обеспечения нормальной жизнедеятельности инвалидов необходимы комфортные условия, создание условий беспрепятственного передвижения, которое основывается на устранении строительных барьеров, дающего возможность свободного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры: жилым, общественным, производственным зданиям, сооружениям и помещениям, местам отдыха и досуга.

Наличие тяжелого физического дефекта формирует у человека определенное отношение к своему заболеванию, что существенно сказывается на социальной активности. Субъективная оценка тяжести состояния является фактором, детерминирующим различную степень социальной активности.

Круг интересов инвалида столь же широк, как у здоровых людей. Можно предположить даже, что он более широк, чем у здорового населения, что объясняется психологически – попыткой компенсировать свой дефект, сделать свою среду обитания более разнообразной. Все жизненно важные потребности инвалидов связаны с необходимостью приспособления среды обитания к анатомическому дефекту и функциональным нарушениям с целью устранения барьеров и создания для инвалидов равных возможностей.

Среда обитания инвалида на уровне макросреды включает городскую инфраструктуру с возможностью досягаемости наиболее нужных объектов быта, культуры, здравоохранения,

социального обслуживания и др. Имеется в виду такое расположение объектов, которое позволяет инвалиду достичь их беспрепятственно, самостоятельно.

Решение этого вопроса связано с рациональной планировкой микрорайона, который должен иметь бестранспортные зоны, зоны безопасного перемещения инвалидов, приближение торговых предприятий, учреждений здравоохранения и других объектов к местам наиболее массового заселения лицами, имеющими различные дефекты.

Осуществление трудовой и общественно-полезной деятельности инвалидов, получение образования, проведение досуга сопряжены с необходимостью передвижения, пользования транспортом, пешеходными дорожками и тротуарами, входами, лифтами, спусками в подземные переходы и т.д. На этом пути встречаются непреодолимые препятствия, которые заставляют инвалидов ограничивать свою жизнедеятельность.

Законодательной базой создания доступной для инвалида адекватной среды обитания является Указ Президента Российской Федерации от 2 октября 1992 г. № 1156 «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности». В соответствии с этим Указом не допускается:

- проектирование застройки городов и других поселений;
- разработка проектов на строительство и реконструкцию зданий и сооружений без учета требований доступности их для инвалидов;
- разработка новых средств индивидуального и общественного пассажирского транспорта, связи и информатики без модификаций, приспособленных для пользования отдельными категориями инвалидов;
- застройка городов и других поселений, строительство и реконструкция зданий и сооружений без обеспечения требований доступности для инвалидов, а также серийное производство средств индивидуального и общественного пассажирского транспорта, связи и информатики без модификаций, приспособленных для пользования отдельными категориями инвалидов – с 1 января 1994 г.

Во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 2 октября 1992 г. № 1156 Правительство России приняло по-

становление от 25 марта 1993 г. № 245 «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности». Этим постановлением Министерству социальной защиты населения РФ совместно с Министерством здравоохранения РФ, Министерством образования РФ, Министерством науки и технической Политики РФ, Министерством транспорта РФ, Комитетом РФ по машиностроению, Комитетом РФ по оборонным отраслям промышленности, Гос. Комитетом РФ по вопросам архитектуры и строительства, Гос. Комитетом РФ по высшему образованию, Комитетом РФ по стандартизации, метрологии и сертификации, другими заинтересованными министерствами и ведомствами, а также с участием общественных объединений инвалидов поручается:

- разработать и утвердить в двухмесячный срок требования для модификации средств транспорта, связи и информатики;
- определить номенклатуру зданий и сооружений, на которые не распространяются требования доступности для инвалидов;
- разработать и представить Совету Министров – Правительству РФ в 1993 г. проект федеральной целевой программы «Формирование доступной для инвалидов среды жизнедеятельности».

В целях усиления контроля за выполнением Указа Президента РФ от 2 октября 1992 г. № 1156 «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности» и во исполнение Постановления Совета Министров – Правительства РФ от 25 марта 1993 г. № 245 «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности» принято Постановление Правительства РФ от 12 августа 1994 г. № 927 «Об обеспечении формирования доступной для инвалидов среды жизнедеятельности».

Данным постановлением предусматривалось внесение до 1 октября 1994 г. в ведомственные нормативные акты в отрасли строительства требований по проведению обязательной экспертизы проектно-сметной документации на застройку городов и других поселений, строительство и реконструкцию зданий и сооружений в части обеспечения доступности их для инвалидов, а также внесение необходимых изменений в Закон РФ от 17 декабря 1992 г. № 4121-1 «Об административной ответственности

предприятий, учреждений, организаций и объединений за правонарушения в области строительства».

В 1993 г. одобрена на заседании Правительства Российской Федерации 24 ноября 1992 г. (№ 35) «Концепция социальной защиты нетрудоспособных граждан, семей с несовершеннолетними детьми и других групп населения РФ, нуждающихся в государственной поддержке».

Этим документом устанавливается важность создания условий для беспрепятственного доступа инвалидов к социальной инфраструктуре при предоставлении права Министерству социальной защиты населения РФ и закреплению этого права в соответствующих законодательных и нормативных актах.

Вопросы доступной для инвалидов среды жизнедеятельности прописаны в законе «О социальной защите инвалидов в РФ» (ст. 15, 16).

Основными нормативными документами для проектирования доступной для инвалидов среды жизнедеятельности являются строительные нормы и правила (СНиПы), а также ведомственные строительные нормы и правила (ВСН).

Устранение градостроительных барьеров для инвалидов с патологией опорно-двигательного аппарата создает условия для облегчения их передвижения. Эти условия включают оборудование пешеходных путей, их покрытий, установку пандусов и специальных лестниц, выделение мест для личных автотранспортных средств инвалидов. Указанные условия изложены в ВСН-62-91. Они касаются уклонов пешеходных дорожек и тротуаров, которые предназначаются для пользования инвалидами на кресло-колясках. Уклоны не должны превышать: продольный – 5 %, поперечный – 1 %. Считается, что в местах пересечения пешеходных путей с проезжей частью улиц и дорог высота бортовых камней тротуара должна быть высотой не менее 2,5 см и не превышать 4 см. Не допускается в местах переходов применение бортовых камней со скошенной верхней гранью или съездов, сужающих ширину проезжей части.

В жилых районах и микрорайонах вдоль пешеходных дорожек и тротуаров предусматриваются не реже, чем через 300 метров места отдыха со скамейками.

Опасными для инвалидов участки и пространства огора-

живаются бортовым камнем высотой не менее 5 см.

Поверхности покрытий пешеходных путей и полов помещений в зданиях и сооружениях, которыми пользуются инвалиды, должны быть твердыми, прочными и не допускать скольжения.

Для покрытия пешеходных дорожек, тротуаров и пандусов не допускается применение насыпных, чрезмерно рифленых или структурированных материалов. Покрытие из бетонных плит должно быть ровным, а толщина швов между плитами – не более 1,5 см.

Ковровые покрытия должны плотно закрепляться, особенно по краям ковров. Толщина покрытия из ворсового ковра не должна превышать 1,3 см с учетом высоты ворса.

Ребра решеток, устанавливаемых на путях движения инвалидов, должны располагаться перпендикулярно направлению движения и на расстоянии друг от друга не более 1,3 м.

Предупреждающая информация для людей с полной или частичной потерей зрения о приближении к препятствиям (лестницам, пешеходному переходу, окончанию островка безопасности и пр.) обеспечивается изменением фактуры поверхностного слоя покрытия дорожек и тротуаров, направляющими рельефными полосами и яркой контрастной окраской.

Устройство, предупреждающее об опасности слабовидящих, может представлять собой ребристую поверхность шириной 6-100 см, высотой 3-4 см.

В местах перепада уровней между горизонтальными участками пешеходных путей или пола в зданиях и сооружениях предусматривается устройство пандусов и лестниц.

В исключительных случаях допускается предусматривать винтовые пандусы. Длина промежуточных горизонтальных площадок винтового пандуса по внутреннему его радиусу должна составлять не менее 2 м.

В начале и в конце каждого подъема пандуса следует устраивать горизонтальные площадки шириной не менее ширины пандуса и длиной не менее 1,5 м. При изменении направления пандуса ширина горизонтальной площадки должна обеспечивать возможность поворота кресло-коляски.

По внешним боковым краям пандуса и площадок преду-

сматриваются бортики высотой не менее 5 см.

Ступени лестниц на путях движения инвалидов делаются глухими, ровными, без выступов и с шероховатой поверхностью.

Ширина проступей принимается: для наружных лестниц – не менее 40 см, для внутренних лестниц в зданиях и сооружениях – не менее 30 см; высота подъема ступеней: для наружных лестниц – не более 12 см, для внутренних – не более 15 см.

По обеим сторонам пандуса или предназначенного для передвижения инвалидов лестничного марша предусматриваются ограждения высотой не менее 0,9 м с поручнями.

На путях движения пешеходов, в общественных местах, на дорогах, улицах и площадках, особенно на перекрестках, в парках, на станциях и остановках общественного транспорта устанавливаются информационные указатели, предупреждающие инвалидов о строительных барьерах, а при необходимости и об имеющихся опасностях.

Визуальная информация располагается на контрастном фоне на высоте не менее 1,5 м и не более 4,5 м от уровня пола или поверхности пешеходного пути.

В общественных местах массового посещения и скопления людей предусматривается возможность дублирования визуальной и звуковой информации.

Для обеспечения удобств передвижения людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата все остановочные пункты внешнего транспорта должны быть, в зависимости от вида транспорта и конкретных градостроительных условий, оборудованы приспособлениями для удобства съезда и въезда в транспорт.

Учитывая трудности передвижения инвалидов в кресло-колясках, а также лиц с физическими недостатками и престарелых рекомендуется примерно через 60 м создавать площадки для отдыха и размещать скамейки для сидения. Независимо от конкретной планировочной структуры и объемно-пространственного решения эти площадки должны иметь размер 2,1 x 2,1 м, что позволит обеспечить разворот коляски и свободное маневрирование по всем направлениям.

При устройстве наружных уличных лестниц необходимо

наряду со ступеньками предусмотреть пандус-съезд в связи с тем, что в городах со сложным рельефом при уклонах от 15 до 30 % преодоление перепадов высот рекомендуется осуществлять с применением фуникулеров, а при уклонах свыше 30 % использовать подвесные канатные дороги, необходимо при проектировании остановочных пунктов данных видов транспорта предусматривать ровные площадки, учитывающие возможность маневрирования инвалидов в кресло-колясках, а также создавать все необходимые условия для отдыха и передвижения лиц с физическими недостатками и престарелых. Салоны вагонов фуникулера и подвесных дорог должны быть оборудованы специальными устройствами для фиксирования положения кресло-коляски. При максимальных потоках до 500 чел/час и продольных уклонах свыше 30 % необходимо на отдельных направлениях передвижения пешеходов предусматривать применение лифтовых подъемников.

В местах перепада уровней, где невозможно устройство пандуса, следует предусматривать установку лифтов или специальных подъемников, приспособленных для самостоятельного пользования инвалидами на кресло-колясках.

Во всех зданиях, помещения которых, расположенные выше первого этажа, предназначены для пользования инвалидами на кресло-колясках, следует предусматривать лифты, кабины которых должны иметь размеры не менее: ширину – 1,1 м; глубину 1,5 м; ширину дверного проема – 0,85 м.

Лифты должны иметь автономное управление из кабины и с уровня этажа, имеющего непосредственный выход на улицу.

В зданиях высотой 3 и более этажей, помещения которых рассчитаны на посещение или проживание инвалидов, следует предусматривать установку не менее одного лифта с глубиной кабины не менее 2,1 м, обеспечивающего во время пожара, землетрясения и других чрезвычайных ситуаций возможность эвакуации инвалидов, не способных к самостоятельному передвижению по лестницам и пандусам, а также транспортировки пожарных и спасательных подразделений.

Выход из лифта на первом этаже следует предусматривать в холл или вестибюль, отделенный от других помещений противопожарными перегородками и дверями, снабженными закрыва-

телями.

Величина перепада уровней между полом кабин лифта и площадкой лифтового холла не должен превышать 0,025 м.

Кабины лифтов, предназначенных для транспортировки инвалидов, должны быть обеспечены экстренной аварийной двухсторонней связью с диспетчерским пунктом. Кнопки вызова и управления его движением должны находится на высоте от пола не более 1,2 м. Расположенный в кабине лифта аппарата двухсторонней связи должен снабжаться устройством для усиления звука, а при необходимости – и устройством для получения синхронной визуальной информации.

На располагаемых в пределах территории жилых районов открытых стоянках автомобилей, а также около учреждений культурно-бытового обслуживания населения, предприятий торговли и отдыха, спортивных зданий и сооружений, мест приложения труда следует выделять места для личных автотранспортных средств инвалидов.

На автомобильных стоянках при специализированных зданиях и сооружениях для инвалидов следует выделять для личных автомашин инвалидов не менее 10 % мест, а около учреждений, специализирующихся на лечении спинальных больных и восстановлении опорно-двигательных функций – не менее 20 % мест. Стоянки с местами для автомобилей инвалидов должны располагаться на расстоянии не более 50 м от общественных зданий, сооружений, жилых домов, в которых проживают инвалиды, а также входов на территории предприятий, использующих труд инвалидов.

Площадки для остановки специализированных средств общественного транспорта, перевозящих инвалидов, следует предусматривать на расстоянии не более 100 м от входов в общественные здания и не более 300 м от жилых зданий, в которых проживают инвалиды.

Социальную реабилитацию инвалидов невозможно представить без возможности передвижения, которая является одной из главных сфер жизнедеятельности. Оно дает возможность посещения различных объектов бытового, культурного, производственного, образовательного и спортивного назначения.

Ограниченные возможности передвижения инвалидов

обусловлены наличием анатомо-физиологических дефектов нервной и костно-мышечной системы, с одной стороны, и архитектурных и строительных барьеров, с другой.

Наиболее сложные проблемы, с которыми приходится сталкиваться инвалиду, возникают в тех случаях, когда он проживает в городе. Огромные территории города, разбросанность учреждений культурно-бытового обслуживания, удаленность мест проживания от места учебы, работы, зон отдыха, всевозможные строительные-архитектурные барьеры – все это вынуждает инвалида постоянно находиться перед дилеммой: оставаться дома или с огромными трудностями, часто рассчитывая только на постороннюю помощь, покинуть свою квартиру.

Анализ существующей практики перевозки пассажиров, в т.ч. пассажиров-инвалидов, в общественном транспорте: автобусах, трамваях, метро, поездах пригородного и дальнего сообщения, речных, морских и воздушных судах показал непригодность отечественного общественного транспорта к перевозкам пассажиров-инвалидов в связи с определенными особенностями технологии их перевозки, сказывающейся на объемно-планировочных и конструктивных решениях транспортных средств.

Эти особенности объясняются наличием отличных от здоровых людей (по параметрам и технологии передвижения которых созданы транспортные средства) локомоторных функций и способностей, биологических, антропологических и анатомических параметров, а также наличия у пассажиров-инвалидов функциональных и технических средств, влияющих на биомеханические параметры.

Анализ технологии пользования транспортом показал, что она имеет ряд ключевых позиций, отражающих ее специфику:

- конструктивные элементы транспортных средств;
- приспособления, обеспечивающие процесс «посадки-высадки»;
- специальное оборудование пассажирских салонов независимо от вида транспорта;
- система обеспечения безопасности пассажиров-инвалидов;
- информационно-коммуникативная система;
- система обеспечения жизнедеятельности пассажиров-

инвалидов;

- специальная система средств индивидуального пользования.

В целях повышения уровня социальной активности инвалидов, их реабилитации и трудоустройства необходимо создание доступных условий их перевозки в транспортных средствах, а также создание доступной комплексной системы транспортного обслуживания по схеме «от дома до конечного пункта назначения». Осуществление данного принципа на практике является очень сложной проблемой в виду вовлечения в транспортную систему таких составляющих элементов как: внутриквартальные дороги, тротуары, переходы, остановки транспортных средств, вокзалы и привокзальные площади, собственно транспортные средства, информационные элементы, функциональные и технические средства для приспособления предметов внешней среды к возможностям инвалида.

При теоретическом и методологическом подходе к проблеме доступности транспорта для инвалидов необходимо коснуться некоторых принципиальных положений. Речь идет о выявлении общих закономерностей, имеющих отношение к транспорту как к «среде жизнедеятельности», и частных, характерных для специфических особенностей отдельных видов транспорта.

Среди общих положений необходимо выделить наиболее принципиальное – это определение понятия «доступность» транспорта для инвалидов, которое в свою очередь вызывает необходимость путей, способов, методов достижения, реализации собственно «доступности».

Общие положения включают необходимость признания соответствия приспособлений на транспортных средствах и сооружениях типу дефекта, особенностям патологии, которые в известной мере определяют специфические потребности инвалидов в этих приспособлениях.

Помимо указанных положений, общим для всех инвалидов, пользующихся транспортом, является психологический фактор, заключающийся в воздействии мощного пассажиропотока, который создает психологический стресс, эмоциональную напряженность и затрудняет доступ инвалидов к транспорту.

К общим положениям в отношении технических требований, обеспечивающих доступность, относится положение о

необходимости соответствия индивидуальных вспомогательных технических средств тем приспособлениям (устройствам), которые должны быть установлены на транспорте. Индивидуальные вспомогательные приспособления, которыми пользуются инвалиды, являются универсальными, стандартизованными, апробированными в многолетней практике пользования ими. К приспособлениям, которые должны быть введены на транспортных средствах, лишь разрабатываются требования, поэтому первым должно быть отдано предпочтение.

К частным положениям, рассматриваемым в концептуальном плане, относятся те, которые распространяются на конкретные действия инвалида либо с инвалидом в конкретных условиях: обеспечение посадки-высадки, входа-выхода, размещение в салоне и обеспечение безопасности пользования люками, лестничными маршами, площадками, туалетами и т.д. В частности, встает вопрос о возможности самостоятельных действий инвалида с помощью специальных дорогостоящих приспособлений, создание которых не всегда осуществимо.

Альтернативным подходом может быть использование постороннего лица (сопровождающего, специального вспомогательного персонала и др.). В этом случае неправомерна постановка вопроса о социальной реабилитации инвалида.

При обсуждении проблемы пользования инвалидами транспортом с целью осуществления всех видов жизнедеятельности необходимо принимать во внимание ряд положений:

- учет типа дефекта (характера патологии);
- выявление степени функциональных расстройств;
- установление способности инвалида к самообслуживанию в условиях пользования транспортом;
- выявление состояния мобильности инвалида, степени ее утраты;
- установление способности инвалида к сбору и обработке информации.

Анализ типов дефектов лежащих в основе ограничения жизнедеятельности показал, что наиболее приоритетными являются 4 группы расстройств:

- нарушение опорно-двигательного аппарата;
- патология зрения;

- патология слуха;
- интеллектуальный дефект.

По степени выраженности функциональные расстройства подразделяют на:

- умеренно выраженные;
- выраженные;
- значительно выраженные.

При определении способности инвалида к самообслуживанию возможны следующие градации:

- обслуживает себя полностью;
- обслуживает себя частично;
- не может себя обслужить.

При характеристике состояния мобильности инвалида возможны три градации:

- способность к самостоятельному передвижению;
- вынужден пользоваться для передвижения вспомогательными приспособлениями;
- не способен к самостоятельному передвижению.

Анализ установления способности инвалида к сбору и обработке информации позволяет выделить три градации:

- человек способен к сбору и обработке информации;
- человек способен к сбору информации при отсутствии способности к ее обработке;
- человек не способен к сбору и обработке информации.

При решении вопроса о возможности пользования инвалидами транспортными средствами принимается во внимание не один фактор, а их комплексное взаимодействие.

Применительно к типу дефекта каждая степень функциональных расстройств требует различных вспомогательных устройств.

В группе лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата, например, функций нижних конечностей при умеренно выраженной степени функциональных расстройств инвалид пользуется опорной тростью, при выраженной – костылями, при значительной выраженности – кресло-коляской.

В соответствии с указанными критериями, определяется необходимость приспособления транспорта к потребностям ин-

валида:

- человеку с тростью необходимы низкие ступени при входе-выходе, в салоне обычно достаточно сиденья, никаких специальных приспособлений для него не требуется;

- человеку с костылями необходимо для доступа к транспорту оборудование автобуса (троллейбуса) специальными низкими ступеньками при входе (выходе), в салоне – удобное место с возможностью фиксации костылей;

- человеку на кресло-коляске необходимо обеспечить вход (выход) в городской транспорт специальным подъемником (рамкой), оборудовать специальную площадку в салоне (автобуса, троллейбуса) с фиксатором кресло-коляски.

В группе лиц с нарушениями зрения при умеренно выраженной степени функциональных расстройств человек пользуется очками, при выраженной – ориентирующей тростью, при значительной выраженности функциональных расстройств (полная слепота) – ориентирующей тростью и сопровождающим лицом либо собакой-поводырем.

При определении потребности инвалида и патологией органа зрения в приспособлении транспортных средств (систем) следует исходить из тех специфических особенностей, которые обусловлены поражением зрительной системы, обеспечивающей наибольшую часть информации человеку об окружающем мире.

Слабовидящий инвалид нуждается для передвижения, использования транспорта в изменении величины, контрастности, цветовой гаммы, яркости освещения предметов, в том числе указателей, ограничителей, транспортных элементов и т.д., которые позволяют им использовать, дифференцировать, отличать различные транспортные средства (световое табло, «бегущая строка», контрастная окраска ступеней, платформ и др.).

У слепого человека функция зрительного анализатора, до известной степени, замещается развитием иных анализаторных систем, прежде всего, кожного и чувствительного.

На использовании функций кожной чувствительности и слуха, в основном, базируются вспомогательные тифлотехнические средства и приспособления, помогающие слепому при передвижении («звуковые» знаки у переходов, на остановках, у входа в транспортные средства; внутренние и наружные звуко-

вые информаторы; рельефные (Брайлеровские) подписи внутри транспортных средств и на вокзалах; электронные системы открывания дверей и др.).

Для человека с полной утратой зрения доступ к общественному транспорту возможен лишь с посторонней помощью.

В группе лиц с патологией слуха при умеренно выраженной степени функциональных расстройств человек пользуется усилителями звука, при выраженной – при значительной выраженности – компенсирует утрату слуха зрительной информацией (световой, цветовой, печатной).

Для обеспечения доступа к транспорту слабослышащему человеку, пользующемуся слуховым аппаратом, требуются такие специальные приспособления, как усилители звука в салоне для обеспечения дорожной информацией.

Для человека с полной глухотой при доступе к транспортным средствам требуется более сложная зрительная сигнализация (световая, цветовая), электронная визуальная информация в транспортных салонах (о маршруте следования, остановках, времени прибытия и т.д.), визуальная информация на остановках, пешеходных путях.

В группе лиц с интеллектуальным дефектом, при умеренно выраженной его степени, доступ к пользованию транспортными средствами обеспечивается сформированными в процессе обучения навыками – знаниями маршрута, названиями остановок пункта следования.

Для лиц с выраженной и значительно выраженной степенью интеллектуального дефекта доступ к транспортным средствам возможен лишь с помощью сопровождающих.

Вопросы для самоконтроля

1. Какое содержание включает понятие «градостроительная среда»?
2. Какие законодательно-нормативные документы касаются вопросов градостроительной среды?
3. Какие требования предъявляются к пешеходным дорогам, подземным переходам?

4. В чем сущность информационного обеспечения градостроительной среды?
5. Какие требования предъявляются к транспорту для передвижения инвалидов с патологией опорно-двигательного аппарата?
6. В чем особенность передвижения на транспорте инвалидов с нарушениями зрения?
7. Какие условия необходимы для пользования транспортом лиц с нарушениями слуха?

Рекомендуемая литература

1. Автобусы с подъемными устройствами для инвалидных колясок. Экспресс-информация «Городской транспорт». № 35, 1981, ВИНТИ.
2. Автобусы для инвалидов. Экспресс-информация «Городской транспорт». № 7, 1986, ВИНТИ.
3. Архитектурная Среда обитания инвалидов и престарелых (под ред. В.К. Степанова), М., «Стройиздат», 1989.
4. Архитектура и инвалиды. Сб. статей и информационных материалов. ВНИИТАГ. М., 1992.
5. Всемирная программа действий в отношении инвалидов (ООН, Нью-Йорк, 1983).
6. Ведомственные строительные нормы (ВСН 62-91) «Проектирование среды жизнедеятельности с учетом потребностей инвалидов и маломобильных групп населения». М., 1991, Госкомархитектура СССР.
7. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Медико-социальные и технологические требования к общественному пассажирскому транспорту, учитывающие потребности различных категорий инвалидов. Обзорная информация. В. 3. М., 1998, 54 с. ЦБНТИ Минтруда России.
8. Об утверждении перечня категорий инвалидов, для которых необходимы модификации средств транспорта, связи и информатики. Постановление Совета Министров Правительства РФ от 19 ноября 1993 г. № 1188.
9. Об обеспечении формирования доступной для инвалидов

- среды жизнедеятельности. Постановление Правительства РФ от 21 августа 1994 г. № 927.
10. О мерах по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к информации и объектам социальной инфраструктуры. Постановление Правительства РФ от 7 декабря 1996 г. № 1449.
 11. Общеввропейское руководство по созданию доступной строительной среды, 1990.
 12. Организация транспортного обслуживания в Канаде. Экспресс-информация «Городской транспорт». № 35, 1986, ВИНТИ.
 13. Организация транспортного обслуживания инвалидов (Западный Берлин). Экспресс-информация «Городской транспорт». № 33, 1981, ЦНИТИ.
 14. Рекомендации по проектированию элементов путей сообщения, удобных для передвижения инвалидов и престарелых в различных городских и сельских поселениях РФ. М., 1992, ЦНИИП градостроительства.
 15. Рекомендации по проектированию окружающей среды, зданий и сооружений с учетом потребностей инвалидов и других маломобильных групп населения. В. 2 (Градостроительные требования). М., 1995, ЦНИИП градостроительства.
 16. Руководство по обеспечению равных возможностей для инвалидов. Нью-Йорк, 1986, 39 с.
 17. Руководство по приспособлению среды к потребностям инвалидов. Франция, 1989.
 18. Сигаев А.В. Пешеходные пути и транспорт для инвалидов и престарелых //Архитектурная среда обитания инвалидов и престарелых. М., 1989, «Стройиздат».
 19. Строительные нормы и правила, часть IV, глава 13. Приложение. Сборник № 5.2. Профессионально-технические училища. М., «Стройиздат».
 20. Сборник правил по строительству в Финляндии. Планирование общественных помещений с учетом потребностей инвалидов с нарушениями опорно-двигательных функций, 1985.
 21. СНиП 2 07-01-89 «Градостроительство. Планировка и застройка городских и сельских поселений». М., 1995.
 22. СНиП 2 08-02-89 «Общественные здания и сооружения». М.,

1994.

23. Траутвейн С.Ф. Устранение социальных и строительных барьеров //Проблемы формирования среды жизнедеятельности маломобильных групп населения. Информационный вестник. В. 2-3, Новосибирск, 1993, с. 43-46.
24. Указ Президента РФ от 02.10.92 № 1156 «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности». Собрание актов Президента и Правительства РФ, 1992, № 14, ст. 1097.
25. Федеральный Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». СЗ РФ, 1995, № 48, ст. 4563.
26. Федутинов Ю.А., Шкляев Н.А. Обеспечение возможности передвижения инвалидов и престарелых в больших городах //Проблемы больших городов. М., 1989, № 26 (МГЦНТИ).

§ 3. Социально-психологическая среда

В социально-психологическом плане инвалидность ставит перед человеком множество проблем. Инвалидность - это специфическая ситуация развития и состояния личности, часто (или всегда) сопровождающаяся ограничениями жизнедеятельности в самых разнообразных ее сферах. Жизнь человека, ставшего инвалидом, резко меняется - в семье из кормильца он превращается в частичного иждивенца, нередко нуждающегося в особом уходе, помощи, зависимого от других. Снижение его продуктивности на производстве вызывает неудовлетворенность, чувство неполноценности. Ломаются прежние социальные роли, социальные связи, возможности инвалида не всегда соответствуют ожиданиям окружающих. Если человек стал инвалидом с детского возраста, то, как правило, он не имеет возможностей для полноценного социального развития, его контакты с окружающими крайне ограничены.

Необходимо подчеркнуть, что важнейшим условием достижения социальной интеграции является внедрение в общественное сознание идеи равных прав и возможностей для инвалидов. В развитых странах этот процесс давно идет. У нас в стране, к сожалению, идея равных прав и возможностей не только не присутствует в общественном сознании, но лишь недавно начала осознаваться людьми, ответственными за социальную политику в отношении инвалидов и не получила должного отражения в правовой сфере. Но даже при полном принятии законодательных мер по реализации идеи равных прав и возможностей инвалидов в высших эшелонах власти, социальная интеграция не будет достигнута, пока общество не осознает правильность этой идеи. Отход от сегрегированных видов помощи инвалидам (в виде специальных медицинских, учебных учреждений, производственных предприятий и пр.) стал возможен в ряде развитых стран лишь благодаря тому, что в общественном сознании произошел сдвиг, здоровые люди признали за инвалидами равные права и перестали препятствовать их осуществлению.

Взаимоотношения инвалидов и здоровых - мощнейший фактор социальной интеграции. Как показывает зарубежный и отечественный опыт, инвалиды нередко даже имея все потенциальные возможности активно участвовать в жизни общества, не могут их реализовать просто потому, что здоровые не хотят общаться с ними, работодатели опасаются принять на работу (так, далеко не всегда эффективна распространенная система квот при трудоустройстве: если предприниматель настроен по отношению к инвалидам негативно, он предпочитает платить штрафы, но не принимать инвалида на работу). Организационные меры по интеграции, не подковленные психологически, рискуют сказаться неэффективными.

Каково же отношение здоровых к инвалидам в нашей стране? Немногочисленные исследования выявили следующее. Представители различных слоев населения в принципе признают (97,3%), что существуют слабые и незащищенные группы, нуждающиеся в помощи общества и только 2,7% опрошенных говорили о том, что при оказании социальной защиты и помощи не должно никому отдаваться предпочтение. На вопрос о приоритетности помощи некоторым группам людей были получены следующие ответы: инвалиды-дети (52,7%), старики в домах для престарелых (47,3%), дети в детских домах (46,4%) взрослые инвалиды (26,3), пострадавшие от аварии на ЧАЭС (20,9%), матери-одиночки (18,2%), многодетные семьи (15,5%), беженцы, а также люди, пытающиеся бросить пить и употреблять наркотики (по 10,0%), инвалиды Великой Отечественной войны (6,4%).

Идею социальной интеграции инвалидов на словах поддерживает большинство, однако углубленные исследования показывают сложность и неоднозначность отношения здоровых к инвалидам. При измерении социальной дистанции обнаруживается, что здоровые предпочитают такие ситуации общения с инвалидами, которые не требуют тесных контактов или требуют контактов "на равных" (предпочитаются ситуации "инвалид - Ваш сосед по дому", инвалид - коллега"). Ситуации, требующие более близких контактов, чаще вызывают негативное отношение, равно как и ситуации, предполагающие более высокое расположение инвалида на иерархической лестнице ("инвалид -

Ваш сосед по квартире", инвалид - Ваш начальник", "инвалид представитель органов власти"). В целом, таким образом, можно констатировать неготовность многих здоровых к тесному контакту с инвалидами, а также к ситуациям, реализующим конституционные права их наравне со всеми. При этом наиболее негативные установки высказывает молодежь.

Такой характер установок имеет сложную природу и не является просто выражением чисто негативных установок по отношению к инвалидам. Так, например, здоровые оценивают качество жизни инвалидов значительно ниже (1,62 балла по 5-балльной шкале), чем сами инвалиды (2,74 балла), признавая серьезность имеющихся у них проблем. Здоровые часто считают инвалидов более несчастными, грустными, враждебными, подозрительными, злыми, замкнутыми, то есть признается (и даже быть может переоценивается) их "несчастливость". Сложившееся в общественном сознании отношение к инвалидам можно оценить как амбивалентное: с одной стороны, они воспринимаются как отличающиеся в худшую сторону, а с другой как лишенные многих возможностей, что порождает, неприятие и даже враждебность, которые сосуществуют с симпатией и сочувствием. Такая амбивалентность дает надежду на улучшение взаимоотношений инвалидов и здоровых, ломку негативных стереотипов.

Надо заметить, что подобное отношение к инвалидам не свойственно только нашему обществу. Зарубежные исследователи уже давно отмечали наличие подобных стереотипов, приписывание инвалидам таких черт, как недоброжелательность, завистливость, недоверие к здоровым, недостаток инициативы. Во взаимоотношениях инвалидов и здоровых выявлялись напряженность, неискренность, желание прекратить контакт и т.п.

Однако тщательная проработка социально-психологических аспектов взаимоотношений инвалидов и здоровых на протяжении многих лет позволила создать и в большой степени реализовать программы по улучшению их взаимоотношений. Необходимо и у нас глубоко изучить эту проблему и создать подобные программы. Эта работа, безусловно, облегчит процесс социальной интеграции.

Говоря о социальной интеграции, пропагандируя идею равных прав и возможностей, нельзя не коснуться вопроса о том, как сами инвалиды относятся к повышению степени их участия в жизни общества. На вопрос о том, должны ли инвалиды жить среди здоровых, учиться и работать в тех же структурах, что и здоровые и т.п., или же они должны жить отдельно, обособленно, в специально созданных социальных структурах, среди опрошенных в различных регионах России инвалидов 65,3 % выбрали первую альтернативу. При этом обращает на себя внимание активность респондентов (на вопрос ответило максимальное число опрошенных) часто сопровождая свои ответы комментариями, что свидетельствует о его актуальности. Среди "противников" идеи интеграции наиболее распространены такие объяснения: "Здоровые люди все равно инвалидов не поймут", "На обычных предприятиях к инвалидам плохо относятся". А вот пояснения сторонников интеграции: "Люди должны быть равны", "Инвалиды такие же люди, как здоровые", "Жить вместе, чтобы инвалиды и здоровые понимали друг друга", "Надо, чтобы инвалид не отрывался от родного коллектива и не считал себя неполноценным", "В общении со здоровыми инвалиды будут иметь более полное моральное удовлетворение".

Как видно из этих комментариев, защищая идеи интеграции инвалиды опираются не на социально-экономические критерии, не ставят во главу угла улучшение (худшие) материальных условий, а отдают предпочтение социально-психологическим проблемам, вопросам взаимоотношений со здоровыми людьми.

Следует отметить, что часто (38,3%) ощущали к себе пренебрежение со стороны здоровых не более трети противников идеи интеграции, в то время как среди инвалидов, считающих, что они должны жить среди здоровых, таких лиц было существенно больше (соответственно 61,7% и 69,9%).¹

Поскольку доля противников интеграции довольно весома, важно понять, какие факторы определяют негативность мнения инвалидов, чтобы учитывая их при выборе оптимальных

¹ См.: Государственный доклад «О положении инвалидов в Российской Федерации / Под ред. А.И. Осадчих. М., 1996.

вариантов социальной политики, не интегрировать их в общество насильно.

Инвалиды, проживающие в сельской местности или небольших городах (78,8%), достоверно чаще оказываются сторонниками интеграции, чем лица, живущие в больших городах (60,4%), среди которых Москва единственное исключение: здесь 75,6% сторонников интеграции. Опросы, проведенные Министерством труда и социального развития показали, что пол и вид заболевания существенного значения не имеют, тогда как возраст является важным фактором: в старших возрастных группах число сторонников интеграции больше. Что касается тяжести инвалидности, то меньше всего противников интеграции среди инвалидов III группы (23,7%). Люди с низким доходом, живущие в плохих бытовых условиях, также чаще оказываются противниками этой идеи. Вероятно, это связано с тем, что эти люди в общем-то потерпели неудачу в приспособлении к жизни и надеются, что жизнь в "особых условиях" окажется лучше.

Таков вкратце социальный портрет инвалидов - сторонников и противников интеграции. Они отличаются и по своим социально-психологическим характеристикам. Так, чем более пессимистично оценивают инвалиды свое здоровье, тем больше среди них противников интеграции. Аналогично, и чем ниже оценивают инвалиды качество своей жизни, чем менее они ею удовлетворены, тем чаще среди них встречаются противники интеграции. Для инвалидов, выбирающих интеграцию, чаще оказываются значимыми такие ценности, как интересная работа и возможность равноправного участия в жизни общества, их можно охарактеризовать как "больших идеалистов".

Следует отметить, что противники интеграции среди инвалидов характеризуются прежде всего более выраженным чувством психологического дискомфорта, неудовлетворенностью своей жизнью, обостренной реакцией на отношение окружающих, большей ориентацией на материальное благосостояние (что объяснимо, поскольку их уровень жизни действительно ниже, чем у сторонников интеграции). Учитывая данные социального портрета этой группы, можно сделать вывод о том, что она действительно нуждается в "охранительных" мерах, в создании специальных условий для жизни и работы, что позволит поднять уро-

вень жизни, и, возможно, у этих людей появится желание участвовать в жизни общества.

Поскольку взаимоотношение инвалидов со здоровыми - один из ключевых факторов социальной интеграции рассмотрим его подробнее с точки зрения инвалидов.

Прежде всего надо заметить, что вопрос об отношении к ним здоровых очень волнует инвалидов. При этом более трети (36,6%) очень часто ощущают отношение к себе как пренебрежительное, как к людям второго сорта". Изредка ощущают такое отношение 30,9% инвалидов. Никогда такого отношения к себе не замечала только пятая часть инвалидов (20,8%). Чаще говорят о пренебрежительном отношении к себе женщины (42,2%; мужчины - 34,6%), инвалиды в возрасте 16-19 и 40-44 года. Чаще всего отмечают пренебрежительное отношение к себе инвалиды I группы, причем внешняя выраженность дефекта существенной роли не играет.

Поскольку интеграция на производстве - одна из важнейших сфер, составляющих социальную интеграцию в целом, остановимся на этом аспекте подробнее. Сам факт занятости еще не говорит об успешной интеграции, это лишь формальный ее аспект. Важен психологический аспект адаптации к производственной деятельности.

Среди опрошенных работающих инвалидов более одной трети (75,1%) удовлетворены своей работой, но каждый шестой (15,9%) ею скорее не удовлетворен. При этом хорошие и "нормальные" отношения в трудовых коллективах констатируют почти 89% опрошенных. Вместе с тем, при среднем балле отношений с товарищами по работе (по 5-балльной шкале) равном 4,3, оценка отношений с администрацией не превышает 0,8. Такая вполне благоприятная картина объясняется тем, что инвалиды, не приспособившиеся психологически к новым условиям производственной деятельности, как правило, не удерживаются на работе. Важность социально-психологического аспекта интеграции видна в объяснении ими смысла, который имеет для них работа. На первом месте среди потребностей, которые удовлетворяет работа, стоят потребности материальные (67,8%), на втором - удовлетворение желания быть полноценным членом общества (49,1%), на третьем - потребности общения, жизни с

коллективом (39,4%), т.е. помимо удовлетворения материальных потребностей работа для инвалидов имеет очень важную социальную функцию, ощущения себя полноценным членом общества, благодаря трудовой занятости.

Часто неблагоприятны и семейные взаимоотношения инвалидов. Практически каждый третий инвалид отмечает ухудшение взаимоотношений в семье после получения инвалидности (29,8%).¹

Чаще всего не могут создать своей семьи так называемые инвалиды с детства. Такое положение является следствием не только физического нездоровья, но и результатом того, что родители не обеспечивают должной социально-психологической адаптации ребенка - инвалида. Такой ребенок не имеет возможности пройти все циклы социализации, взросление его задерживается, на всю жизнь этот человек остается инфантильным, зависимым других, пассивным, неуверенным в себе, комфортно чувствующим себя лишь в кругу близких. Для этой категории инвалидов, особенно имеющих видимый физический дефект, вступление в брак знаменует собой новый этап жизненного становления, достижение определенной ступени социальной зрелости. Характерной чертой таких семей является то, что большинство их создается не на основе взаимных симпатии, а по соглашению (чтобы не остаться в одиночестве). В беседах практически все инвалиды, состоящие в таких браках, указывают, что и в семье они ощущают свое одиночество, так как с партнером у них нет ничего общего. При этом внешне эти семьи являются достаточно прочными. Не удовлетворяя потребностей партнеров в интимно-близких *отношениях*, они служат формальным признаком социального благополучия и с этой точки зрения приносят определенное удовлетворение, снижают психическую напряженность.

Психологические проблемы довольно существенно отличаются в семьях с ребенком-инвалидом, со взрослым инвалидом или с престарелым инвалидом.

¹ См.: Там же.

Так, когда в семье появляется ребенок с ограниченными возможностями, она переживает как бы два кризиса: само по себе рождение ребенка является кризисом в жизненном цикле семьи, ведет к переосмыслению социальных ролей и функций, нередко порождает семейные конфликты, ухудшает экономическое положение семьи. Когда же ребенок имеет признаки инвалидности, то этот кризис переживается с удвоенной остротой. Это чрезвычайно резко меняет социально-экономический статус семьи, нарушает социальные связи. Крайне остро встают психологические проблемы. Установлено, что у подавляющего большинства родителей (в первую очередь, у матерей) возникают пограничные нервно-психические расстройства, чувство вины, ощущение собственной неполноценности. Они начинают ощущать неловкость и стыд перед окружающими, сужают круг социальных контактов. Жизнь семьи начинает протекать в условиях хронической психотравмирующей ситуации. Нередко эти семьи распадаются, а ребенок, как правило, остается с матерью. Семья, являющаяся одним из основных гарантов социальной адаптации ребенка, далеко не всегда сохраняет способность выполнять эту функцию. Родители нередко теряют уверенность в себе, неспособны правильно организовать общение и воспитание ребенка, не замечают его действительных потребностей, не могут правильно оценить его возможности. Преобладает в воспитании родительская гиперопека, это существенно снижает возможности адаптации ребенка ко взрослой жизни.

Возникновение проблем во внутрисемейных отношениях в семьях, где инвалидом стал взрослый человек, связано в первую очередь с изменением социальных ролей и обязанностей в семье. Логика социальной роли члена семьи, ставшего инвалидом, может приводить к болезненным как для семьи, так и для самого инвалида последствиям. В результате у инвалида может появиться чувство вины, ненужности, обузы; у членов семьи - скрытые или явные агрессия или недовольство. Супружеские конфликты на этой почве могут привести и к развалу семьи.

Данные проведенных исследований показали, что именно в семьях со взрослыми инвалидами трудоспособного возраста семейные взаимоотношения наиболее неблагоприятны. Так, в ходе опроса потребность в устранении конфликтной ситуации и

в установлении полноценных внутрисемейных контактов была высказана каждой четвертой (25,5%) семьей взрослых инвалидов.

Неблагополучной можно признать и каждую шестую семью, имеющую на своем попечении пожилого инвалида (17,0%).

Взаимоотношения инвалидов и здоровых подразумевают ответственность за эти взаимоотношения обеих сторон. Поэтому следует отметить, что и инвалиды в этих взаимоотношениях не всегда оказываются на высоте. У многих из них не хватает социальных навыков, умения "подать себя" в общении с коллегами, знакомыми, администрацией, потенциальными работодателями. Это в первую очередь касается инвалидов с детства, испытывающими недостаток социального опыта. Они далеко не всегда улавливают нюансы человеческих взаимоотношений, воспринимают других людей очень общо, оценивают их на основании лишь некоторых, в основном моральных качеств - доброты, отзывчивости

Кроме того, у инвалидов есть определенная предвзятость во взаимоотношениях со здоровыми.

Не вполне гармонично складываются и взаимоотношения между инвалидами. Принадлежность человека к категории "инвалид" вовсе не означает, что другие инвалиды будут настроены к нему благожелательно. Опыт работы общественных организаций инвалидов, психологические исследования в этой области показывают, что инвалиды предпочитают объединяться и идентифицировать себя с людьми, имеющими то же заболевание и нередко негативно относятся к другим. Так, инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата, которые являются, пожалуй, наиболее социально активными (в том числе и в плане создания "общественных организаций инвалидов) отличаются установкой на своеобразное соперничество с инвалидами вследствие других заболеваний, априори оценивая себя более элитной группой.

Одним из важнейших показателей социально-психологического комфорта людей является их удовлетворенность жизнью. Не случайно этот вопрос в той или иной форме входит в различные социологические опросы населения.

Практически половина инвалидов (43,5 - 49,1%) оценивают качество своей жизни как неудовлетворительное и около трети (от 27,6 до 34,8%) считают ее удовлетворительной. Чаще всего таковой признают ее инвалиды I группы (34,8%), в то время как доля инвалидов третьей (29,5%) и второй (27,6%) групп, дающих подобную оценку качества своей жизни, на 5-7% ниже. Почти в 5 раз ниже среди инвалидов II (1,5%) и III (1,9%) групп по сравнению с первой (8,7%) доля, считающих качество своей жизни хорошим.¹

Результаты исследований социально-психологического статуса инвалидов дают все основания для утверждения, что сознательно или неосознанно инвалиды связывают изменения своих личностных качеств с социально-экономическими переменами в стране, и изменения эти однозначно негативные.

Существенные проблемы, ждущие своего решения, встают перед инвалидами и в области взаимоотношений с окружающими, поскольку без гармонизации этих взаимоотношений на уровне макро- и микрогрупп социальная интеграция неосуществима.

Эмоциональное состояние инвалидов характеризуется тревожностью, неуверенностью в завтрашнем дне, пессимизмом.

Наиболее неблагоприятна в социально-психологическом смысле группа, в которой сочетаются различные неблагоприятные показатели психологического самочувствия - не удовлетворенность жизнью, низкая самооценка, настороженное отношение к окружающим и к мерам по социальной защите, высокая тревога за будущее на бытовом уровне и т.п. В эту группу входят преимущественно люди с плохим материальным положением и живыми условиями, одинокие, мужчины среднего возраста, инвалиды III группы, особенно неработающие.

Эти люди нуждаются в особо тщательно разработанных мерах социальной и психологической помощи, с учетом специфики их экономического положения и психологического самочувствия.

¹ См.: Там же.

Анализ социально-психологических особенностей адаптации инвалидов к существующей ситуации выявляет четыре основных типа этой адаптации:

- активно-позитивная позиция, для которой характерно стремление поиска самостоятельного выхода из сложившейся ситуации, сопровождающееся благоприятными социально-психологическими особенностями личности (достаточно высокой самооценкой, удовлетворенностью жизнью и т.п.). К сожалению, представителей этого типа крайне мало;
- пассивно-негативная позиция, в которой неудовлетворенность своим положением (наряду с отсутствием желания самостоятельно улучшить его), сопровождается заниженной самооценкой, психологическим дискомфортом, настороженным отношением к окружающим, тревогой, ожиданием катастрофических последствий даже от бытовых неурядиц и другими негативными социально-психологическими особенностями;
- - пассивно-позитивная позиция, которая при объективно неудовлетворительном социально-экономическом положении и низкой самооценке приводит в целом к относительной удовлетворенности существующей ситуацией, и как следствие, отсутствие желания активно менять ее в лучшую сторону. Эта позиция *характерна* для людей старших возрастных групп;
- активно-негативная позиция, которая при психологическом дискомфорте и неудовлетворенностью жизни не отрицает желания самостоятельно изменить свое положение, однако практических последствий это не имеет в силу ряда субъективных и объективных обстоятельств. Такая позиция более характерна для инвалидов преимущественно среднего возраста.

Вопросы для самоконтроля

1. С какими психологическими проблемами сталкиваются инвалиды?
2. Назовите основные причины, мешающие нормальной психологической интеграции лиц с ограниченными возможностями в общество.
3. Какие психологические черты характерны для инвалидов?
4. Какое значение, на ваш взгляд, для инвалида имеет семья?
5. Охарактеризуйте социально-психологические аспекты положения инвалидов в различных микро группах.

Рекомендуемая литература

1. Государственный доклад «О положении инвалидов в Российской Федерации» / Под ред. Осадчих А.И. М., 1996.
2. Социально-медицинское обслуживание на дому пожилых и инвалидов / Под ред. Васильчикова В.М. М., 2000.
3. Социальная работа с инвалидами / Под ред. Холостовой Е.И., Осадчих А.И. М., 1996.
4. Развитие социальной реабилитации в России. М., 2000.
5. Знакова Т.А. Вопросы профилактики и психологической поддержки инвалидов выпускников социальных учебных заведений. Сб. Информационно-методических материалов. М., 1999.
6. Ковалева А.И. Социализация личности: норма и отклонение. М., 1996.

§ 4. Образовательная среда как социально-реабилитационная среда для инвалидов

Для обучающихся с отклонениями в развитии и инвалидов проектируются техникумы, профессиональные учебные заведения (ПТУ), а также учебные заведения смешанного типа – ПТУ-техникумы.

Функционально-планировочная организация комплекса зданий и помещений учебного заведения должна соответствовать его назначению в зависимости от контингента обучающихся инвалидов и обеспечивать максимальный комфорт для учащихся и преподавательского и обслуживающего персонала. Устройство учебных мест должно учитывать характер физических недостатков учащихся и с использованием специальных технических средств.

Основные зоны техникумов и ПТУ: учебная, учебно-производственная, физкультурно-оздоровительная, отдыха, хозяйственная, жилая (при наличии жилых корпусов для учащихся инвалидов непосредственно на территории учебного заведения).

Функциональные взаимосвязи территориальных зон учебных заведений для инвалидов не отличаются от принятых для обычных учебных заведений. Особенности отдельных зон учебных заведений для инвалидов следующие: жилая зона для инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата (ПОДа) и слепых должна всегда, а для других нозологий, как правило, размещаться на территории учебного заведения, при этом – на удалении от учебно-производственной и спортивной зон; на территории физкультурно-оздоровительной зоны физкультурные площадки для слепых и слабовидящих целесообразно ориентировать на В-З, а для остальных инвалидов на С-Ю.

Территория техникума должна быть снабжена системой ориентиров и информации, разработанной в каждом конкретном случае при консультации спецслужб по медицинской реабилитации инвалидов.

Визуальная информация, хорошо читаемая и воспринимаемая, должна обеспечивать ориентировку инвалида и предупре-

ждение о возможных источниках опасности и архитектурно-строительных препятствиях. Она должна давать полную информацию по всему комплексу учебно-производственной деятельности, социально-культурно-бытовому обслуживанию и размещению административно-преподавательских помещений.

Специальными знаками или символами могут быть обозначены: повседневно или периодически посещаемые инвалидами здания, сооружения и места на территории техникума, пересечения пешеходных путей с проездами, входы и выходы на территорию.

Элементы визуальной информации размещаются на контрастном фоне на высоте не менее 1,5 м и не более 4,5 м от уровня поверхности пешеходного пути.

Планировка специализированного учебного заведения для слепых и слабовидящих должна обеспечивать:

- минимальную протяженность пешеходных путей передвижения;
- безопасность передвижения по территории;
- отсутствие элементов, создающих препятствия на путях передвижения инвалидов.

Структура планировки территории должны быть четкой для ориентировки в пространстве застройки и удобства ее запоминания слепыми инвалидами. Целесообразно основные пути передвижения проектировать по прямоугольной схеме.

Все предметы-препятствия на путях движения слепых, в том числе: деревья, осветительные столбы и т.п. должны быть огорожены.

Основные пути движения по территории целесообразно оборудовать направляющими поручнями, а при их протяженности более 100 м – площадкой для кратковременного отдыха.

Осветительные устройства на путях движения целесообразно устанавливать по одной стороне дороги.

На территории учебного заведения для инвалидов-опорников не допускается пересечений пешеходных путей с основными автомобильными проездами.

Ширина пешеходных дорожек и тротуаров должны быть не менее 1,2 м, а при встречном движении инвалидов колясок – не менее 1,8 м.

Уклоны пешеходных дорожек и тротуаров не должны превышать: продольный – 5 %, поперечный – 1 %.

Участки пешеходных дорожек и тротуаров, примыкающие к местам их пересечения с внутритерриториальными проездами, должны иметь фактурную поверхность покрытия, отличную от других участков тротуара.

Здания техникумов и ПТУ проектируются, как правило, блочными с выделением учебного, учебно-производственного и общественно-бытового корпусов. При реконструкции учебных заведений допускается проектирование отдельно стоящих корпусов. При адаптации существующих зданий для обучения инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата и слепых желательно отдельно стоящие корпуса учебного заведения объединить переходными галереями. При необходимости галереи должны быть отапливаемыми. Их габариты в плане должны обеспечивать встречное движение инвалидных колясок.

Этажность зданий следует принимать:

- профессионально-технических училищ, как правило, не более 4 этажей, для инвалидов с ПОДа – не более 2, если здания не оборудованы специальными лифтами для инвалидов; для инвалидов с недостатками интеллекта – не более 3 этажей;

- техникумов, как правило, не более 9 этажей при условии оборудования зданий специальными лифтами для инвалидов; при невозможности оборудования зданий специальными лифтами, техникумы для инвалидов с ПОДа должны быть не более 2 этажей; для слепых – не более 4 этажей.

Архитектурное решение интерьеров специализированных зданий техникумов и других учебных заведений для инвалидов должно способствовать:

- обеспечению комфортных условий для передвижения по зданию, для выполнения учебных практических заданий и контроля за их выполнением преподавателями;

- созданию благоприятных метеорологических условий в учебных помещениях: достаточную освещенность, защиту от вредных производственных выделений, излучений, шума, перепадов температур наружного воздуха, перегрева, слепимости и т.п.;

- обеспечению безопасности передвижения внутри

здания;

- снижению физического и нервного напряжения учащихся в процессе лекционных и практических занятий;
- обеспечению условий для полноценного культурно-бытового и медицинского обслуживания учащихся, а также их отдыха;
- эстетической выразительности, оказывающей положительное эмоциональное воздействие на инвалидов.

Для обеспечения ориентации в зданиях, сокращения излишних передвижений по ним и безопасности в проекте учебного заведения должна быть система ориентиров – осязательных (тактильных), слуховых и зрительных, которая в первую очередь будет обеспечивать безопасность передвижения и ориентировку в пространстве инвалидов с дефектами зрения. Такая хорошо продуманная система позволит ориентироваться и инвалидам других категорий.

Осязательные ориентиры: направляющие поручни, рельефные обозначения на поручнях, таблицы с выпуклыми надписями или шрифтом Брайля, рельефные поэтажные планы на лестничных площадках и в лифтовых холлах, изменяемый тип покрытия пола перед препятствиями и местами изменения направления (входами, подъемами, лестницами, лифтами, поворотами коридоров) и т.п.

Слуховые ориентиры: звуковые маяки при входах, радиотрансляция в зданиях, в лифтовых кабинах и т.п.

Зрительные (визуальные) ориентиры: различные специально освещаемые указатели в виде символов и пиктограмм с использованием ярких, контрастных цветов, контрастное цветовое обозначение дверей и т.п. Текстовая информация на таблицах должна быть максимально краткой.

Строительные элементы на путях движения лиц с ослабленным зрением (лестничные клетки, лифты, вестибюли, входы, начало и конец коммуникационных элементов – лестниц, коридоров и др.) должны быть оборудованы типовыми ориентирами-указателями, выполненными на основе цветового, акустического и тактильного контраста с прилегающей поверхностью.

Зрительные ориентиры и другая визуальная информация должны располагаться на контрастном фоне на высоте не менее

1,5 м и не более 4,5 м от уровня пола.

Система ориентиров должна быть достаточно продумана, чтобы не допускать их переизбытка, способствующего созданию «тепличных» условий и утрате навыков пространственной ориентации у незрячих. Для последних наиболее целесообразным является использование системы опорных ориентиров в соответствии с разработанными СКБ ВОС «Рекомендациями по системе ориентиров на предприятиях и в организациях ВОС».

Входы в здания следует защищать от атмосферных осадков и предусматривать перед ними площадки размерами в плане не менее 1 х 2,5 м с дренажем и, в зависимости от местных климатических условий – с подогревом.

Входные двери в здания, сооружения и помещения должны иметь ширину в свету не менее 0,9 м. Применение дверей на качающихся петлях и дверей-вертушек на путях передвижения инвалидов запрещается.

В полотнах входных в здания дверей следует предусматривать смотровые остекленные панели из противоударного стекла, нижняя часть которых должна располагаться не выше 0,9 м от уровня пола. В качестве остекления дверей следует предусматривать закаленное или армированное стекло. Нижняя часть дверных полотен на высоту 0,3 м должна быть защищена противоударной полосой.

При проектировании стеклянных входных дверей следует предусматривать их автоматическое открывание и яркую маркировку.

Входы в здания и помещения на путях движения инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата, слепых и слабовидящих не должны иметь порогов, а при необходимости устройства порогов их высота не должна превышать 2,5 см.

В коридорах, являющихся постоянными путями передвижения инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата, слепых и слабовидящих, дверные проемы целесообразно углубить внутрь помещений.

Для сокращения нерациональных перемещений инвалидов целесообразно в помещениях большой площади делать не менее двух, рассредоточенных на пути движения входов.

Повороты коридоров на путях движения инвалидов целе-

сообразно делать закругленными или со скошенными углами, свободно стоящие колонны также должны иметь закругленные углы.

На путях движения слепых и слабовидящих нежелательно наличие колонн и других элементов с небольшой поверхностью.

Лестницы, по которым предполагается передвижение инвалидов на костылях и слепых, должны быть двухмаршевыми, марши – прямыми, шириной не менее 1,5 м, исходя из безопасного движения инвалидов во встречных направлениях одновременно с движением других работников. Минимальная длина промежуточных площадок – 1,5 м.

По обеим сторонам лестничного марша предусматриваются ограждения не менее 0,9 м с поручнями. Длина поручня должна быть больше длины марша не менее, чем на 0,3 м с каждой стороны. Поручни рекомендуется применять круглого сечения диаметром не менее 3 см и не более 5 см или прямоугольного сечения толщиной не более 4 см.

Число ступеней в каждом лестничном марше следует делать одинаковым, одинаковыми должны быть также размеры проступей и подступенков.

В санитарных помещениях общежитий часть кабин в уборных и душевых, а в учебных корпусах одна из кабин должны по своим размерам обеспечивать возможность пользования ими инвалидами на кресло-колясках, а также слепыми.

Кабина туалета для инвалида на коляске должна быть шириной не менее 1,65 м и длиной – 1,8 м. Она должна быть снабжена поручнями, и крючками для одежды. Дверь из кабины должна открываться наружу. В кабине с одной стороны унитаза следует предусматривать пространство для размещения кресло-коляски.

Кабина туалета для инвалида на костылях должна быть шириной 1,65 м и длиной – 1,8 м, оборудована поручнями, расположенными по боковым сторонам и крючками для костылей одежды.

Душевая кабина для инвалида на кресло-коляске должна иметь размеры 1,2 x 0,9 м, в ней должны быть предусмотрены поручни и стационарное или откидное сиденье. Перед кабиной следует предусмотреть пространство для подъезда к ней в ко-

ляске.

Основные функциональные группы помещений техникумов и профтехучилищ: кабинеты и лаборатории, аудитории, чертежные залы, учебно-производственные помещения, библиотека, помещения для физкультурно-спортивных занятий, актовый зал, клубно-кружковые помещения, пищеблок, помещения медицинского обслуживания, административно-хозяйственные помещения, вспомогательные и подсобные помещения (рекреации, вестибюль, санузлы и т.д.), общежитие.

Учебно-производственные отделения должны размещаться в отдельном блоке и иметь удобную связь с жилым блоком, если процесс обучения предусматривает разделение теоретических и практических занятий по дням. В тех случаях, когда процесс обучения включает ежедневные теоретические и практические занятия, учебно-производственный блок должен иметь удобные связи и с жилым и теоретическим блоками.

Физкультурно-спортивные залы следует размещать не выше второго этажа, под ними не должны находиться учебные помещения. Если в условиях реконструкции это требование невыполнимо, то следует предусматривать специальные меры защиты от шума.

В специализированных техникумах и ПТУ в соответствии с их профилем в состав медицинских помещений могут входить различные процедурные кабинеты и кабинеты врачей специалистов.

Помещения для учебно-теоретических занятий инвалидов с поражениями органов движения следует оборудовать одноместными столами, опорными поручнями вдоль стен, мебелью, жестко прикрепленной к полу. Столы для этих инвалидов должны иметь конструкцию, позволяющую свободно подъезжать инвалиду на кресло-коляске, для этого расстояния между ножками стола должны быть не менее 900 мм.

Искусственное освещение помещений для инвалидов должно выбираться с соблюдением в первую очередь главного требования – обеспечения безопасных и благоприятных условий для высокой эффективности зрительной работы, и во вторую очередь – экономии электроэнергии, хотя это тоже немаловажно в современных экономических условиях.

Наиболее тщательно следует разрабатывать искусственное освещение помещений и рабочих столов для инвалидов с остаточным зрением. Оно всегда предусматривается общее и местное. В качестве источников общего освещения следует использовать светильники с лампами накаливания, допускается применение потолочных люминесцентных светильников.

Цветовое решение помещений, в которых предполагаются занятия инвалидов с остаточным зрением, должно разрабатываться на основе цветового контраста общего фона с оборудованием, мебелью и деталями интерьера функционального назначения. В выборе цветового решения интерьеров следует руководствоваться условиями наилучшего распознавания объектов красного и желтого цветов на ахроматическом фоне, ахроматических объектов – на синем и желтом фоне. В сигнальных и предупреждающих ориентирах целесообразно использования сочетания желтого или белого и черного цветов.

Предупреждающая окраска обязательна для элементов, фиксирующих границы опасных участков, например, перил, барьеров и других ограждений; элементов строительных конструкций зданий, таких как колонны, габариты проемов, оборудования; перепады и выступы в плоскости пола и т.п.

Ориентирующая и направляющая окраска применяется на полу или стенах проходов, коридоров и других коммуникационных помещений.

В техникамах, специализирующихся в основном для обучения слабовидящих, возможно применение «цветовых кодов», когда каждое помещение в зависимости от его назначения получает определенный цвет, что дает дополнительную информацию и возможность ориентироваться.

Требования к фактурному решению отделки помещений исходят в основном от инвалидов вследствие заболеваний органов зрения. Тактильные ощущения от поверхности пола, стен и перегородок на путях передвижения по зданию этих инвалидов, и в особенности – слепых, позволяют им ориентироваться в пространстве общежития или учебного здания и получать предупреждающие сигналы о приближении к лестницам, лифтам, пересечениям коридоров и к другим опасным участкам. Ориентировке в пространстве, его «узнаванию» способствует изменение

акустики разных помещений вследствие дифференциации размеров и применения различных отделочных материалов для облегчения ориентации возможно использование правила сходных габаритов и материалов отделки для разных помещений одинакового назначения. При этом используются тактильные качества различных материалов: шероховатость штукатурки и гладкость полированного мрамора, пористость бетона, рельефность пиленого травертина и грубооколотого известняка, структурность глазурированной плитки и облицовочного кирпича и т.п. Использование различных фактур отделочных и строительных материалов позволит незрячим ученикам также хорошо «чувствовать» архитектуру, как зрячим ее видеть.

Помещения, где предусматриваются учебные места вследствие сердечно-сосудистых заболеваний, должны быть оборудованы солнцезащитными устройствами, предназначенными для защиты от перегрева.

В помещениях, где предусматривается пребывание инвалидов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и туберкулезом, кратность воздухообмена должна быть повышенной. Она устанавливается в задании на проектирование в зависимости от нозологий обучающихся.

В помещениях, где находятся учащиеся с заболеванием туберкулезом, материалы покрытия пола и отделки помещений должны выбираться с учетом возможности проведения влажной уборки и дезинфекции.

Оборудование учебных помещений специализированных техникумов должно обеспечивать безопасность и комфортность при пользовании им.

Расстановка оборудования и мебели в помещениях, предназначенных для занятий инвалидов, пользующихся кресло-колясками, должна обеспечивать возможность проезда и разворота инвалидной коляски, а в помещениях для учащихся слепых и слабовидящих – возможность работы без помех от передвижений в помещении. В последнем случае столы и оборудование должны быть снабжены тактильными ориентирами.

Трансформируемость оборудования и мебели необходима для инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата и для слабовидящих. Например, стол для инвалидов этих катего-

рий должен, как правило, иметь изменяемую высоту и наклон рабочей поверхности, регулируемую подставку для ног. Рабочий стул для инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата должен быть оснащен: устройством для изменения положения сидения по высоте и наклону, регулируемой подставкой для ног, в отдельных случаях – специальным сидением, обеспечивающим компенсацию при вставании, приспособлением для рабочих инструментов, устройством перемещения вдоль рабочей плоскости по направляющей, а также по средствам электромеханических автономных устройств.

Могут применяться специально разработанные для различных специальностей учебные места инвалидов, включающие рабочий стол, стул, технологическое оборудование и подставки для сырья, инструментов и готовой продукции. При проектировании учебного места инвалида с поражениями опорно-двигательного аппарата следует учитывать параметры оперативного поля, доступного верхним конечностям при условии фиксированного положения тела.

Для инвалидов с нарушением слуха к столам должна подключаться сурдотехническая аппаратура.

При оборудовании санитарно-гигиенических помещений следует учитывать, что:

- умывальные для слепых рекомендуется оборудовать умывальниками с вентилями холодной и горячей воды, отличающимися по форме;
- оборудование санитарно-гигиенических помещений для инвалидов с остаточным зрением должно быть одинаковым по типу, форме, цвету и материалу;
- один их писсуаров в туалете следует располагать на высоте от пола не более 0,4 м и оборудовать его вертикальными опорными поручнями с двух сторон;
- умывальная при туалетах должна иметь одну из раковин, установленную на высоте не более 0,8 м от пола и на расстоянии от боковой стены не менее 0,2 м. Нижний край зеркала и электрического прибора для сушки рук, предназначенных для пользования инвалидами на кресло-колясках, следует располагать на высоте не более 0,8 м от уровня пола.

Все элементы стационарного оборудования, предназна-

ченные для пользования инвалидами, должны быть прочно и надежно закреплены. Крепежные детали оборудования, регуляторов, электрических выключателей не должны выступать за плоскость стен или закрепляемого элемента.

Ручки, запорные и другие приспособления на дверях, ведущих в помещения, где опасно находиться людям с полной или частичной потерей зрения, должны иметь единообразную для этих помещений опознавательную рельефную или фактурную поверхность.

Ручки, рычаги, краны, кнопки электрических выключателей и различных аппаратов, электрические розетки, отверстия торговых автоматов и прочие устройства, которыми могут пользоваться инвалиды, передвигающиеся на кресло-колясках, следует располагать на высоте не более 1 м от уровня пола и на расстоянии не менее 0,4 м от боковой стены помещения.

Рабочие поверхности стоек гардеробов верхней одежды, буфетов, окна кассы в бухгалтерию и т.п. при пользовании ими инвалидами на колясках желательно располагать на высоте не более 0,8 м от уровня пола.

Все представленные архитектурно-планировочные требования к образовательным учреждениям подчинены единой цели – созданию социально-реабилитационной среды, условий для реализации реабилитационного потенциала инвалидов к обучению, к получению профессиональных знаний. Архитектурная среда как среда обитания в области образования инвалидов позволит им осуществить свое право «равных возможностей».

Вопросы для самоконтроля

1. Какие критерии положены в основу функциональной планировки зданий и помещений учебных заведений для инвалидов?
2. Какие особенности оборудования территории учебных заведений для инвалидов?
3. Что облегчает передвижение инвалидов по территории учебного заведения?
4. Как оборудуются внутренние помещения учебных заведений?

для инвалидов?

5. Какие требования предъявляются к освещению учебных помещений?
6. Что означает фактурное и цветковое решение отделки помещений для обучения инвалидов?
7. Какие требования предъявляются к оборудованию санитарно-гигиенических помещений для инвалидов в учебных заведениях?

Рекомендуемая литература

1. Викторова Л.А. Архитектурно-строительные требования к проектированию новых и адаптации существующих техникумов и профессионально-технических училищ для обучения инвалидов //Комплексная реабилитация инвалидов в учреждениях среднего профессионального образования, подведомственных Министерству труда и социального развития РФ (сборник информационно-методических материалов). М., 1999, с. 27-39, ЦИЭТИН.
2. ВСН 51-86. Профессионально-технические, средние, специальные и высшие учебные заведения. Нормы проектирования. М., «Стройиздат», 1998.
3. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В., Насыбуллина М.А. Систематика реабилитационных средств для домов-интернатов, реабилитационных центров и образовательных специальных (коррекционных) учреждений для инвалидов. Обзорная информация. В. 1., 1997, 28 с. ЦБНТИ Минтруда России.
4. Федеральный Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» //СЗ РФ, 1995, № 48, ст. 4563.
5. Щетинина Н.Н. Рекомендации по проектированию специальных школ-интернатов для детей с нарушениями физического и умственного развития. М., 1989, ЦНИИЭП учебных заведений.

§ 5. Производственная среда как условие реализации социальной реабилитации инвалидов

Реабилитация инвалидов была бы неполной, если бы они не могли реализовывать свой потенциал в условиях производственной трудовой деятельности. Для осуществления наиболее эффективной трудовой деятельности лиц с ограниченными возможностями необходимо создание условий, приспособление производственной среды к потребностям инвалидов. В связи с этим разработаны требования, предъявляемые к планировке промышленного предприятия, где используется труд инвалидов: минимальная протяженность пешеходных путей передвижения по территории, безопасность передвижения по территории, устройство или изменение элементов, обеспечивающих удобную связь производства с местами проживания инвалидов.

Минимальная протяженность путей передвижения инвалидов по территории предприятия общего типа может быть обеспечена:

- при сосредоточении вблизи от входа на завод специализированных производственных участков и цехов, помещений социально-бытового обслуживания и других помещений, повседневно посещаемых инвалидами;
- путем четкого зонирования территории, при котором зона наиболее человекоемких и наименее вредных по санитарной категории производства цехов, где предполагается трудоустройство инвалидов на рассредоточенных рабочих местах и производственных участках, примыкает к предзаводской зоне.

Безопасность передвижения инвалидов по территории предприятия обеспечивается при помощи оборудования мест пересечений пешеходных и грузовых потоков специальной информацией, а в необходимых случаях пандусами и защитными устройствами.

Обеспечение связи мест проживания инвалидов и производств, где они трудятся, достигается путем дополнительных специально оборудованных остановок общественного транспорта, рассредоточенных вдоль фронта заводских корпусов с целью

приближения к рабочим местам, введение стоянок личного транспорта инвалидов, максимально приближенных к рабочим местам, установки на крупных предприятиях при необходимости – дополнительных контрольно-пропускных пунктов.

Контрольно-пропускные пункты, оборудованные турникетами, должны иметь проезды для инвалидных колясок шириной не менее 1,2 м.

На заводской территории не допускается пересечений пешеходных дорожек для инвалидов, пользующихся кресло-колясками, и для инвалидов на костылях с грузовыми внутризаводскими проездами в одном уровне. При необходимости устройства пешеходного тоннеля, последний должен быть оснащен пандусом. По обеим сторонам пандуса предусматривают ограждения высотой не менее 0,9 м с поручнями. Поручни устанавливаются на высоте не менее 0,7 м для людей, передвигающихся в колясках, и на высоте 0,9 м – для остальных.

Пешеходные пути на территории предприятия на участках, где должно быть обеспечено передвижение инвалидов, рекомендуется назначать не менее 1,2 м шириной, а при встречном движении инвалидных колясок – не менее 1,8 м.

Уклоны тротуаров и пешеходных дорожек при передвижении по ним инвалидов на кресло-колясках не должны превышать: продольный – 5 %, поперечный – 1 %.

Опасные участки на путях передвижения инвалидов следует огораживать бортовым камнем высотой не менее 5 см.

На путях движения инвалидов по территории предприятия должна быть установлена хорошо читаемая и воспринимаемая визуальная информация, позволяющая быстро ориентироваться и предупреждать о возможных строительных барьерах или источниках опасности.

Специальными знаками или символами следует отметить все повседневно или периодически посещаемые инвалидами здания, сооружения и места на территории предприятия.

Визуальная информация должна располагаться на контрастном фоне на высоте не менее 1,5 и не более 4,5 м от уровня поверхности пешеходного пути.

Здания промышленных предприятий, в которых трудоустроены инвалиды или которые они повседневно или периоди-

чески посещают, проектируются с учетом потребностей инвалидов. На промышленных предприятиях практически всех отраслей промышленности это – здания, предназначенные для конструкторских бюро; административные здания; здания инженерного назначения (различные насосные станции, компрессорные станции, котельные и т.п.); здания вспомогательных цехов, например, деревообделочных или ремонтных; склады; здания социально-бытового обслуживания; на крупных предприятиях – учебные корпуса, здания, сооружения спорткомплексов и т.д. Инвалиды также могут быть трудоустроены в зданиях основных производственных цехов отраслей промышленности, где имеются профессии и специальности, пригодные для инвалидов по медицинским показаниям.

Виды требований к зданиям зависят от особенностей категорий инвалидов, которые в них трудятся, а также от этажности, взаиморасположения бытовых и производственных помещений.

Одноэтажные производственные и административно-бытовые здания практически не имеют существенных строительных препятствий, т.к. в них в основном исключается необходимость перемещения работников на разные уровни и преодоление лестниц.

Многоэтажные промышленные здания во многих случаях имеют лестницы, коридоры, вестибюли, лифтовые кабины и другие коммуникационные элементы, рассчитанные на пропуск большой массы людей и по своим габаритам обеспечивающие передвижение инвалидов.

Производственные здания общего назначения, где предусматриваются отдельные рабочие места для инвалидов с поражениями нижних конечностей и в отдельных случаях для инвалидов на кресло-колясках, должны проектироваться без строительных препятствий. Здания в два этажа и более необходимо оборудовать пассажирскими лифтами.

Входы, предназначенные для инвалидов, здания и сооружения следует защищать от атмосферных осадков и предусматривать перед входом площадку размером в плане не менее 1,0 x 2,5 м с дренажем, а в зависимости от местных климатических условий – с подогревом.

Предназначенные для инвалидов входные двери в здания,

сооружения и помещения должны иметь ширину в свету не менее 0,9 м. Применение дверей на качающихся петлях и дверей-вертушек на путях передвижения инвалидов запрещается.

Лестницы, по которым предполагается передвижение инвалидов на костылях и слепых, должны быть двухмаршевыми, марши – прямыми, шириной не менее 1,5 м, исходя из расчета безопасного движения инвалидов во встречных направлениях одновременно с движением здоровых работников. Минимальная длина промежуточных площадок – 1,5 м.

По обеим сторонам лестничного марша предусматривают ограждения высотой не менее 3 см и не более 5 см или прямоугольного сечения толщиной не более 4 см.

Пассажи́рские лифты следует предусматривать во всех зданиях, помещения которых, расположенные выше первого этажа, предназначены для пользования инвалидами на кресло-колясках или на костылях. Лифты должны иметь кабины с размерами не менее: 1,1 м – ширина, 1,5 м – глубина и 0,85 – ширины дверного проема.

Кнопки вызова лифта и управления его движением должны находиться на высоте от пола не более 1,2 м. Расположенный в кабине лифта аппарат двухсторонней связи снабжается устройством для усиления звука, а при необходимости – и устройством для получения синхронной визуальной информации.

Планировка предприятия для слепых и слабовидящих должна быть предельно простой для удобства ее запоминания и ориентировки в пространстве, пешеходные пути – спроектированы по прямоугольной схеме.

Территорию предприятия для инвалидов с дефектами зрения необходимо радиофицировать. Главный вход на предприятие следует оборудовать звуковым сигнальным устройством, рассчитанным на восприятие сигналов от остановок общественного транспорта.

При необходимости, пути движения инвалидов с дефектами зрения могут быть оснащены элементами тактильной информации, специально разработанными в проекте благоустройства предприятия при консультации спецслужб по медицинской реабилитации.

Все предметы – препятствия на пути движения (деревья, осветительные столбы и т.п.) должны быть огорожены.

Осветительные устройства на путях движения инвалидов с дефектами зрения устанавливаются по одной стороне дороги.

На специализированных предприятиях для трудоустройства инвалидов с дефектами зрения устройство турникетов-вертушек нежелательно.

Объемно-планировочные решения специализированных зданий для слепых и слабовидящих, устройство отдельных строительных элементов на путях их передвижения, на рабочих местах и в местах их повседневного пребывания должны исходить из особенностей восприятия окружающего пространства инвалидами этой категории, а также обеспечивать безопасность перемещений.

Здания специализированных предприятий для слепых должны быть малоэтажными, преимущественно двухэтажными, планировка – симметричной, легко запоминающейся.

Специализированные производственные участки для слабовидящих в производственных зданиях общего типа должны располагаться не выше третьего этажа и, по возможности, на одном уровне с блоком социально-бытовых помещений. Число ступеней в каждом лестничном марше должно быть одинаковым.

Элементы визуальной информации, предусмотренные при проектировании интерьеров зданий, должны способствовать сокращению нерациональных передвижений инвалидов всех категорий и их ориентации в зданиях.

На предприятиях с массовым использованием труда инвалидов таких категорий, трудовая деятельность которых требует специального инструктажа или выработки специальных навыков в труде или ориентации, должен быть предусмотрен кабинет социальной адаптации.

Например, для лиц с полной или частичной потерей зрения необходимо практическое обучение специальности на полностью оснащенных типовых рабочих местах, обучение ориентации на предприятии на планшетах с рельефными планами или макетами предприятия, цехов и участков производства, ознакомление с системой ориентации на данном предприятии.

Характеристика производственной среды, т.е. условий трудовой деятельности инвалидов, представленная с точки зрения адаптации промышленной территории и производственных зданий к потребностям инвалидов, позволяет судить о важности организации этой среды жизнедеятельности инвалидов как социально-реабилитационной среды. Она дает возможность инвалидам осуществлять активную трудовую деятельность, находиться в производственной и общественной среде на правах «равных возможностей».

Вопросы для самоконтроля

1. Какие понятия содержит производственная среда?
2. Какие требования предъявляются к планировке заводских территорий, где работают инвалиды?
3. Как должны быть оборудованы промышленные предприятия, где работают инвалиды?
4. В чем особенность оборудования входов, лестниц, пассажирских лифтов в зданиях, где работают инвалиды?
5. Чем отличается планировка предприятия, где работают незрячие инвалиды?
6. Для каких целей на предприятиях, где работают инвалиды, оборудуются кабинеты социальной адаптации?

Рекомендуемая литература

1. Викторова Л.А., Кеслер М.Ю. Проблемы формирования производственной среды для инвалидов. «Промышленное строительство», 1994, № 8.
2. Рекомендации по проектированию окружающей среды, зданий и сооружений с учетом потребностей инвалидов и других маломобильных групп населения. В. 20. Промышленные предприятия, здания и сооружения для труда инвалидов различных категорий. М., 1994, 22 с., Минстрой России, Минсоцзащиты России, АО ЦНИИ промзданий.
3. Рекомендации по реконструкции и реновации существующей застройки, зданий и сооружений и их комплексов с со-

блюдением условий их доступности для инвалидов. М., 1998, 41 с. Минтруд России.

4. Указ президента Российской Федерации «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности» от 2 октября 1992 г. № 1156.
5. Федеральный Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» //СЗ РФ, 1995, № 48, ст. 4563.

§ 6. Физкультура и спорт как специфическая (оздоровительная) среда в социально-средовой реабилитации инвалидов

Одним из путей вовлечения инвалидов в активную социальную жизнь и профессиональную деятельность, создание благоприятных условий для их физической, психологической и социальной реабилитации является физкультурно-оздоровительная и спортивная деятельность.

Среди наиболее часто встречающихся ограничений жизнедеятельности у инвалидов является ограничение способности к передвижению. В связи с патологией костно-мышечной системы либо других органов и систем возникает дефицит двигательной активности, что в результате приводит к так называемой гипокINETической болезни. В основе ее лежат гипокИнезия и гиподИнамия, их кумулятивное воздействие.

ГиподИнамия означает абсолютное и относительное снижение объема и интенсивности двигательной активности человека, сопровождающейся малыми мышечными усилиями. ГипокИнезия характеризуется низким уровнем затрат энергии на мышечную работу, локальным характером мышечных действий, длительной фиксированностью вынужденной позы, упрощением и обеднением координационной деятельности.

Кумулятивное воздействие гиподИнамии и гипокИнезии приводит к негативным последствиям, которые проявляются в следующем:

- трофические и дегенеративные изменения опорно-двигательного аппарата, его нервно-мышечного и костного компонентов;
- снижение тонуса мышц, нарушение устойчивости и надежности координации двигательных актов;
- контрактуры суставов, создающие предпосылки для аномального взаиморасположения костей скелета;
- нарушение обменных процессов, приводящее к увеличению объема жировых тканей;
- детренированность мышц живота, негативно отражающаяся

- на функции пищеварения (атония кишечника);
- нарушение сердечной деятельности и силы сокращения сердечной мышцы;
 - изменение дыхания, характеризующееся уменьшением жизненной емкости легких и легочной вентиляции;
 - уменьшение объема циркулирующей крови, за счет депонирования ее в органах, что сопровождается ослаблением тонуса сосудов и ухудшением снабжения тканей кислородом.

Гиподинамия и гипокинезия являются причиной не только снижения функциональных возможностей организма и сокращения сроков профпригодности, но и оказывают влияние на продолжительность жизни.

С учетом описанных обстоятельств особую значимость приобретает профилактика гиподинамической болезни, в частности, у инвалидов. Среди ряда факторов одно из главных мест занимает оздоровительная физическая культура в связи с воздействием физических упражнений не только на костно-мышечную систему, но и на психологическое состояние инвалидов. Физкультура и спорт рассматриваются как средство физической, психологической и социально-средовой реабилитации.

Именно физкультура и спорт в силу активирующего воздействия на организм, на повышение уровня физической подготовки, расширение круга общения, стимуляции «духа состязания» рассматривается как оздоровительная среда.

Физическая культура как оздоровительная среда состоит из ряда последовательных этапов, смена которых не обязательно будет осуществлена в каждом конкретном случае. Это зависит от физических и психологических задатков и степени выраженности реабилитационного потенциала.

Признано, что одним из первых этапов, а вместе с тем необходимых компонентов физической культуры является физическое воспитание, которое выполняет функцию систематической физической подготовки, в частности, например, инвалидов с детства, к практической жизни. В ходе физического воспитания формируются личностные свойства инвалида, воля, способность преодолевать трудности.

Неразвитость в нашей стране физкультуры и спорта инвалидов обусловлена рядом причин: неразработанность концепту-

ального подхода, отсутствие специализированных спортивных сооружений и оборудования, неподготовленность профессиональных организаторов и тренеров для инвалидов, низкая мотивация инвалидов к самосовершенствованию.

В процессе физического воспитания осуществляется формирование и совершенствование моторных функций и особенно тех, которые нарушены вследствие патологического процесса. В ходе физического воспитания происходит компенсация основного дефекта и коррекция вторичных нарушений, возникших в связи с основным заболеванием. Двигательные упражнения развивают мышечно-суставное чувство, ориентировку в пространстве, тренируют память на последовательность движений, совершенствуют умение выполнять движения по вербальной инструкции, способствуют укреплению сердечно-сосудистой системы, активизируют обмен веществ, стимулируют интеллектуальные способности инвалидов, улучшают общий тонус организма.

Цель физического воспитания – дать возможность инвалиду самому корректировать и компенсировать свои недостатки.

Следует отметить, что физическое воспитание как специальный метод совершенствования физического и нравственного потенциала инвалида само по себе еще не представляет собой среду с точки зрения социально-средовой реабилитации. Оздоровление инвалидов с использованием утренней зарядки, производственной зарядки, лечебной физкультуры и других индивидуальных методов воздействия еще не создает оздоровительную среду. Для этого необходимо введение, «включение» множества других факторов соревновательного, игрового характера, что помимо развития и совершенствования моторики должно создать именно среду. Оздоровляющее ее воздействие будет сказываться в таком случае и на психологическом состоянии инвалидов. В ходе состязаний выявится возможность самореализации, самоутверждения инвалидов, что создает предпосылки их социальной интеграции.

В основе физического воспитания лежат коррекционно-компенсаторные приемы. Независимо от категории инвалидов, типа дефектов решаются общие оздоровительные задачи, которые предполагают организацию работы таким образом, чтобы

оказывать влияние не только на общее состояние, но восстанавливать те или иные нарушенные болезнью функции организма. Эти задачи включают в себя физическое оздоровление, создание условий для правильного физического развития, закаливание, коррекцию особенностей соматического состояния (коррекцию акта дыхания, нарушений сердечно-сосудистой системы).

Воспитательные задачи предполагают выработку определенных характерологических черт (воля, настойчивость, чувство коллективизма, организованности, активности, смелости и т.д.), обеспечивают стимуляцию психического развития. Развивается внимание, память, находчивость, улучшается ориентация, осуществляется развитие интеллекта.

Воспитание основных физических качеств (силы, ловкости, быстроты, выносливости) инвалидов до недавнего времени считалось нецелесообразным в связи с комплексным поражением организма и мнением о невозможности полноценного приобщения их к самостоятельной жизни.

Решение образовательных задач по формированию двигательных умений и навыков в работе с инвалидами предполагает прежде всего помощь естественному процессу формирования возрастных моторных функций. Кроме того, необходимо формирование тех двигательных умений и навыков, которые инвалид самостоятельно не может освоить из-за патологических изменений двигательной сферы, часто встречающихся у всех категорий инвалидов.

При многократном повторении упражнений идет совершенствование моторной и сенсорной ориентировки, разлитое возбуждение постепенно переходит в строго дифференцированный импульс, так же как и неоформленная, генерализованная двигательная реакция.

В физическом воспитании инвалидов решается ряд специальных коррекционных задач, имеющих самостоятельное значение, но тесно взаимосвязанных. Это, прежде всего, задачи, включенные в компенсацию основного дефекта и в коррекцию вторичных нарушений, обусловленных основным заболеванием, выполнения таких двигательных заданий, которые развивают мышечно-суставное чувство, ориентировку в пространстве и времени, степень напряжения и расслабления мышц, память на

последовательность движений по качеству их выполнения. Правильно подобранные и дозированные, они являются мощными афферентациями, адресованными в различные отделы центральной нервной системы, которые изменяют соотношение возбудительных и тормозных процессов в коре больших полушарий и могут быть направлены на перестройку патологических, условных рефлексов, возникших в процессе заболевания.

В физическом воспитании инвалидов должны широко использоваться все средства системы физического воспитания. Вместе с тем, они должны быть разработаны в строгом соответствии с коррекционно-компенсаторными задачами с учетом занимающихся.

Так, в работе со здоровыми не выделяют специальные упражнения на включение в движение, на координацию, воздействующие на вестибулярный аппарат. Считается, что любое физическое упражнение в какой-то мере используется в этих целях. Но у инвалидов имеются настолько значительные дефекты при включении в движение координации движений и сохранения равновесия, что восстановить их общими упражнениями не удастся. Необходимы специальные упражнения для коррекции и компенсации этих нарушений.

В физическом воспитании инвалидов выделяют две группы упражнений: общеподготовительные (общеразвивающие упражнения, используемые в малых формах физического воспитания, зарядки, физкультурминутки и т.д.) и специальные (ходьба, бег, плавание и т.д.).

Основными формами физического воспитания инвалидов являются:

- самостоятельные занятия физическими упражнениями (утренняя гигиеническая гимнастика, прогулки, ближний туризм, коррекционные занятия с использованием методических материалов);

- организованные групповые и секционные занятия физической культурой и спортом (ЛФК и коррекционные занятия в лечебно-санаторных учреждениях и реабилитационных центрах, занятия доступными видами спорта в группах и секциях общественных физкультурных организаций, производственная гимнастика для лиц, занятых в сфере материального произ-

водства и службы быта и др.);

- инваспорт (организация и проведение соревнований по доступным видам спорта).

Утренняя гигиеническая гимнастика проводится ежедневно до завтрака в течение 10-20 мин., в зависимости от характера, степени и уровня патологии, функционального состояния и возраста инвалидов. Цель утренней гигиенической гимнастики – подготовка организма к переходу от состояния физиологического покоя к повседневным физическим нагрузкам, связанным с бытовой и трудовой деятельностью. Утренняя гигиеническая гимнастика, как правило, проводится в палатах, холлах, залах ЛФК, на спортивных площадках под руководством инструктора ЛФК групповым методом в специальных лечебных и санаторно-курортных учреждениях, а также в домашних условиях с помощью родственников или самостоятельно.

Занятия проводят сидя на стуле, в кресле-каталке или стоя в фиксирующих аппаратах. Дозировка упражнений зависит от степени и уровня повреждений, возраста, функционального состояния организма занимающихся или от уровня их физической подготовленности.

Лечебная физкультура – одна из основных форм организации занятий физическими упражнениями для инвалидов. Это определяется, с одной стороны, широтой воздействия лечебных физических упражнений на различные функциональные системы организма – сердечно-сосудистую, дыхательную, опорно-двигательную, нервную, эндокринную, а с другой, тренирующим и восстановительным эффектом этих упражнений при недостаточности различных функций организма. Необходимо лишь выделить основные принципы, отражающие специфику применения ЛФК:

1. Четкая дифференциация целей и задач ЛФК, исходя из анализа возможностей, обеспечивающих восстановление мышечной силы и координации движений, предупреждение и устранение контрактур, выработку самостоятельного передвижения, развитие способностей к манипулятивным действиям, приобретение навыков бытового самообслуживания, нормализацию обмена веществ, дыхания, установление контролируемых основ мочеиспускания и дефекации, приобретение новых про-

фессиональных навыков.

2. Интерактивное использование в комплексе ЛФК различных методик.

3. Дифференциация методики с применением гимнастических упражнений, спортивных и подвижных игр, упражнений прикладного характера.

4. Гимнастические упражнения, включаемые в комплекс, должны определяться клиническим синдромом двигательных расстройств, типом нарушения мышечного тонуса, состоянием координации. Целесообразно выполнять активные, пассивные и активно-пассивные упражнения с помощью методиста, из оптимальных исходных положений, с применением резиновых бинтов, тренажерных систем.

Особенно важными являются упражнения по восстановлению функций кистей, способности к манипулятивным действиям.

5. Четкая дифференциация применения различных видов массажа – классического сегментарного, точечного, их сочетания, вибро-, гидро- и самомассажа, электро- и вибростимуляции пораженных мышц.

6. Упражнения прикладного типа должны включать комплексную систему развития и обучения ходьбе как способу самостоятельного передвижения. Наиболее эффективно последовательное применение упражнений:

- в кровати с переменным расположением угла лежа;
- с применением укороченных костыликов;
- с использованием подвесов и резиновых бинтов;
- ходьба между параллельными брусьями в зале и в бассейне;
- передвижение при помощи монорельса, козелков, костылей, челочек;
- ходьба по лестнице с перешагиванием, с ношей, в темноте, падение и вставание.

7. Эффективным является включение в комплекс спортивных игр и соревнований. Индивидуальные и групповые занятия ЛФК проводятся в течение 10-30 мин. Один-два раза в день в залах ЛФК стационарных лечебных и санаторно-курортных учреждений, поликлиник, на спортивных площадках,

в бассейнах и др.

Производственную гимнастику как самостоятельные занятия физическими упражнениями в условиях быта необходимо включать ежедневно в режим двигательной активности инвалидов. В течение дня целесообразно проводить 3-4 занятия продолжительностью по 15-30 мин. В целях повышения эффективности физических упражнений на функциональное развитие организма и уровень физической подготовленности рекомендуется использование в индивидуальных занятиях различных тренажерных систем, приспособлений и снарядов (гантели, эластичные, резиновые бинты, эспандеры, блочные системы и др.), что позволит облегчить задачу нормирования физических нагрузок, создания программ локального воздействия на отдельные группы мышц и системы организма.

Коррекционные занятия необходимо включать в недельный двигательный режим путем ежедневных занятий продолжительностью 15-30 мин.

Прогулки, ближний туризм – формы физического воспитания, не требующие длительной подготовки и использования сложного оборудования и приспособлений. Прогулки включают в ежедневный двигательный режим на всех этапах реабилитации. Длительность прогулок зависит от температуры окружающей среды, функционального состояния инвалидов, возможности использования этого вида самостоятельных занятий в домашних условиях. Ближний туризм может быть организован группой инвалидов, занимающихся в одной секции или объединении по территориальному принципу (специальные районы, дома для инвалидов, лечебные учреждения санаторного типа), а также самостоятельно проводится, как правило, в течение одного дня. Включение ближнего туризма в недельный двигательный режим инвалидов, позволяющего обеспечить сочетание активного восприятия окружающей среды с дозированной физической нагрузкой, способствует снижению напряжения нервной системы, улучшению функционального состояния основных систем организма, повышению уровня физической подготовленности инвалидов.

При занятиях с инвалидами могут быть использованы следующие организационные методы:

1. Индивидуальный, т.е. метод, определяющий возможность организации занятия тренером с одним спортсменом-инвалидом. В этом случае методика подбирается строго индивидуально, с учетом особенностей патологии спортсмена-инвалида, его функциональных возможностей и подготовленности.

Индивидуальный метод организации занятий является наиболее эффективным.

2. Групповой, т.е. метод, при котором тренер работает с группой инвалидов до 10 человек. Как правило, в этом случае целесообразно присутствие ассистентов, выполняющих, в основном, чисто вспомогательные функции по организации занятия и установке оборудования и инвентаря.

3. Индивидуально-групповой, т.е. метод, при котором методически занятие организует и ведет тренер, а ассистенты работают индивидуально со спортсменами под руководством тренера.

Эффективность этого метода также очень высока. Кроме того, в этом случае в занятии участвуют сразу несколько инвалидов, что повышает эмоциональный тонус, формирует навыки общения в коллективе. Особенно важно участие здоровых ассистентов, которое является мощным фактором социальной адаптации инвалидов.

4. Метод самостоятельных занятий подразумевает организацию занятий по рекомендации тренера или самостоятельно, использование этого метода позволяет повысить эффективность занятий за счет непрерывности воздействия независимо от внешних факторов.

При систематических занятиях инвалиды достаточно эффективно осваивают навыки, а также получают оптимальную функциональную подготовку. Наряду с постепенным усложнением заданий от занятия к занятию увеличивается и физическая нагрузка. Поэтому специалист должен регулировать величину физических нагрузок изменением интенсивности выполняемых упражнений, темпа их выполнения, продолжительности отдыха между упражнениями и т.д.

Таким образом, применение физических нагрузок различного содержания в профилактических, корректировочных и тре-

нировочных целях двигательной сферы инвалидов должно быть реализовано специалистом на основе руководства следующими закономерностями:

- глубокое знание функционального состояния нервной системы инвалидов;
- физические нагрузки различного характера, применяемые локально и интегрально в профилактике и коррекции двигательной сферы инвалидов, в каждый момент проведения занятий должны быть оптимальными, с учетом функционального состояния их нервно-мышечной системы и системы внутренних органов.

В организационном плане рекомендуется создание школ (на базе муниципальных центров социального обслуживания) для реализации программы социально-средовой реабилитации, которая включает гимнастику, кинезотерапию, аэробику и т.д.).

Государственная политика в отношении спорта для инвалидов выражена в Указе Президента РФ «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности», а также в ряде нормативных документов, касающихся зданий и сооружений спортивного назначения. Они предусматривают требования к залам, помещениям, спортивным площадкам и плавательным бассейнам, предназначенным для инвалидов, занимающихся спортом.

Необходимо особо отметить значимость социально-оздоровительной реабилитационной среды, физической культуры и спорта в системе реабилитации психически больных, находящихся в стационарных психоневрологических учреждениях социального обслуживания.

Эндогенной психической патологии нередко сопутствует моторная заторможенность, которая обусловлена как нейрофизиологическими причинами, так и угнетением побудительных мотивов. В результате этого формируется гиподинамия (гипокинезия), в свою очередь, оказывая негативное воздействие на функции различных органов и систем.

Моторная деятельность больных с выраженной умственной отсталостью также ущербна. В процессе онтогенеза развитие двигательных функций и познавательной деятельности взаимосвязано, в связи с чем задержке психических функций со-

путствуют и двигательные нарушения в виде торпидности, заторможенности движений, а также и нарушения тонкой моторики пальцев кистей рук.

Гиподинамия и гипокинезия как проявление низкого уровня двигательной активности в результате кумулятивного воздействия приводят к негативным изменениям в организме, которые проявляются в снижении функциональной активности органов и систем, в нарушениях регуляторных механизмов.

Гиподинамия психически больных, находящихся в психоневрологических интернатах, носит еще и ситуационный характер: скученность, недостаточные санитарные площади, наличие «границ» территории учреждения, нередко отсутствие спортивных залов и площадок – все это предопределяет ограниченные возможности развития физической культуры в этих учреждениях. Имеющиеся спортивные залы в психоневрологических интернатах не отвечают архитектурно-строительным требованиям, недостаточно оснащены спортивным оборудованием и инвентарем, которое позволяло бы широко организовывать физкультурно-оздоровительную работу.

Между тем, необходимость использования физической культуры очевидна. В настоящее время общепризнанно положительное терапевтическое воздействие двигательной активности, в том числе физической культуры и спорта на психическое и соматическое состояние здоровья человека. Адекватная по нагрузкам, рационально подобранная физическая активность для психически больных способствует стимуляции деятельности центральной нервной системы больного, дезактуализации патологически окрашенных переживаний больных, повышению их социальной активности и коммуникативных способностей.

Применение средств физической культуры в целях медицинской реабилитации позволяет снизить число и частоту обострений хронических заболеваний. Отмечено профилактическое и терапевтическое воздействие физической культуры при предотвращении патологических реакций в стрессообразующих ситуациях, на развитие и течение атеросклеротического процесса.

В процессе физического воспитания на основе многократного повторения движений идет формирование и совершенство-

вание моторной и сенсорной ориентировки, тренировка нервно-мышечного аппарата. Развивается мышечно-суставное чувство, ориентировка в пространстве и времени, память на последовательность движений, умение выполнять движение по словесной инструкции, анализ движения по качеству их выполнения.

Физические упражнения, правильно подобранные и дозированные, являются мощными афферентациями, адресованными в различные отделы центральной нервной системы, которые отвечают за соотношение возбуждательных и тормозных процессов в коре головного мозга. Они могут быть направлены на перестройку патологических, условных рефлексов, возникших в процессе заболевания.

Физическая культура как оздоровительная среда является компонентом реабилитационных мероприятий комплексного воздействия на больных и инвалидов.

Перед органами социальной защиты населения, руководителями и специалистами стационарных психоневрологических учреждений встает важная задача по определению и разработке принципиально новых до недавнего времени нетрадиционных форм и методов реабилитации больных, а именно широкое вовлечение больных в занятия физической культурой и спортом с учетом медицинских, в первую очередь психиатрических, показаний и противопоказаний.

Практический опыт организации мероприятий по вовлечению больных, проживающих в стационарных психоневрологических учреждениях социального обслуживания, в физкультуру, накопленный в г. Москве, свидетельствует о необходимости определенной систематизации и установления этапности в использовании средств физической культуры и спорта в рамках мероприятий по реабилитации больных.

Для назначения больному тех или иных форм и видов занятий физической культурой врачи психоневрологических интернатов должны иметь определенную подготовку и знания в вопросах физической культуры. Необходимо обеспечить учреждения методическими пособиями по данным вопросам: методы дозирования физических нагрузок, показания и противопоказания к занятиям теми или иными видами физической культуры и спорта, система контроля за занятиями больных с психическими

расстройствами физкультурой и спортом, критерии оценки влияния физических нагрузок по отдельным видам спорта и физической культуры на психосоматическое состояние здоровья и др. Врач учреждения должен с участием специалистов по спортивной медицине и врачебному контролю решать вопрос о включении в реабилитационную программу больного физической культуры и спорта как самостоятельного конкретного вида реабилитации. На специалистов по лечебной физкультуре, преподавателей по физической культуре учреждений, как имеющих специальные, профессиональные знания и практический опыт, должны быть возложены обязанности организации занятий физической культурой больных. При этом методическое руководство проведения оздоровительных мероприятий средствами физической культуры и спорта должны осуществлять территориальные врачебно-физкультурные диспансеры, которые, как и иные лечебно-профилактические учреждения органов здравоохранения, приказом территориального органа управления здравоохранения должны быть прикреплены к стационарному психоневрологическому учреждению социального обслуживания. Такая организация врачебного контроля за участием больных и инвалидов в занятиях физической культурой и спортом позволит наиболее полно реализовать возможности каждого учреждения по вовлечению больных в занятия физической культурой как конкретную форму реабилитации.

Второй компонент – второй этап физкультурно-оздоровительной среды – массовый спорт для инвалидов. Если физическое воспитание создает начальную базу для развития физических способностей и двигательных навыков, формирует предпосылки для их развития, то массовый спорт способствует полному раскрытию этих возможностей, позволяет испытать удовлетворение от владения телом, от преодоления определенных трудностей. Спорт дает возможность установления контактов с другими людьми, взаимодействие с общественными организациями.

Для реализации положений о массовом спорте инвалидов необходима подготовка специальных кадров, создание материально-технической базы, создание производств по изготовлению специального спортивного инвентаря и оборудования, организация

научных исследований.

В 1963 г. создана Международная спортивная организация для инвалидов с целью обеспечения международных спортивных соревнований среди незрячих, ампутантов и лиц с другими нарушениями опорно-двигательного аппарата. С 1964 г. соревнования инвалидов проводятся регулярно после олимпийских игр и называются параолимпийскими.

Среди глухих проводятся соревнования по футболу, лыжам, конькам, стрелковому, велосипедному спорту, гимнастике, теннису, шахматам, гребле, боксу и плаванию, легкой атлетике.

Незрячие инвалиды участвуют в соревнованиях по легкой атлетике, гимнастике, плаванию, классической борьбе, гребле, туризму, лыжам и конькам. Освоена новая спортивная игра для незрячих – роллинсбол (командная игра с озвученным мячом).

Для занятия спортом незрячих разработаны специальные требования:

- в спортивных залах поверхность покрытия пола игровых площадок и зон для занятий людей с полной или частичной потерей зрения должна быть ровной и гладкой;

- в спортивных залах, предназначенных для занятий людей с полной или частичной потерей зрения, следует предусматривать звукопоглощающие акустические потолки, а также в стенах залов – обшивку мягкими и упругими материалами на высоту не менее 2 м от пола и установку горизонтальных поручней;

- не допускается для этой категории инвалидов использование отдельных площадок и зон, выделенных в многосекционных залах перегородками, не обеспечивающими акустической изоляции.

Специальные игровые площадки для незрячих инвалидов обустраиваются полосами безопасности (1 м) по периметру и вдоль беговых дорожек.

Ориентация при занятиях спортом инвалидов с полной или частичной потерей зрения обеспечивается посредством использования в качестве ориентиров для направления движения звуковых маяков, устройством вдоль дорожек для бега или разбега перед прыжком полос ориентации с фактурной поверхностью покрытия и яркой контрастной окраской, шириной не ме-

нее 1,5 м, размещаемых между кромкой площадки и полосой безопасности, выделением цветом фактурой поверхности покрытия поворотов беговых дорожек, зон стартов и финишей, толчковых зон при прыжках.

Примером массового спорта для инвалидов является программа международной спортивной организации – «Спешиал Олимпик Интернешнл», которая своей основной задачей ставит внедрение физкультуры и спорта в жизнь людей с нарушениями интеллекта. Зародившись в США в 1963 г., это движение приобрело международный характер. Философия движения основана на том, что люди с нарушением интеллекта при соответствующем обучении могут участвовать в индивидуальном и коллективном спорте, выигрывают физически, социально и психологически. Участие в спортивных соревнованиях умственно отсталых лиц способствует их психическому развитию, расширению социального опыта. Помощь в этом им оказывают семьи, органы социальной защиты населения, общество в целом.

Это движение объединяет 250 млн. человек, в нем участвуют 145 стран мира. Для организации всей работы изданы руководства по спортивному искусству, методики для тренеров по 22 официальным видам спорта. Все соревнования проводятся под девизом «Дай мне победить, но если я не смогу, то пусть я буду смелым в этой попытке».

Проводятся круглогодичные тренировки спортсменов с нарушениями интеллекта, а также ежегодные Летние и Зимние Олимпийские игры на местном, региональном и национальном уровнях в странах участниках.

В России это движение охватывает 24 территории. В нем участвует более 25 тысяч спортсменов из 305 учреждений образования и 76 учреждений социальной защиты населения.

Цель Специальных Олимпийских соревнований и, в частности, Специальных Олимпийских игр России – пропаганда Олимпийского движения, привлечение внимания общественности к проблемам умственно отсталых лиц, активизация деятельности государственных, общественных и других организаций в решении проблем по укреплению здоровья и адаптации к жизни в обществе лиц с нарушением интеллекта.

Специальные Олимпийские игры проводятся в несколько

этапов (4 этапа). Соревнования на всех этапах проводятся по правилам «Спешиал Олимпик Интернешнл».

На I этапе соревнования должны проводиться в учреждениях для умственно отсталых лиц: коллективах вспомогательных школ, вспомогательных школ-интернатов, детских домах-интернатах и психоневрологических интернатах.

Команды или участники, победившие на соревнованиях I этапа, получают право участвовать в областных соревнованиях Спешиал Олимпикс, которые соответствуют II этапу Специальных Олимпийских игр.

Победители II этапа получают право участвовать в межрегиональных соревнованиях Спешиал Олимпикс, которые являются соревнованиями III этапа.

Только победители межрегиональных соревнований (III этапа) могут принимать участие в специальных Олимпийских играх России, которые дают возможность участвовать в международных (Летних или Зимних) Специальных Олимпийских играх.

Возможности широкого общения с другими инвалидами и здоровым окружением, дух состязания, положительные эмоции в ситуации успеха, расширение социального опыта – все это создает реабилитационную (физкультурно-оздоровительную) среду для лиц с умственной отсталостью. Особенно положительный реабилитационный эффект достигается по отношению к инвалидам, находящимся в домашних условиях, в известной степени лишенных возможности общения со сверстниками. Участие в массовом спорте для такого рода инвалидов является истинной реабилитационной ситуацией.

Специальное оборудование спортивных залов, бассейнов, спортивных площадок, оснащение этих помещений специальными снарядами и специфическими приспособлениями – все это будет содействовать более эффективной социальной интеграции инвалидов посредством воздействия на различные сферы их жизнедеятельности.

Вопросы для самоконтроля

1. Какими документами располагает общественность при организации спорта для инвалидов?
2. Какие последствия возникают в организме инвалида при недостаточно подвижном образе жизни?
3. В чем смысл оздоровительной среды в системе социальной реабилитации инвалидов?
4. Какие отличия между физическим воспитанием и спортом инвалидов?
5. Какие виды спорта существуют для инвалидов с патологией зрения?
6. Что такое Специальное Олимпийское движение?
7. Почему необходима физкультура для психически больных?
8. В чем эффективность участия в спортивных состязаниях для лиц с нарушением интеллекта?

Рекомендуемая литература

1. ВСН 62-91. Проектирование среды жизнедеятельности с учетом потребностей инвалидов и маломобильных групп населения. //Проблемы формирования среды жизнедеятельности маломобильных групп населения. Информац. вестник. В. 2-3, Новосибирск, 1993.
2. Гусева Н.К. Основы социальной защиты больных и инвалидов в Российской Федерации. Н. Новгород, 1999 502 с., НГМА.
3. Дементьева Н.Ф., Паршутин А.В., Береговский Н.А. Физкультура и спорт в системе реабилитации психически больных, находящихся в стационарных психоневрологических учреждениях социального обслуживания //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2000, № 3, с. 27-29.
4. Катюхин В.Н., Дементьева Н.Ф. Дома-интернаты. СПб, 1996, 177 с. С.-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов. Специальный Олимпийский Комитет С.-

Петербурга.

5. Рубцова Н.О. Проблемы реабилитации инвалидов средствами физической культуры и спорта //Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов (пособие для социальных работников). М., 1997, с. 80-105. Редакционно-издательский Центр Консорциума «Социальное здоровье России».
6. Указ Президента РФ «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности».
7. Чепик В.Д. реабилитация инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата средствами физической культуры и спорта. //Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов (пособие для социальных работников). М., 1997, с. 106-116. Редакционно-издательский Центр Консорциума «Социальное здоровье России».

§ 7. Среда в стационарных учреждениях социального обслуживания лиц с ограниченными возможностями

Лица, находящиеся в этих учреждениях, это инвалиды и пожилые люди, представляющие собой своеобразную общность людей, вынужденно объединенных сходными условиями проживания, стесненным режимом длительного пребывания.

Средовая ситуация в этих учреждениях характеризуется признаками, составляющими понятие «госпитализм». К этим признакам относятся:

- монотонный образ жизни;
- ограниченность связей с внешним миром;
- бедность впечатлений;
- скученность, недостаток жизненного пространства;
- скудость выбора занятий;
- зависимость от персонала;
- отсутствие интимного уюта;
- регламентированность деятельности учреждения.

Многолетнее воздействие этой средовой ситуации негативно сказывается на жизнедеятельности проживающих в этих учреждениях людей. Они становятся малоинициативными, подчиняющимися общему режиму учреждения, у них возникают черты, нивелирующие личностные особенности, характеризующие ограничение их интересов и желаний.

Противопоставлением госпитализму и как выражение социально-средовой реабилитации является терапия средой, которая представляет собой организованное комплексное воздействие на пожилых людей и инвалидов. В центре этого реабилитационного воздействия – создание атмосферы деятельности, занятости, востребованности инвалидов и пожилых людей в общественно полезном труде, т.е. создание активного образа жизни.

Среди методических приемов терапии средой особенно важно:

- расселение с учетом характерологических особенностей пожилых людей и инвалидов;

- группировка проживающих для формирования (восстановления социальных навыков);
- создание микросоциальных групп для трудовой занятости;
- подбор содержательного, развивающего и развлекательного досуга.

Основу организации терапии средой составляет терапия занятостью. Это широкое понятие включает занятость элементарным трудом и любительские занятия.

Занятость трудом, а по существу, трудовая терапия понимается как организация целенаправленной деятельности человека, которая строится на принципах производственных отношений, в которых достигается создание общественно полезного продукта. В условиях стационарных учреждений социального обслуживания при соблюдении этих принципов в процессе трудовой терапии решаются не менее важные другие задачи. Они носят характер психологического воздействия, способствующего адаптации инвалидов и пожилых людей в новых условиях, поскольку в ходе трудовой терапии возникают и упрочиваются межличностные связи. Психологический характер воздействия сказывается и в осознании инвалидов и пожилых людей в общении к общественно полезному труду.

Вторая составляющая терапии занятостью представлена тремя основными формами:

- занятия по способностям (музыка, изобразительное искусство, литература);
- занятия прикладного характера (рукоделие, домоводство, фотография и др.);
- участие в коллективных мероприятиях развлекательно-познавательного характера (вечера танцев, экскурсии, литературные, музыкальные вечера и др.).

Терапия средой в широком смысле понимается как использование средовых факторов на проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания. Она ассоциируется с терапевтической средой, под которой понимается система отношений, складывающихся в стационаре и ближайшем окружении (медицинские, социальные работники, вспомогательный персонал). При этом основу коллектива составляют так называ-

емые функциональные группы, каждая из которых имеет четко очерченные задачи самообслуживания и организации пребывания в стационаре. Название групп различное: коммуникативные, социотерапевтические, обучающие и др. Цель этих групп – организация активности, развитие коммуникаций, тренировка социальных ролей. Структура терапевтической среды должна позволять человеку действовать как можно более адекватно в соответствии с его индивидуальностью.

Особое место в системе социально-средового воздействия на инвалидов, в частности, находящихся в психоневрологических интернатах, принадлежит физкультурно-оздоровительным мероприятиям. Инвалиды, страдающие длительно текущими психическими заболеваниями, в силу особенностей психической патологии, склонны к заторможенности, обособленности, отгороженности. Они нуждаются во внешнем стимулирующем воздействии. Одним из таких приемов является вовлечение больных в активную спортивную деятельность посредством создания групп состязания по гимнастике, легкой атлетике, лыжам и т.д.

В активном стимулирующем воздействии нуждаются и умственно отсталые лица. Воздействие на моторику, как известно, при этой патологии оказывается эффективным и в плане психического развития умственно отсталых лиц. Участие в состязаниях, общение с тренерами, стремление к достижению лучших результатов способствует расширению кругозора, совершенствованию личных качеств этой категории инвалидов.

Таким образом, физкультурно-оздоровительная среда является одним из действующих компонентов социально-средового воздействия на инвалидов в стационарных учреждениях социального обслуживания.

Социально-средовое воздействие на лиц, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, нуждается в привлечении к этой деятельности квалифицированных специалистов – социальных работников. Ранее проводимые медицинскими работниками социотерапевтические мероприятия в этих учреждениях не имели какого-либо выражения эффективности. Медицинские работники занимались несвойственными им функциями в ущерб медицинской помощи.

Задачей социальных работников в стационарных учрежде-

ниях социального обслуживания является доскональное изучение лиц, поступающих в эти учреждения с первых дней их пребывания: выявление причин поступления, изучение уровня информированности их об этих учреждениях, их возможностях и перспективах жизнедеятельности, выявление желаний, интересов, потребностей, намерений, ведение пропаганды активного образа жизни, участие в расселении поступивших с учетом их характерологических особенностей, формирование микро-социальных групп общения, подбор видов занятости и досуговых интересов.

Организация всей социально-средовой реабилитации в учреждении требует от социального работника знаний психологических особенностей пожилых людей и инвалидов, влияния типа дефекта на психическое состояние человека, учета возможностей проживающих одних к активной деятельности, других к пассивному восприятию, созерцанию, присутствию.

В повседневной социореабилитационной деятельности социальный работник взаимодействует с администрацией учреждения, медицинскими работниками, трудовыми инструкторами, культработниками и вспомогательным персоналом.

Терапия средой в стационарных учреждениях социального обслуживания не только способствует организации активного образа жизни, она также создает предпосылки для социальной интеграции инвалидов как конечной цели реабилитации.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие признаки объединяют лиц, находящихся в стационарных учреждениях социального обслуживания?
2. Что означает «госпитализм»?
3. К каким последствиям в состоянии здоровья проживающих приводит госпитализм?
4. Что означает понятие «терапия средой»?
5. Какая связь между терапией средой и социальной реабилитацией?
6. Какие методические приемы используются в организации терапии средой?

7. Какие компоненты составляют терапию занятостью?
8. Какое значение придается функциональным группам?
9. Какова роль физкультуры и спорта в социально-средовом воздействии?
10. Каковы задачи социальных работников в создании в стационарных учреждениях социального обслуживания терапевтической среды?

Рекомендуемая литература

1. Дементьева Н.Ф., Доценко Н.М., Багаева Г.Н. Направленный образ жизни умственно отсталых лиц как один из путей их социальной адаптации в психоневрологическом интернате // Вопросы социального обеспечения. М., 1987, с. 129-137. ЦИЭТИН.
2. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан. М., 1991, 135 с., ЦИЭТИН.
3. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Роль и место социальных работников в обслуживании инвалидов и пожилых людей. М., 1995, 108 с. Институт социальной работы. Тюменская областная ассоциация работников социальных служб.
4. Дементьева Н.Ф., Паршутин А.В., Береговский Н.А. Физкультура и спорт в системе реабилитации психически больных, находящихся в стационарных психоневрологических учреждениях социального обслуживания // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2000, № 3, с. 27-29.
5. Примерный устав государственного (муниципального) стационарного учреждения социального обслуживания системы социальной защиты населения. Утвержден Приказом Минсоцзащиты России от 30 марта 1995 г., № 65.
6. Сырникова Б.А. Социально-гигиеническая характеристика контингента инвалидов, организация реабилитации и психиатрической помощи в реабилитационном центре для инвалидов. Автореферат дисс. канд. мед. наук. М., 2000, 24 с.
7. Холостова Е.И. Окупациональная терапия как новое направление реабилитологии // Развитие социальной реабили-

литации в России. М., 2000, с. 12-20.

РАЗДЕЛ III. ПРОГРАММЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

§ 1. Индивидуальная программа реабилитации инвалидов

Осуществление всех направлений социальной реабилитации происходит в рамках индивидуальной программы реабилитации (ИПР), которая дает возможность учитывать физические и психофизиологические особенности инвалида и связанный с ними реабилитационный потенциал.

В соответствии со ст. 11 Федерального Закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», индивидуальная программа реабилитации инвалида – разработанный на основе решения Государственной службы медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых норм и форм собственности.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно в соответствии с федеральной базовой программой реабилитации инвалидов, так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимают участие либо сам инвалид, либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых норм и форм собственности.

Объем реабилитационных мероприятий, предусмотримых индивидуальной программой реабилитации инвалида, не может быть меньше установленного федеральной базовой программой реабилитации инвалидов.

Индивидуальная программа реабилитации имеет для ин-

валида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством или видом реабилитации, включая автомобили, кресло-коляски, протезно-ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом, другими аналогичными средствами.

Если предусмотренное индивидуальной программой реабилитации техническое или иное средство либо услуга не могут быть предоставлены инвалиду или если инвалид приобрел соответствующее средство, либо оплатил услугу за собственный счет, то ему выплачивается компенсация в размере стоимости технического или иного средства, услуги, которые должны быть предоставлены инвалиду.

Отказ инвалида (или лица, представляющего его интересы) от индивидуальной программы реабилитации в целом или от реализации отдельных ее частей освобождает соответствующие органы государственной власти, органы местного самоуправления, а также организации независимо от организационно-правовых норм и форм собственности от ответственности за ее исполнение и не дает инвалиду права на получение компенсации в размере стоимости реабилитационных мероприятий, предоставляемых бесплатно.

Основными **принципами формирования ИПР** являются:

- индивидуальность;
- непрерывность;
- последовательность;
- преемственность;
- комплексность.

Индивидуальность реабилитации означает необходимость учета конкретных условий возникновения, развития и возможностей исхода инвалидности у данного индивидуума.

Непрерывность предполагает организационное и методическое обеспечение неразрывности единого процесса реализации различных реабилитационных мероприятий. В противном случае происходит резкое снижение их эффективности.

В то же время необходимо соблюдать определенную **последовательность** в проведении реабилитации, диктуемую особенностями течения заболевания инвалида, возможностями его социально-средового окружения, организационными аспектами реабилитационного процесса.

Преимственность этапов реабилитации заключается в учете конечной цели последующего этапа при проведении мероприятий предыдущего. В основном различают следующие этапы реабилитации: экспертная диагностика и прогнозирование, формирование и реализация индивидуальной программы реабилитации, динамический контроль за отдельными результатами реабилитации.

Комплексность реабилитационного процесса означает необходимость учета на всех его этапах многочисленных аспектов реабилитации: медицинских, психофизиологических, профессиональных, санитарно-гигиенических, социально-средовых, правовых, учебно-производственных т.д.

Структура Индивидуальной программы реабилитации инвалида определена Примерным положением об Индивидуальной программе реабилитации инвалида и имеет следующие разделы:

- регистрационный номер карты, номер акта освидетельствования, наименование учреждения медико-социальной экспертизы;
- паспортные данные инвалида (Ф.И.О., пол, дата рождения, адрес постоянного или временного проживания, гражданство);
- данные об уровне общего образования (вспомогательная школа, начальное, неполное среднее, среднее, отсутствие общего образования);
- данные об уровне профессионального образования (профессиональная подготовка, начальное, среднее, высшее, послеузовское, дополнительное);
- данные о профессии – роде трудовой деятельности, занятий человека, владеющего комплексом специальных знаний, умений и навыков, полученных путем образования, обучения. Основной профессией считается выполняемая работа наиболее высокой квалификации или работа, выполняемая более длительное время;

- данные о специальности – виде профессиональной деятельности, усовершенствованной путем специальной подготовки;
- данные о квалификации – уровне подготовленности, мастерства, степень годности к выполнению труда по определенной специальности или должности, определяемой разрядом, классом, званием и другими квалификационными категориями;
- данные о выполняемой к моменту освидетельствования работе (профессии, специальности, квалификации, а также другим видам работ – самозанятости, общественных работах, работе по уходу за больными) и адрес места работы;
- данные о социально-бытовом статусе инвалида (одиноким, семейным, сирота, сколько членов семьи), а также роли инвалида в семье - кормилец, иждивенец;
- данные о социально-экономическом статусе (работающий, неработающий, безработный, пенсионер);
- данные о социально-средовом статусе (иммигрант, вынужденный переселенец, без определенного места жительства, условно отбывающий срок наказания);
- социально-средовые условия инвалида (собственный или арендуемый дом, квартира, комната; их площадь; этаж; наличие коммунальных удобств; удаленность жилья от места работы и доступность транспорта);
- источники дохода (зарплата, пенсия, стипендия и их величина);
- клинико-экспертные данные, включающие: группу инвалидности, динамику инвалидности за последние 5 лет, общую продолжительность инвалидности, закодированный по МКБ клинический диагноз и степень выраженности функциональных нарушений; клинический прогноз;
- оценку реабилитационного потенциала, включающую:
 - состояние физического развития (конституционно-анатомические особенности, возрастные и половые различия, уровень физического развития и физической подготовленности – рост стоя и сидя, вес, окружность грудной клетки и различных групп мышц, мышечная сила, выносливость, быстрота действий

и двигательных реакций, ловкость, жизненная емкость легких, пространственная ориентировка, двигательная координация и др.):

психофизиологическую выносливость – интегральную оценку физической и физиологической выносливости с учетом свойств нервной системы инвалида (силы, уравновешенности, подвижности, лабильности и динамичности), оценки состояния сенсорных и перцептивных систем, состояния познавательных функций (внимания, памяти, мышления), уровня развития речи и специфических корковых функций (письма, счета, чтения), устойчивости этих функций к нагрузкам. Существенным при оценке психофизиологической выносливости является также учет устойчивости уровня сенсомоторной координации и других аспектов, отвечающих за исполнительскую сторону деятельности, а кроме того – скорость и прочность формирования навыков;

эмоциональную устойчивость (динамические свойства эмоций и чувств человека то есть легкость возникновения и угасания эмоциональных реакций, их интенсивность, инертность, модальность возникающих эмоций (гнев, радость, страх и др.), насколько эмоциональные процессы оказывают деструктивное влияние на деятельность инвалида, насколько его эмоции поддаются контролю).

- данные об уровне развития профессионально важных знаний, навыков, умений (оценка теоретической подготовки и практического опыта для выполнения конкретной работы);

- оценку социально-психологического и социально-экономического статуса, включая:

социально-психологическую реактивность (компетентность) – способность индивида эффективно взаимодействовать с окружающими его людьми в системе межличностных отношений. Она включает уровень коммуникабельности или общительности, то есть способности к спонтанной коммуникативной активности, а также владение навыками общения, устойчивые типы реакций при социально-психологическом взаимодействии.

направления социальной деятельности, включая участие индивида в различных видах деятельности в макросоциуме (учебная, трудовая деятельность, досуговые занятия, различные

виды творчества, деятельность по собственному оздоровлению, участие в работе общественных организаций, возможности реализовать свои гражданские права и др.);

семейно-бытовые взаимоотношения – ролевые функции инвалида в семье, характер отношения семьи к инвалиду, имеющийся в семье психологический климат;

уровень и структуру кругозора – характеристика широты знаний, которыми инвалид пользуется при решении профессиональных, бытовых, личных, социальных и других вопросов в повседневной деятельности.

- данные о структуре потребности инвалида – то есть указание тех желаний, влечений, объектов (материальных и идеальных), которые необходимы для существования и развития инвалида, и выступающих источником его активности.

Система и структура потребностей и соответствующая структура мотивации взаимосвязаны со структурой тех видов деятельности, в которые включена личность.

- круг интересов инвалида – то есть проявление познавательной потребности, обеспечивающей направленность личности на осознание целей деятельности. Развитая структура устойчивых, долговременных интересов, включающая различные сферы деятельности, виды занятий, предметы деятельности, системы отношений и др., представляет собой предпосылки для осознанной активности самого инвалида по возобновлению в максимально возможной степени своего привычного образа жизни и реинтеграции в общество. Наличие бедной, неразвитой системы интересов является неблагоприятным фактором;

- уровень притязаний (степень трудности целей, которые он ставит перед собой). Прогностическим в контексте реабилитационной диагностики является установление того уровня, на что конкретно инвалид претендует в своей жизни на определенном этапе. Наличие притязаний, грубо неустойчивых или грубо неадекватных соматическому состоянию и профессиональному или социально-психологическому статусу инвалида на момент обследования, независимо от характера неадекватности, является неблагоприятным фактором в отношении реабилитации;

- данные о реабилитационном потенциале, т.е. ком-

плексе биологических, психофизиологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности, с их оценкой: реабилитационный потенциал высокий, удовлетворительный, низкий;

- данные о реабилитационном прогнозе, т.е. предполагаемой вероятности реализации реабилитационного потенциала с его оценкой: благоприятный, относительно благоприятный, неясный, неблагоприятный;

- данные о выраженности ограничений жизнедеятельности и возможности их восстановления (компенсации);

- реабилитационно-экспертное заключение, включающее клинико-функциональный диагноз, психологический диагноз, оценку профессионально-трудового, социально-бытового и социально-средового статусов, оценку реабилитационного прогноза, оценку ограничений жизнедеятельности, тяжесть и причину инвалидности.

ИПР состоит из 3-х программ:

- *программы медицинской реабилитации;*

- *программы профессиональной реабилитации;*

- *программы социальной реабилитации.*

Программа социальной реабилитации в ИПР включает:

- информирование и консультирование по вопросам социально-бытовой реабилитации инвалидов;

- обучение инвалида самообслуживанию, включая информирование о технических средствах реабилитации, обучение технике и методическим приемам для самообслуживания, обучение правилам личной гигиены (причесывание, умывание, чистка зубов), пользования одеждой, одевания, раздевания, приема пищи и др. Особенности обучения во многом определяются видом инвалидизирующей патологии и тяжестью ограничения жизнедеятельности. Адаптационное обучение инвалидов включает «обучение жизни с инвалидностью», в том числе вопросы диетотерапии, режима дня, информирования об особенностях течения болезни и др.;

- адаптационное обучение семьи инвалида должно обеспечивать информирование, консультирование и обучение семьи инвалида по различным вопросам: характере течения за-

болевания инвалида, возникающих ограничениях жизнедеятельности, связанных с ними социально-психологических, физиологических и экономических проблемах; видах и формах социально-бытовой помощи инвалиду, видах технических средств реабилитации и особенностях их эксплуатации; видах реабилитационных учреждений, их местоположении и спектре оказываемых ими услуг и т.д.;

- обучение инвалида пользованию техническими средствами реабилитации должно обеспечить соответствие эргономических требований физическим и психофизиологическим потребностям инвалида;

- организация жизни инвалида в быту, включая архитектурно-планировочное решение проблемы адаптации жилого помещения к потребностям инвалида, оснащение техническими средствами реабилитации, перепланировку жилых помещений;

- обеспечение инвалида техническими средствами реабилитации, включая подбор технических средств в соответствии с медико-социальными показаниями, доставку технического средства, его сервисное обслуживание;

- обучение персональной сохранности, которое включает овладение знаниями и навыками такими видами деятельности, как пользование газом, электричеством, туалетом, ванной, транспортом, лекарствами и др.;

- обучение социальным навыкам, которое включает освоение знаний и навыков, позволяющих инвалиду готовить пищу, убирать помещение, стирать белье, осуществлять ремонт одежды, работать на приусадебном участке, пользоваться транспортом, посещать магазины, посещать предприятия бытового обслуживания;

- обучение социальному общению, которое включает обеспечение реализации возможности инвалида посещать друзей, кино, театры и др.;

- обучение социальной независимости, которое должно быть направлено на возможность самостоятельного проживания, возможность распоряжаться деньгами, пользоваться гражданскими правами, участвовать в общественной деятельности;

- оказание помощи в решении личных проблем, которое включает обеспечение инвалидам контроля рождаемости, получение знаний в области полового воспитания, воспитания детей и др.;

- консультирование по правовым вопросам, которое должно обеспечивать правовую помощь инвалиду в области социальной защиты и реабилитации;

- обучение навыкам проведения отдыха, досуга, занятиями физкультурой и спортом, которое включает приобретение знаний и навыков о различных видах спортивной и досуговой деятельности, обучение пользованию для этого специальными техническими средствами, информирование о соответствующих учреждениях, осуществляющих данный вид реабилитации.

При формировании программы социальной реабилитации необходимо определить:

- исполнителя (наименование учреждения);
- форму реабилитации (амбулаторная, стационарная, пансионат, отделение дневного пребывания, клубная);
- сроки выполнения (даты начала и окончания реабилитационного мероприятия);
- объем (содержание и количество реабилитационных мероприятий);
- прогнозируемый результат (возможность компенсации ограничений жизнедеятельности, достижение самообслуживания, самостоятельного проживания, интеграции в общество).

При невыполнении Программы социальной реабилитации должна быть запись с указанием причины, подпись ответственного лица и печать.

Инвалид подписывает разработанную Программу социальной реабилитации.

После разработки Программ медицинской, профессиональной и социальной реабилитации следует подписать Руководителя Бюро МСЭ.

Определение исполнителей всех видов реабилитации следует проводить с учетом сложившихся и внедрением новых организационных форм и методов реабилитации на территории

проживания инвалида.

Для решения вопросов предоставления инвалиду необходимых видов реабилитационной помощи, которые не могут быть ему оказаны по месту жительства, следует организовать направление инвалида в соответствующие учреждения и организации других регионов (реабилитационные центры, клиники, научно-исследовательские институты и др.).

Координировать деятельность по разработке и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида должны органы труда и социального развития.

«Заключение о выполнении индивидуальной программы реабилитации» является завершающим разделом программы реабилитации и содержит заключение о ходе выполнения программы, эффективности мероприятий.

Разработка ИПР и контроль за ее реализацией, в соответствии с законодательными и нормативно-правовыми актами возлагается на учреждения государственной системы медико-социальной экспертизы.

Согласно пункту 1 Примерного положения, в ИПР включаются реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление способностей инвалида к бытовой, общественной, профессиональной деятельности в соответствии со структурой его потребностей, кругом интересов, уровнем притязаний с учетом прогнозируемого уровня его соматического состояния, психофизиологической выносливости, социального статуса и реальных возможностей социально-средовой инфраструктуры. Таким образом, расширяется круг вопросов, рассматриваемых при производстве медико-социальной экспертизы, и это ставит конкретные задачи по ее организации на новом качественном уровне, требующем соответствующего кадрового, материально-технического обеспечения, новых методических подходов, а также форм взаимодействия с другими заинтересованными службами.

Укомплектование учреждений МСЭ необходимыми специалистами должно осуществляться в соответствии с Примерным положением об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы, которым в штатном нормативе Бюро МСЭ, в частности, предусмотрены не только врачи раз-

личных специальностей, а и специалисты: по реабилитации, по социальной работе, психолог.

В связи с новыми подходами к определению инвалидности, а также необходимостью разработки ИПР лиц, признаваемых инвалидами, все специалисты бюро МСЭ должны владеть необходимым объемом знаний:

- законодательных и нормативных документов о здравоохранении, социальной защите населения, образовании, занятости, охране труда, социальному и медицинскому страхованию;
- требований к организации специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов;
- видов и функционального предназначения технических средств реабилитации;
- принципов и методологических основ формирования ИПР, оценки эффективности их реализации.

В системе мер, обеспечивающих новое качество медико-социальной экспертизы и выполнение функции Бюро МСЭ по формированию ИПР, важная роль принадлежит самой организации освидетельствования больных и инвалидов и технологии этой работы.

Основные требования к формированию и реализации ИПР изложены в статье 11 Федерального Закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», а порядок и условия разработки ИПР – в Примерном положении об индивидуальной программе реабилитации инвалида. Для обеспечения указанных требований, установленного порядка и условия формирования ИПР технология работы бюро МСЭ предусматривает:

- участие всех специалистов бюро МСЭ в освидетельствовании больных и инвалидов на всех этапах проведения медико-социальной экспертизы, включая экспертно-реабилитационную диагностику, оценку реабилитационного потенциала, реабилитационного прогноза и собственно формирование программ медицинской, профессиональной, социальной реабилитации. Особенностью является форма участия в этом процессе психолога, который работу с инвалидом по психологической диагностике должен проводить в отдельном, специально оборудованном помещении. Каждому из специалистов принадлежит конкретная роль в формировании ИПР на всех ее этапах.

Например, специалист по реабилитации совместно с врачами различных специальностей, в зависимости от профиля бюро МСЭ, проводит медико-социальную экспертизу на этапах клинико-экспертной, социальной диагностики, оценки реабилитационного прогноза, реабилитационного потенциала, ограниченной жизнедеятельности, а также формирования всех разделов (программ) ИПР; оформляет ИПР; специалист по социальной работе принимает участие, наряду со специалистом по реабилитации и 3 врачами различных специальностей, в формировании программы мер социальной реабилитации. Кроме того, он осуществляет обследование социально-бытового положения инвалида, а также подробное информирование инвалида о порядке реализации ИПР после ее утверждения. Инвалиду должны быть даны исчерпывающие разъяснения о последствиях отказа от реализации ИПР;

- тщательную разъяснительную работу с инвалидом о целях, задачах, прогнозируемых результатах и социально-правовых последствиях реабилитационных мероприятий, о правах инвалида на реабилитацию и последствиях в случае отказа от ИПР в целом или отдельных ее видов и форм;

- участие самого инвалида (или лица, представляющего его интересы) в определении порядка реализации ИПР;

- наличие в Бюро МСЭ информации об учреждениях и организациях, которые могут быть исполнителями конкретных реабилитационных мероприятий и услуг. Для обеспечения Бюро МСЭ целесообразно установить (например, решением органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации), чтобы территориальные органы здравоохранения, образования, социальной защиты населения, труда и занятости определили и систематически уточняли перечень подведомственных реабилитационных учреждений и осуществляемые ими конкретные виды реабилитации. Уточненные перечни должны доводиться до сведения всех учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы данной территории;

- взаимодействие учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы с заинтересованными службами в сфере реабилитации, которое должно осуществляться как на этапе формирования ИПР, так и ее исполнения. Например,

тесные контакты и последовательные действия должны быть отработаны на этапе формирования ИПР с учреждениями здравоохранения. В целях обеспечения формирования ИПР в установленные сроки целесообразно, чтобы предложения в программу мер медицинской реабилитации представлялись лечебно-профилактическими учреждениями с направлением на освидетельствование с указанием видов, форм, объемов, сроков медицинской реабилитации и исполнителей. При отсутствии в бюро МСЭ психолога или при других обстоятельствах инвалид может быть направлен на профтестирование в службу занятости.

В случае необходимости намечается программа дополнительного обследования, запись о которой вносится в акт освидетельствования. Бюро МСЭ может привлекать к разработке ИПР специалистов учреждений здравоохранения, службы занятости и других органов и учреждений, осуществляющих деятельность в сфере реабилитации. В этих случаях инвалиду выдается на руки письменный запрос (запросы) в соответствующие учреждения, на предприятия, с просьбой провести необходимое обследование (уточнить сведения, касающиеся профессионально-трудовой, образовательной среды и др.) и о результатах сообщить к установленному сроку.

В случае не поступления запрошенных данных начальник Бюро МСЭ принимает меры по выяснению причин этого неисполнения поручения.

Сформированная ИПР должна быть подписана начальником Бюро МСЭ, его подпись должна быть заверена печатью. ИПР выдается на руки инвалиду, а ее копия в трехдневный срок пересылается в муниципальное управление социальной защиты населения (МУСЗН) по месту получения пенсии инвалидом.

В том случае, если инвалид пенсионруется не в органах социального обеспечения (в органах внутренних дел, безопасности, обороны и др.), то ИПР направляется в МУСЗН по месту постоянного проживания (регистрации) инвалида, а в случае содержания в ней мероприятий по бесплатному для инвалида санаторно-курортному лечению, обеспечению автомобилем (мотоколяской) выписка из ИПР в этой части направляется в соответствующий орган, осуществляющий пенсионирование инвалида.

При оформлении ИПР следует иметь в виду, что в соответствии с законодательством в нее включаются как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно (в соответствии с базовыми программами), так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимают участие сам инвалид или другие лица, или организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. Поэтому в случае согласия инвалида самостоятельно (с посторонней помощью) оплатить то или иное средство реабилитации (услугу), показанное ему, но не предусмотренное базовыми программами, отметка об этом обязательно делается в ИПР («оплачивает инвалид») перед подписью инвалида.

Контроль за реализацией ИПР осуществляется Бюро МСЭ при очередном освидетельствовании, а также при назначаемых в отдельных случаях освидетельствованиях в порядке динамического наблюдения.

Для обеспечения контроля за выполнением реабилитационных мероприятий инвалидом в Бюро МСЭ используются компьютерные технологии, позволяющие вести динамическое наблюдение за процессом реабилитации каждого конкретного инвалида и в целом обслуживаемого контингента инвалидов на основе специальных информационных систем.

ИПР является обязательной для соответствующих органов государственной власти, органов местного самоуправления, а также организаций, предприятий и учреждений независимо от организационно-правовых форм собственности (органы и учреждения государственной службы реабилитации инвалидов), которые определены исполнителями конкретных реабилитационных мероприятий.

Основной комплекс мероприятий по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов осуществляется на местном (районном, городском) уровне. Учреждения различных ведомств реализуют ИПР в рамках своей профессиональной деятельности и предоставляют необходимую информацию по реализации ИПР в соответствующий местный орган социальной защиты населения.

В тех случаях, когда на местном уровне не представляется возможным реализовать ИПР, инвалид направляется в террито-

риальные или федеральные учреждения реабилитационного профиля, на базе которых возможно комплексное проведение реабилитационных мероприятий и осуществление реализации ИПР в полном объеме.

Исполнение ИПР осуществляется реабилитационными учреждениями любой формы собственности при наличии лицензии на право заниматься этим видом деятельности.

Деятельность реабилитационных учреждений должна обеспечивать комплексное решение проблем по интеграции личности инвалида в общество, что может достигаться через совместные формы работы (межведомственные совещания, обсуждения, обмен информацией, и т.д.). Процесс углубления взаимодействия при реализации ИПР осуществляется путем совместного анализа специалистами службы реабилитации хода их выполнения и поиска оптимальных решений.

Взаимодействие реабилитационных служб различной ведомственной принадлежности осуществляется на этапах: формирования ИПР; исполнения ИПР; организации контроля за исполнением ИПР, а также совместной деятельности с общественными организациями.

Органы здравоохранения, социальной защиты населения, образования, занятости субъектов Российской Федерации, систематически доводят до сведения подведомственных учреждений, которые определены исполнителями конкретных видов реабилитации, и учреждений МСЭ перечень осуществляемых ими видов реабилитационных мероприятий, предоставляемых услугах и технических средствах.

Выбор реабилитационных учреждений для реализации ИПР осуществляется с учетом:

- обеспечения приближения реабилитационных услуг к потребителю;
- гарантии высокого качества реабилитационных услуг;
- обеспечения комплексности реабилитационных услуг; многообразия форм и методов реабилитации на основе системного подхода при их реализации.

Для осуществления реабилитации может быть использовано учреждение с полным комплексом услуг, или (в случае от-

сутствия такового) несколько учреждений.

Учреждения, используемые в качестве базы для реализации ИПР ведут специальный учет работы с инвалидами (проведенные реабилитационные мероприятия, оказанные услуги, предоставленные технические средства реабилитации, их стоимость) и предоставляют отчет о проведенной работе в вышестоящий орган управления.

Инвалид (его законный представитель) обращаются в соответствующее реабилитационное учреждение, указанное в ИПР, самостоятельно, представляя имеющуюся на руках ИПР.

В учреждениях, реализующих ИПР инвалидов, выделяется специалист, ответственный за организацию выполнения мероприятий ИПР (далее «организатор выполнения ИПР»).

Организатор выполнения ИПР:

- ведет первичный прием инвалида при обращении в данное реабилитационное учреждение;
- осуществляет контроль за выполнением реабилитационных мероприятий соответствующими специалистами;
- обеспечивает контакты с инвалидом (его законным представителем) в случае несвоевременной явки (прекращения) на реабилитацию;
- организует коллегиальное обсуждение эффективности реабилитационных мероприятий на этапах реализации ИПР и необходимость ее корректировки;
- в случае принятия решения о возникшей необходимости внесения изменений в ИПР (прекращения ее реализации) в трехдневный срок доводит до сведения бюро МСЭ и соответствующего органа социальной защиты населения с указанием причин, послуживших основанием для принятия указанного решения.

Бюро МСЭ с учетом поступивших предложений вносит в ИПР соответствующие изменения, дополнения и дает подробные разъяснения инвалиду (его законному представителю).

Контроль за реализацией ИПР осуществляют бюро МСЭ, утвердившие ИПР, и районные (городские) органы социальной защиты населения по месту постоянного (фактического) жительства инвалида.

В органе соцзащиты населения выделяется структурное

подразделение (специалист), занимающееся проблемами реабилитации инвалида.

Контроль за реализацией ИПР реабилитационными учреждениями, независимо от ведомственной подчиненности и форм собственности осуществляют местные (районные, городские) органы социальной защиты населения, а также учреждения (бюро) государственной службы медико-социальной экспертизы при очередном освидетельствовании, а также освидетельствовании в порядке динамического наблюдения. В этих учреждениях сосредотачивается информация об инвалидах, проходящих реабилитацию.

Вопросы корректировки ИПР рассматриваются в случае поступления соответствующей информации и предложений из учреждений, осуществляющих реабилитационные мероприятия.

Руководители Бюро МСЭ ведут учет ИПР инвалидов, их выполнения, причин невыполнения, эффективности, систематически анализируют эти данные, информируют соответствующий орган социальной защиты населения, а при необходимости – учреждения, осуществляющие реализацию ИПР, а также главное бюро МСЭ.

Районные (городские) органы социальной защиты населения выполняют как функции управления реабилитацией, так и функции исполнения ИПР инвалидов.

Своеобразные черты имеет индивидуальная программа реабилитации, используемая в стационарных учреждениях социального обслуживания. В ней отражены медицинская социальная и профессионально-трудовая реабилитация. В каждой из этих форм реабилитации выделены способы воздействия. Так, в частности, в рамках медицинской реабилитации предусмотрено медикаментозное лечение и немедикаментозная терапия, диспансерное наблюдение. Социальная реабилитация предлагает такие способы, как обучение навыкам, терапия средой, приспособление к новым условиям жизни. Еще большими возможностями в плане способов воздействия располагает профессионально-трудовая реабилитация. Она включает трудовую занятость, профориентацию, профобучение и трудовое устройство. Для каждого способа внутри определенной формы реабилитации выбирается соответствующее средство. Здесь возможны различ-

ные варианты. Выбор их зависит от организатора реабилитационных мероприятий, который обязан учитывать все особенности инвалида, его потенциальные возможности и прогноз. Так, например, медикаментозная терапия, в зависимости от клинического состояния больного, может быть представлена в каждом конкретном случае либо патогенетической, либо общеукрепляющей, либо симптоматической терапией, либо комплексной терапией, т.е. сочетанием всех видов.

Сроки реабилитационного воздействия, длительность его также совершенно индивидуальны (постоянно, эпизодически, по показаниям и т.д.) с учетом исходных данных об инвалиде и специфике способов и средств реабилитации.

Следовательно, сущность индивидуальной программы реабилитации в том, что для каждого конкретного больного она содержит только соответствующие его состоянию разделы основной программы реабилитации.

Важным разделом индивидуальной реабилитационной программы является фиксация эффективности реабилитационного воздействия. Она представлена в соответствующих графах каждого вида и способа реабилитации. Так, для суждения об эффективности медицинской реабилитации даны такие варианты как профилактика обострений заболевания, компенсация функциональных возможностей организма, устранения признаков обострения заболевания, упорядочение поведения, активизация деятельности. Возможны и не предусмотренные в этом перечне варианты эффективности, которые могут вводиться врачом; соответствующие же реальной ситуации варианты из предложенного перечня должны подчеркиваться. Эффективность немедикаментозного воздействия может быть выражена в виде коррекции, моторики, увеличения объема движений и др. Следствием организационных мероприятий может быть изменение (облегчение) режима, снятие с диспансерного учета и т.д.

Об эффективности социальной реабилитации можно судить по таким показателям, как приобретение навыков самообслуживания, расширение круга интересов, восстановление коммуникативных способностей, привитие навыков общения, активизация в проведении досуга, участие в жизни интерната.

Эффективность профессионально-трудовой реабилитации

в индивидуальной программе может быть выражена следующими показателями: восстановлением (сформированность) трудовых установок, овладением трудовыми навыками, освоением элементарной профессией, выбором профессии.

Показателем наиболее высокой эффективности комплексного реабилитационного воздействия является выписка больных из дома-интерната и интеграция их в общество.

Индивидуальная реабилитационная программа, заполняемая ежегодно на каждого больного, позволит проследить динамику его состояния, вычлнить наиболее эффективные способы и средства и варьировать реабилитационное воздействие.

Индивидуальная программа должна позволить осуществление своевременной коррекции с учетом изменений психосоциального статуса инвалида, условий и возможностей осуществления реабилитационных мероприятий.

При разработке и реализации ИПР в стационарных учреждениях социального обслуживания необходимо руководствоваться следующими соображениями:

- при вовлечении больных в труд основываться на интересах больных, а не учреждения;
- учитывать медицинские показания и противопоказания к труду;
- дозировать труд с учетом сомато-психического состояния больного (время, кратность, интенсивность, сроки);
- назначать труд как лечение;
- оценивать эффективность трудового воздействия;
- объективно отражать все сведения о больном в соответствующей документации.

ИПР в реабилитационном цикле имеет то преимущество, что она учитывает все потенциальные возможности инвалида, что позволяет достигать при адекватных мероприятиях наибольшего успеха.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение индивидуальной программы реабилитации инвалида (ИПР).
2. Каковы принципы формирования ИПР?

3. Какова структура ИПР?
4. Назовите составляющие ИПР.
5. Что включается в понятие «реабилитационный потенциал»?
6. Кто и как формирует ИПР?
7. Какое содержание имеет раздел социальной реабилитации в ИПР?
8. Какова роль специалиста по социальной работе в ИПР?
9. В чем особенности ИПР в стационарных учреждениях социального обслуживания?

Рекомендуемая литература

1. Андреева О.С. Принципы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалидов //Профессиональная реабилитация и занятость инвалидов. Доклады межведомственной конференции. М., 1999, с. 29-36. Комитет труда и занятости Правительства Москвы. ЦИЭТИН. Фонд «Социальный партнер».
2. Гусева Н.К. Основы социальной защиты больных и инвалидов в Российской Федерации. Н. Новгород, 1999, 502 с., НГМА.
3. Дементьева Н.Ф. Об индивидуальных реабилитационных программах для инвалидов и престарелых в домах-интернатах //Врачебно-трудовая экспертиза и реабилитация инвалидов. Республиканский межведомственный сборник. Киев, Здоровье, 1984, В. 16, с. 98-105.
4. Катюхин В.Н., Дементьева Н.Ф. Дома-интернаты. СПб, 1996, 177 с. С.-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов. Спец. Олимпийский комитет С.-Петербурга.
5. Примерное положение об Индивидуальной программе реабилитации инвалида. Утверждено постановлением Минтруда России от 14 декабря 1996 г., № 14 //Сб. Законодат.-нормат. документов по профессиональной реабилитации и занятости инвалидов. М., 2000, с. 113-128. ЦИЭТИН.
6. Федеральный Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». СЗ РФ. 1995, № 48, ст. 4563.

§ 2. Социальная реабилитация лиц старших возрастов в стационарных учреждениях социального обслуживания

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 старческого возраста (56,9 %). Вместе с должителями они составляют 63,2 %;

- тяжелое состояние здоровья (в среднем, у каждого проживающего выявлено более 7 болезней);

- ограниченная способность к самообслуживанию; неспособные и частично себя обслуживающие составляют 62,3 % проживающих;

- ограниченная способность к передвижению; лица, неспособные к передвижению и осуществляющие двигательную активность в пределах палаты, составляют 44,6 % контингента домов-интернатов;

- изменение психики в пожилом и старческом возрасте – они проявляются в нарушениях памяти на новые события при сохранности воспроизведения давних, 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 (темп, плавность, точность, координация);

- изменения личности, характерные для преклонного возраста; выявлены полярные, контрастирующие черты: повышенная внушаемость, сосуществующая с ригидностью, выраженная сензитивность с нарастанием черствости, эмоциональной «сухости». К возрастным особенностям личности относятся также обидчивость, эгоцентризм и др.

Указанные характеристики, отражающие эти особенности граждан преклонного возраста, ставят под вопрос правомер-

ность обсуждения их социальной реабилитации. Тем не менее, вопрос не только заслуживает внимания для рассмотрения, но и для определения перспективы развития и совершенствования ряда направлений реабилитационной деятельности в домах-интернатах.

2. Характеристика среды, условий проживания в домах-интернатах. Даже в высоко организованных учреждениях не удастся 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 социальной реабилитации лиц преклонного возраста в домах-интернатах.

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

Поступление в дом-интернат, изменение привычной жизнедеятельности является критическим моментом в жизни пожилого человека. Непредвиденные ситуации, новые люди, непривычная обстановка, неясность социального статуса – эти жизненные обстоятельства заставляют пожилого человека не только приспосабливаться к внешнему окружению, но и реагировать на изменения, происходящие в них самих. Перед пожилыми людьми встает вопрос об оценке себя, своих возможностей в изменившейся ситуации. Процесс перестройки личности происходит очень болезненно и сложно.

Известно, что в старости выявляются ослабление памяти, внимания, снижение способности ориентироваться в новых условиях, тревожный фон настроения и лабильность эмоциональных процессов. Одним из главных свойств стареющих людей является психологическая уязвимость и нарастающая неспособность справиться с разнообразными стрессами. Поэтому по-

жилые люди отличаются особой чувствительностью к проявлениям внимания, морально-психологической поддержке.

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.

Поскольку основной стрессор, которым является сам факт поступления в дом-интернат, невозможно устранить, первостепенное значение приобретает ожидаемая помощь и поддержка со стороны персонала дома-интерната. В этих условиях особое значение приобретает направленная работа по социально-психологической адаптации пожилых людей к условиям дома-интерната.

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.

Указанные обстоятельства определяют функции социального работника в организации адаптации пожилых людей в доме-интернате. Деятельность социального работника, ее содержание зависит от этапа «прохождения» социально-психологической адаптации лиц пожилого возраста в доме-интернате.

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.

Большинство пожилых людей имели к моменту поступле-

ния в дом-интернат элементарные сведения об этом учреждении, полученные из различных источников (от родственников и близких знакомых, врачей и работников органов социальной защиты). Сведения носили формальный, а в ряде случаев искаженный характер (представление о доме-интернате идентифицировалось с распорядком больницы, с ежедневными обходами врачей, постоянным ежедневным наблюдением среднего медперсонала). Представления о бытовом обслуживании, организации труда и досуга были неполными. Недостаточная информация вызывала и поддерживала повышенную тревожность и неуверенность в будущем у пожилых людей, что в свою очередь неблагоприятно сказывалось на последующей адаптации их к новым условиям.

Несмотря на то, что принятие решения о поступлении в дом-интернат было принято самостоятельно и сознательно, более половины пожилых людей, поступивших в приемно-карантинное отделение дома-интерната до последнего момента испытывали колебания и сомнения в правильности сделанного шага. Эти колебания связаны с двумя мотивами: боязнь перемен и незнание конкретных условий проживания.

Роль социального работника во время пребывания пожилых людей в приемно-карантинном отделении дома-интерната состоит в том, чтобы разъяснить функции этого учреждения, ознакомить поступивших с распорядком дня, с расположением бытовых служб и медицинских кабинетов, часами работы администрации и т.д. проведение беседы, ознакомление с условиями жизни в доме-интернате пожилых людей, решивших поступить в эти учреждения, во многом может снизить состояние неуверенности и тревожности.

Более полному информированию пожилых людей о доме-интернате уже с первых дней пребывания их в этом учреждении может способствовать наличие стенда с отражением основных разделов работы, «Альбома» с фотографиями проживающих, их занятости, проведении досуга и т.д. Во избежание полного разрыва с прежним привычным образом жизни с целью осуществления возможности получения информации об общественной жизни в приемно-карантинном отделении обязательны радиоприемники (желательно, с наушниками), телевизор, большие

настенные часы с крупными цифрами, настенные календари, газеты. Реализация этих мероприятий делает еще более актуальной роль социального работника в доме-интернате и особенно на первом этапе пребывания там пожилого человека.

После 2-недельного проживания в приемно-карантинном отделении происходит расселение лиц старших возрастов по месту их основного проживания в доме-интернате. Этот этап характеризуется дополнительными эмоциональными нагрузками для пожилого человека. Перед ним встает проблема вынужденного приспособления к новым условиям с длительной перспективой. Поиск нового жизненного стереотипа, вынужденное общение с незнакомыми, не всегда приятными людьми, строгая регламентация распорядка дня – все эти обстоятельства ведут к возникновению кризиса первого месяца адаптации. 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.

Для успешной социально-психологической адаптации пожилого человека важным является его удачное «поселение», т.е. размещение в отделении. При переводе пожилого человека в отделение и поселение его в комнату с соседями нередко возникают сложности совместного проживания. Они могут быть связаны с понятием «скученности». Его психологическая сущность заключается в формировании представления о «своей» и «чужой» территории. Вторжение на «свою» территорию другого может вызвать острый стресс, проявляющийся резкими негативными эмоциональными переживаниями.

Нежелательные последствия может вызвать поселение в одну комнату двух людей с выраженными лидерскими чертами. Известно, что при вынужденном тесном общении один из субъектов, как правило, принимает на себя роль ведомого. Для личности, имеющей склонность к лидированию, вариант постоянного пребывания в роли ведомого является чрезмерной психологической нагрузкой, которая может закончиться эмоциональным срывом.

В этот период особое значение начинает приобретать отношение персонала, которое ассоциируется с внешним миром. При невнимательном отношении со стороны сотрудников дома-интерната возможно усиление и фиксация на этих эмоциональных проявлениях, возникновение реакций дезадаптации с депрессивным фоном настроения.

Роль социального работника состоит в том, чтобы обеспечить адаптацию пожилого человека в новых условиях. Для этого необходимы сведения о характерологических особенностях пожилого человека, наклонностях и интересах, установках и привычках. Выяснение этих обстоятельств важно и для создания микросоциальных групп, также преследующих цель улучшения социально-психологической адаптации лиц пожилого возраста.

Помимо изучения особенностей личности и других обстоятельств социальный работник может и должен научить пожилого человека общению, умению понимать человека более немого, чем он сам, осмыслению ситуации совместного проживания и т.д.

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 степени сохранности к самообслуживанию.

Из приемно-карантинного отделения лица старших возрастов должны попадать в спокойную, хорошо организованную среду адаптационного воздействия, которая формируется совместными усилиями врача, медсестры этажа, трудинструктора, культработника, библиотекаря. Каждый из этих специалистов должен понимать свои задачи по адаптации пожилых людей к условиям дома-интерната.

К пожилому человеку, переведенному на постоянное место жительства из приемно-карантинного отделения, должно быть привлечено повышенное внимание всех сотрудников, которое поможет ему найти свое место в коллективе проживающих и ослабит негативное влияние, связанное с резкой сменой жиз-

ненного стереотипа и вызванного этим эмоционального перенапряжения.

Роль социального работника как специалиста, владеющего основами знаний по геронтопсихологии, деонтологии и социальной педагогике, возрастает и в связи с необходимостью обучения персонала домов-интернатов в дифференцированном подходе к пожилым людям.

Через 6 месяцев пребывания в доме-интернате перед пожилыми людьми встает проблема окончательного решения: проживать в доме-интернате постоянно или вернуться к привычному окружению. В это время происходит критическая оценка как условий дома-интерната, так и своих возможностей для адаптации к ним.

Обследование пожилых людей через 6 месяцев проживания в доме-интернате показало, что их ожидания, связанные с поступлением в эти учреждения, в 40,4 % не оправдались. Обстановка в доме-интернате воспринималась как более тяжелая по сравнению с их предварительными представлениями. Лишь 7,7 % пожилых оценивали жизнь в доме-интернате выше своих ожиданий.

Основные причины недовольства связаны с плохой организацией жизни в доме-интернате, невнимательным, формальным отношением персонала, неблагоприятным психологическим климатом.

Положительная досугово-рекреационная установка, имеющаяся в приемно-карантинном отделении, не реализуется полностью. Это объясняется тем, что основной формой организованного досуга является пассивное прослушивание радиопередач (90,7 %). Невозможность проведения полноценного досуга вызывает у пожилых людей состояние неудовлетворенности. Общение пожилых людей в доме-интернате носит пассивный, ситуативный характер, круг общения пожилых людей ограничен персоналом и лицами, проживающими в доме-интернате.

Известно, что одной из причин эмоционального напряжения может явиться слишком тесное принудительное общение людей. Травмирующее воздействие в этом случае определяется тем, что сужение круга и углубление общения быстрее истощает информационную ценность каждого из членов группы, что

в конечном счете приводит к напряжению и стремлению к изоляции.

На этом этапе важное значение приобретает так называемая терапия средой, которая включает создание благоприятного психологического микроклимата, сохранение целесообразной активности пожилых людей, предупреждение болезненных реакций. Эти цели достигаются 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. Важность терапии средой становится понятной, если иметь в виду обстановку дома-интерната, характеризующуюся ограничением социальных связей пожилых людей и контактов с внешним миром.

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.

Для решения поставленных задач необходимо проведение экспериментально-психологического обследования пожилых людей с целью изучения особенностей ценностно-мотивационной сферы, самосознания, эмоционального реагирования на ситуацию, использование включенного наблюдения за поведением и общением пожилых людей. Необходима помощь и поддержка проявлениям социальной активности в различных

видах деятельности пожилых людей в доме-интернате.

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.

Дискуссионные группы, как правило, не требуют специального подбора слушателей. Целью ее является осознание текущей ситуации. Дискутирование вопросов «Что помогает нам жить?», «Что мешает...?».

Группы общения требуют предварительного отбора, желательно формирование их из лиц, не находящихся в межличностных конфликтах. Цель группы – сознательное к чувствам своим и другого, осознание самого себя, развитие межличностного доверия.

Группа тренинга умений требует подбора лиц пожилого возраста с относительно сохранными сенсорными функциями. Возможны различные основы тренинга. Например, тренинг умения вести разговор. Цель – снижение тревожности, связанной с межличностным общением, возможность практики в коммуникативном умении. Возможна также организация групп репетиции поведения, групповое рисование, рисование с партнером и т.п.

Релаксационная группа не требует специального подбора лиц пожилого возраста. Цель – снятие напряжения. Классический вариант аутогенной тренировки 1 уровня. При проведении ее со старыми людьми необходимо учитывать нарушения кожной чувствительности, в результате чего начальный этап, связанный с чувствованием своего тела становится более длительным, требующим специальных упражнений для формирования адекватных ощущений.

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, про-

живающего в доме-интернате.

Она 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.

Социально-психологическая адаптация пожилых людей как неотъемлемая часть их социальной реабилитации в домах-интернатах может рассматриваться как сложный процесс, в результате которого деформированная старением, множественной соматической патологией и стрессовой ситуацией личность приспособляется и активно функционирует в новых условиях существования. Длительность и результативность этого процесса определяется соотношением личностных особенностей пожилых людей и своеобразием социального окружения.

При обсуждении проблемы социальной реабилитации лиц старших возрастов, пребывающих в домах-интернатах, необходимо иметь в виду одно обстоятельство – организацию их занятости. При этом важно учитывать, что в жизнедеятельности человека есть два важных фактора, определяющих социальную направленность – это движение и деятельность. Оба они взаимосвязаны непосредственно либо опосредованно и составляют основную сущность человеческого существования. Это особенно проявляется в пожилом возрасте, когда в связи с соматическими недугами, психологической перестройкой реализация движения и деятельности ограничивается.

Цель организации занятости пожилых людей – восстановить, оживить, стимулировать затухающую деятельность и движение, что будет способствовать насыщению жизни осмысленным содержанием и продлению самой жизни.

Гиподинамия, малоподвижный образ жизни, сознательный уход от деятельности, связанной с подвижностью, интеллектуальной и эмоциональной нагрузкой, отрицательно сказывается как на соматическом, так и на психологическом статусе пожило-

го человека.

Теперь уже 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.

Трудовая деятельность пожилых людей является показателем активного образа жизни. Несмотря на ограниченные возможности, обусловленные состоянием здоровья либо возрастными недугами, сложившийся в течение жизни трудовой стереотип сохраняется на долгое время. Нередко пожилые люди и инвалиды, вынужденно находившиеся в особых депривационных условиях, испытывают потребность выполнять какой-либо труд. Целесообразность участия пожилых людей в трудовой деятельности основана на ряде научных положений:

- трудовая деятельность оказывает положительное воздействие на психологическое состояние пожилого человека (осознание своей общественной значимости, самооценка своих физических возможностей, общение в процессе коллективного труда и др.);

- трудовая деятельность, связанная с движением, оказывает положительный эффект на сердечно-сосудистую деятельность, дыхательную систему, функции опорно-двигательного аппарата и другие физиологические процессы;

- трудовая деятельность является претворением активного образа жизни в пожилом возрасте.

Задача организаторов учреждений социальной защиты состоит в том, чтобы этот труд был не только необременительным. Важно, чтобы трудовая деятельность была полезной для здоровья пожилых людей, имела реабилитационный характер воздействия.

Возможности осуществления трудовой деятельности, реализации активного образа жизни пожилых людей в домах-интернатах достаточные: в 80,1 % учреждений созданы лечебно-трудовые мастерские (ЛТМ), в 85,7 % учреждений – подсобные хозяйства.

В ЛТМ преобладающим профилем является швейный, также широко представлены галантерейный и картонажный. В меньшей мере имеются сапожный и столярный профили ЛТМ.

Из числа пожилых людей, способных к самообслуживанию, фактически принимают участие в трудовой деятельности 85,5 %. Они выполняют работы по обслуживанию дома-интерната, работают в ЛТМ, на штатных должностях, заняты в подсобном хозяйстве.

Из мероприятий по организации досуга наиболее часто используются те, которые адресуются к пассивному восприятию: просмотр кинофильмов, присутствие на лекциях, концертах. Хотя эти мероприятия не побуждают пожилых людей к активной деятельности, они оказывают активное эмоциональное воздействие: скрашивают досуг, дают тему для общения, в известной мере объединяют и приобщают к искусству.

В домах-интернатах осуществляются мероприятия по вовлечению пожилых людей в общественно-полезную, активную деятельность: дежурства у входа, у телефона, на жилых этажах, работа в культурно-бытовых комиссиях, участие в художественной самодеятельности.

С целью активизации пожилых людей, более широкого вовлечения их в трудовую и общественно-полезную деятельность проводится санитарно-просветительная работа, пропаганда важности и необходимости сохранения активного образа жизни.

При подходе к решению вопросов занятости граждан по-

жилого 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 5 групп.

Первая группа, в которую входит 8,8 % проживающих в домах-интернатах лиц пожилого возраста, представлена теми, кто сохранил трудовые и профессиональные навыки и потребность осуществлять трудовую деятельность. Для этой категории лиц подбираются виды труда, близкие к их профессиональным интересам и наклонностям. Из них формируются работники на штатные должности, группы помощников библиотекаря, культработника, на них возлагаются ответственные обязанности (бригадиров, контролеров в ЛТМ и т.д.).

При организации трудовой деятельности этой категории пожилых людей целесообразно формирование малых групп, объединенных общностью интересов и взаимных эмоциональных привязанностей. Со временем межличностные отношения приобретают устойчивость, способствуют эмоциональной стабилизации пожилых людей и, следовательно, адаптации в условиях дома-интерната. Нередко эти группы формируются стихийно, без вмешательства персонала и, будучи основанными на эмоциональных привязанностях, функционируют длительное время.

Вторая группа (23,5 %) образуется из пожилых людей, для которых трудовая деятельность психологически менее значима и в связи с этим вовлечение их в систематический труд представляется затруднительным. Наряду с санитарно-просветительной работой по разъяснению полезности трудовой деятельности практикуются эпизодические поручения (уборка помещений, помощь медицинскому персоналу, дежурства и т.д.).

Преобладающей формой социальной активности лиц этой группы является общение и проведение досуга. Межличностные отношения их складываются чаще стихийно и основываются на таких факторах, как совместное проживание, оказание друг другу бытовых услуг и т.д. Из этой категории лиц рекомендуется выбирать помощников по осуществлению общественно-полезной деятельности, поддержанию связей между пожилыми людьми.

Третью группу (12,4 %) составляют лица, активность которых ограничена осуществлением самообслуживания. Их деятельность основана на осознанном уходе от общественно-полезного труда: сосредоточена на собственном благополучии, направлена на поддержание и сохранение своего здоровья. Общение как один из видов деятельности пожилых людей для данной группы лиц ограничено кругом соседей по комнате и необходимостью контактов с персоналом, досуг сужен до использования чтения, просмотра телевизионных передач.

В целях активизации образа жизни лиц, относящихся к третьей группе, рекомендуется проведение лечебно-активирующих мероприятий (дозированные прогулки, лечебная гимнастика, спортивные занятия в зале и на открытых площадках и т.д.). Им поручается уход за цветами на этажах, рукоделие, изготовление легких деталей в ЛТМ.

Четвертая группа (30,6 %) представлена лицами, для которых характерно отсутствие какой-либо целенаправленной деятельности. Эпизодически осуществляемая деятельность по самообслуживанию основана на удовлетворении их витальных потребностей. Круг общения сужен, интерес к окружающему ослаблен.

В отношении этой группы лиц отпадает необходимость в организации активирующих мероприятий. Здесь больше выступает необходимость организации медицинского ухода, поддержания элементарных навыков самообслуживания (одевания, умывание, причесывания и др.).

Пятая группа (24,7 %) состоит из лиц, ослабленных физически, пребывающих на постельном режиме и нуждающихся в постороннем уходе. Они безучастны к окружающему, неразборчивы в удовлетворении витальных потребностей.

Все мероприятия по отношению к этой группе лиц сводятся к организации медицинского ухода для поддержания жизнедеятельности.

С учетом дифференциации контингента лишь в первых трех группах возможно активное реабилитационное воздействие с использованием индивидуальных программ, в которой наиболее оптимальным является выбор терапии занятостью и воздействия средой.

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.

Социальная реабилитация пожилых людей в домах-интернатах в известной мере связана с вопросами оснащения этих учреждений техническими средствами реабилитации и соответствующим оборудованием.

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.

Ситуация в стационарных учреждениях социального обслуживания сложилась к настоящему времени следующим образом: все учреждения обеспечены мягкой мебелью (диваны, кресла современного стиля), что располагает к покою, отдыху, а следовательно, к малоподвижному образу жизни, что с психофизиологических позиций не может быть признано полезным в преклонном возрасте. Подобного рода образ жизни способствует угасанию психической деятельности, ослаблению физического здоровья.

С целью создания физически действенной среды, способствующей социально-реабилитационным целям в отношении пожилых и старых людей, необходимо более полное оснащение реабилитационным оборудованием кабинетов лечебной физкультуры, комнат трудовой занятости, создание помещений для активного досуга.

Вопросы для самоконтроля

3. Чем объясняется своеобразие социальной реабилитации лиц старших возрастов?
4. Каковы особенности граждан старших возрастов, находящихся в домах-интернатах?
5. Какое место в социальной реабилитации занимает социально-психологическая адаптация лиц старших возрастов?
6. Каковы этапы социально-психологической адаптации пожилых людей в домах-интернатах?
7. Каковы задачи социального работника в организации работы с пожилыми людьми в домах-интернатах?
8. В чем особенности организации занятости пожилых людей в домах-интернатах?
9. Какое место занимают технические средства в социальной реабилитации людей старших возрастов в домах-интернатах?

Рекомендуемая литература

1. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан. М., 1991, 135 с., ЦИЭТИН.
2. Дементьева Н.Ф. Методологические аспекты социально-психологической адаптации лиц пожилого возраста в стационарных учреждениях социального обслуживания //Психология зрелости и старени. 1998, лето, с. 21-27.
3. Дементьева Н.Ф. Организационно-методические подходы к оснащению техническими средствами и оборудованием учреждений социального обслуживания пожилых людей в целях реабилитации //Галант, знание, опыт старшего поколения – на пользу Родине. Материалы Международной научно-практической конференции, декабрь 1999. М., 2000, с. 144-151.
4. Дементьева Н.Ф., Поднебесная Е.Б., Шпирт Е.Я. Трудовая терапия лиц пожилого возраста //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2001, № 4.
5. Катюхин В.Н., Дементьева Н.Ф. Дома-интернаты. СПб, 1996, 177 с. С.-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов. Спец. Олимпийский комитет С.-Петербурга.
6. Рекомендации по обеспечению учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов техническими средствами и оборудованием. Утверждены постановлением Минтруда России от 12 февраля 2001 г., № 18.
7. Социально-психологическая адаптация лиц старших возрастов в начальный период пребывания в домах-интернатах. Методические рекомендации (составители: Дементьева Н.Ф., Шаталова Е.Ю.). М., 1992, 18, ЦИЭТИН.
8. Холостова Е.И. Пожилой человек в обществе. Ч. 1, 2, М., 1999, Социально-технологический институт.
9. Холостова Е.И. Оккупациональная терапия как новое направление реабилитологии //Развитие социальной реабилитации в России. М., 2000, с. 12-20.

§ 3. Реабилитационная индустрия

В последние годы в России успешно развивается реабилитационная индустрия для различных категорий инвалидов. Так, специальные технические средства реабилитации для инвалидов с нарушениями функции зрения (тифлотехнические средства) имеют решающее значение для реабилитации незрячих. Потребителями тифлотехнических средств являются несколько миллионов человек полностью или частично лишенных зрения: инвалидов I, II, III групп, а также большое число лиц пожилого возраста с пониженным зрением. Кроме того, тифлотехнические средства используются в библиотеках и школах для слепых, реабилитационных центрах, учреждениях и предприятиях Всероссийского общества слепых и других организациях, где учатся или работают инвалиды по зрению.

Приоритет среди тифлотехнических средств принадлежит техническим средствам информационного обеспечения незрячих. Это объясняется тем, что широкий доступ слепых к информации непосредственно отражается на их образовании, профессиональном обучении, трудоустройстве и приобщении к культуре. Однако, в этой области сейчас сложилось очень тяжелое положение. В настоящее время в России имеются всего одна студия звукозаписи, специализирующаяся на выпуске "говорящей книги и одна крупная брайлеровская типография, которая ориентирована на массовый выпуск ограниченного числа названий литературы для слепых, издаваемой рельефно-точечным шрифтом Брайля. Ни один массовый журнал или газета не выпускаются в виде, доступном для инвалидов по зрению. Совершенно отсутствует литература, напечатанная крупным шрифтом. Многие национальности России вообще не имеют своей литературы для слепых, даже школьных учебников. Иллюстрацией катастрофического положения в этой области может служить тот факт, что в год в России напечатается примерно 10 названий брайлеровских книг, в то время как в США - 500.

Отечественная промышленность не выпускает и не разрабатывает оборудование для многотиражной и оперативной брайлеровской полиграфии: наборные и печатные машины, бра-

илеровские принтеры, переплетное оборудование. Серьезная ситуация сложилась со специальной бумагой высокой плотности для печати рельефно-точечных брайлеровских книг. В целом, столь необходимые для обучения и работы средства для письма по Брайлю находятся в крайне удручающем состоянии. Приборы-трафареты и грифели для брайлеровского письма выпускаются только Всероссийским обществом слепых. Однако, из-за тяжелого экономического положения предприятий ВОС выпуск этих приборов может быть прекращен в ближайшее время, тем более, что они убыточны в производстве, а их качество оставляет желать лучшего. Еще более обостряет ситуацию полное отсутствие рельефно-точечных пишущих машин, которые широко используются в школах, а также незрячими работниками интеллектуального труда.

Одним из важнейших разделов информационного обеспечения инвалидов по зрению являются средства доступа к персональным компьютерам: брайлеровские, речевые и крупношрифтовые дисплеи, а также портативные устройства для записи и обработки текста. Указанные приборы в современных условиях открывают новые возможности для обучения и качественного трудоустройства слепых. С их помощью инвалиды по зрению могут не менее эффективно, чем зрячие, работать в таких областях как программирование, обработка текста, справочно-информационные службы. Эти системы отечественной промышленностью не выпускаются.

Основным средством информационного обеспечения слепых в настоящее время является система "говорящая книга" - запись текста книг, начитываемого профессиональными дикторами, кассеты с прослушиванием специальных воспроизводящих аппаратов. По количеству названий производство "говорящих книг" ни в коей мере не удовлетворяет потребностям незрячих. Практически не выпускаются звуковые материалы по индивидуальным заказам незрячих, недостаточно издается "говорящих книг" для специалистов. Причиной является то, что в нашей стране не выпускается оборудование для малотиражной записи и тиражирования кассет.

Проблема ориентировки слепых в нашей стране и за рубежом главным образом базируется на использовании специаль-

ных тростей с соответствующим обучением незрячих в реабилитационных центрах. В то же время, электронные средства ориентировки типа инфракрасных и ультразвуковых локаторов практически не нашли применения ввиду их чрезвычайно низкой эффективности и большой стоимости. Указанную область нельзя отнести к приоритетной, т.к. в России выпускается достаточно широкая номенклатура тростей для слепых и действуют три реабилитационных центра, где проводится квалифицированное обучение слепых ориентировке и мобильности.

В России насчитывается несколько миллионов человек, пониженное зрение некоторых невозможно скорректировать при помощи обычных очков. Указанные лица относятся к категории слабовидящих и составляют подавляющее большинство всех инвалидов с нарушениями функции зрения. По зарубежным данным распространенность слабовидения прогрессирует в современном обществе в связи с общим старением населения и к 2005 году примет характер эпидемии. Реабилитация лиц с пониженным зрением осуществляется при помощи специальных оптических и электронных средств коррекции слабовидения: микроскопных и телескопических очков, луп, монокуляров, телевизионных увеличивающих устройств.

Однако, указанные пациенты практически лишены квалифицированной медицинской помощи по коррекции сниженного зрения по двум основным причинам. Во-первых, в стране отсутствует медицинская служба реабилитации слабовидящих. Во-вторых, отечественная промышленность серийно не выпускает ни одного средства коррекции пониженного зрения. В развитых странах для реабилитации слабовидящих создана целая сеть специализированных клиник, а номенклатура выпускаемых средств коррекции зрения достигает нескольких сотен. По этим причинам миллионы инвалидов в нашей стране лишены возможности самостоятельно писать и читать, испытывают трудности в ориентировке, отстранены от активной трудовой деятельности и учебы.

За последние годы наметилась тенденция к росту числа (больных с тугоухостью, единственным способом реабилитации которых является слухопротезирование. Число таких больных в Российской Федерации превышает 12 млн. чел., из них более 3

млн. чел. нуждаются в протезировании. Особенно настораживает увеличение заболеваемости детей и подростков, среди которых число больных с тугоухостью превышает 600 тыс. человек.¹

Эффективность реабилитации больных с нарушениями слуха зависит от сроков выявления тугоухости и адекватности электроакустической коррекции с помощью слуховых аппаратов. Это, в свою очередь, определяет первостепенную значимость разработки и широкого внедрения системы раннего выявления нарушений слуха (начиная с первых дней жизни) и их реабилитации. Несвоевременное выявление нарушений слуха ведет к развитию глухоноты и, как следствие, к инвалидизации. Прежде всего это обусловлено отсутствием современной диагностической аппаратуры отечественного производства для исследования слуха.

В стране сложилась чрезвычайно сложная ситуация с обеспечением больных слуховыми аппаратами, которые ни по ассортименту, ни по техническим характеристикам, ни по качеству, а в последнее время, и по количеству не соответствуют современным требованиям.

В настоящее время нет механизма, который позволил бы людям с недостатками слуха получать на льготной основе необходимые средства сурдотехники. Нет государственной структуры, в обязанности которой входили бы данные функции. В настоящее время эти функции размыты. Подбор и бесплатное выделение отечественных слуховых аппаратов инвалидам по слуху находятся в ведении Минздравмедпрома России. Остальные технические средства (телефоны с усилителем, световой сигнализатор, телефон с "бегущей строкой", декодер "скрытых субтитров") глухие вынуждены приобретать за собственный счет, а из-за постоянно растущих цен сделать это они во многих случаях не в состоянии. Никаких законодательных и нормативных документов по данному вопросу не разработано.

Для решения проблемы обеспечения инвалидов по слуху сурдотехническими средствами, Общество глухих вынуждено прибегать к услугам малых предприятий, которые за счет соб-

¹ См.: Государственный доклад «О положении инвалидов в Российской Федерации / Под ред. А.И. Осадчих. М., 1996.

ственных средств или в порядке благотворительной помощи пытались наладить выпуск отдельных приборов бытового назначения. Как правило, такое производство в конечном итоге оказывалось нерентабельным, несмотря на налоговые льготы. Все производители сурдотехники сталкиваются с проблемой экономической целесообразности производства и часто при отсутствии государственной поддержки они вынуждены от него отказываться.

Обеспечение инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата реабилитационной техникой в первую очередь предполагает предоставление им необходимых транспортных средств: специально приспособленных автомобилей и различных кресел-колясок.

В последние годы обеспечение транспортными средствами производилось за счет выпуска на двух заводах: Серпуховском автомобильном заводе (мотоколяски и автомобили "Ока") и Ставропском заводе автотракторного оборудования (кресла-коляски двух типов: с ручным и рычажным приводом). На Ставропском заводе коляски изготавливаются по лицензии германской фирмы "Майра" в нескольких модификациях.

Что касается производства другой реабилитационной техники, а именно средств механизации и самообслуживания инвалидов, тренажерной техники, то здесь произошли заметные подвижки. Разработаны и внедряются в производство десятки различных изделий, но тем не менее это практически не оказывает существенного влияния на обеспеченность этими средствами. Из-за высоких цен они недоступны инвалидам, даже при наличии финансовых средств крайне сложно получить информацию о выпускаемой продукции. Имеющиеся позитивные тенденции, которые начинают проявляться в сфере производства, инвалиды смогут ощутить лишь при коренном изменении системы обеспечения инвалидов техническими средствами, которая должна учитывать реальные потребности инвалидов, а также определить порядок их реализации инвалидам. Аналогичная ситуация сложилась и с оснащением техникой домов-интернатов и реабилитационных центров.

Общее число инвалидов, нуждающихся в протезировании, составляет в России около 700 тыс. человек. Кроме того, более

650 тыс. человек нуждаются ежегодно в изготовлении обувных ортопедических изделий. Число протезно-ортопедических предприятий (ПрОП) в России составляет всего 66, в то время как только в Германии их насчитывается более 1550. Одна треть зданий этих предприятий имеет более 50% износа, фондовооруженность - на порядок меньше, чем средняя по промышленности. В таком же состоянии находятся две специализированные фабрики ортопедической обуви (в Москве и Санкт-Петербурге), лечебно-производственная фирма "Здоровье" и обувные участки ПрОП.

Начиная с 1989г. после подключения НПО "Энергия" к решению этой задачи был проделан большой объем научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ, который позволил в короткий срок создать комплекс современных средств протезирования отечественной разработки, не уступающих по своим характеристикам зарубежным образцам. Однако успешному внедрению этих разработок препятствует неподготовленность протезно-ортопедической отрасли к внедрению современных технологий протезирования, что объясняется слабым технологическим оснащением предприятий отрасли, низким уровнем подготовки специалистов-протезистов, отсутствием необходимого количества протезно-ортопедических предприятий. Кроме этого, внедрение современных протезно-ортопедических изделий тормозится отсутствием современного специального технологического оборудования.

Как показал опыт уже выполненных работ, коренное улучшение положения в отрасли может быть обеспечено только за счет комплексного подхода. Качество протезирования зависит не только от наличия высокофункциональных протезно-ортопедических изделий, но и в такой же степени от медико-биологического обеспечения вопросов протезирования, наличия современных технологий протезирования и необходимого для этого специального оборудования, материалов, наличия средств реабилитации для протезируемых инвалидов и уровня подготовки мастеров-протезистов. Для создания современной протезно-ортопедической отрасли необходимо также создать систему контроля качества продукции, скорректировать действующую систему реализации продукции ПрОП с учетом новых экономических реалий и повышения качества выпускаемой продукции.

Исключительно важным вопросом является также необходимость расширения сети действующих ПрОП и создания новых предприятий, ателье, мастерских-ателье, передвижных пунктов протезирования.

Еще одной важнейшей проблемой является необходимость резкого увеличения выпуска протезов. Как свидетельствует медицинская практика, в последнее время имеется выраженная тенденция к возрастанию заболевания, сопряженных с нарушениями опорно-двигательного аппарата у детей. Так, заметно увеличилось количество детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП). Только выявленных и поставленных на учет детей около 100 тыс. человек. Около 70% инвалидов с последствиями травм и заболеваний (сколиоз, остеохондроз, ДЦП, полиомиелит, артроз, травмы позвоночника, ложные суставы и др.) нуждаются в протезах. В то же время количество изготавливаемых на ПрОП протезов составляет менее 80 тыс. в год. Это в 10-20 раз меньше, чем на такое количество больных в развитых странах. Например, в США количество протезов превосходит количество протезов более, чем в 6 раз, тогда как в России такое соотношение - 1:2.

Качество выпускаемых на ПрОП протезов низкое. Они тяжелы, ненадежны, недостаточно учитывают особенности инвалидов. Сроки изготовления длительны, иногда до 2 месяцев. Часто пока изготавливается детский протез, ребенок успевает вырасти. Для целого ряда нарушений опорно-двигательного аппарата протезов в номенклатуре нет.

Поэтому вопросы реабилитационной индустрии требуют от государства значительно больше внимания.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие технические средства используются для реабилитации инвалидов с нарушением функций зрения?
2. Назовите средства реабилитации для лиц имеющих нарушение функций слуха?
3. Какая реабилитационная техника используется для инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата?

Рекомендуемая литература

1. Государственный доклад «О положении инвалидов в Российской Федерации» / Под ред. Осадчих А.И. М., 1996.
2. Реут М.Н. Особенности социализации незлышащей молодежи. М., 2000.
3. Латышева Т.Х. Труд инвалида. М., 1997.
4. Андреева О.С. Принципы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалидов. Сб. Информационно-методологических материалов. М.: ЦИЭТИН, 1999.
5. Новикова К.Н. Социальная реабилитация инвалидов: состояние, проблемы, перспективы. Казань, 1996.

РАЗДЕЛ IV. ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ИНВАЛИДОВ

§ 1. 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.

Способность к самообслуживанию – способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены.

Способность к самообслуживанию включает:

- удовлетворение основных физиологических потребностей,

управление физиологическими отправлениями;

- соблюдение личной гигиены: мытье лица и всего тела, мытье волос, причесывание, чистка зубов, подстригание ногтей, гигиена после физиологических отпавлений;
- одевание и раздевание верхней одежды, нижнего белья, головных уборов, перчаток, обуви, пользование застежками (пуговицы, крючки, молнии);
- приготовление пищи: чистка, мытье, резание продуктов, их тепловая обработка, пользование кухонным инвентарем;
- принятие пищи: возможность подносить пищу ко рту, жевать, глотать, пользоваться столовыми приборами и посудой;
- выполнение повседневных бытовых потребностей: покупка продуктов питания, предметов одежды и обихода;
- пользование постельным бельем и другими постельными принадлежностями, заправка постели;
- стирка, чистка, ремонт белья, одежды и других предметов обихода;
- пользование бытовыми приспособлениями и приборами (замки, запоры, выключатели, краны, рычажные приспособления, утюг, телефон, бытовые электрогазовые приборы, спички и др.);
- уборка помещения (подметание и мытье пола, окон, вытирание пыли и др.).

Параметрами при оценке ограничений способности к самообслуживанию могут являться:

- оценка нуждаемости во вспомогательных средствах, возможности коррекции способности к самообслуживанию с помощью вспомогательных средств и адаптации жилища;
- оценка нуждаемости в посторонней помощи при удовлетворении физиологических и бытовых потребностей;
- оценка временных интервалов, через которые возникают подобная нуждаемость (1-2 раза в неделю), длительные интервалы (1 раз в сутки), короткие (несколько раз в сутки), постоянная нуждаемость.

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

сти.

Способность к самостоятельному передвижению включает:

- самостоятельное перемещение в пространстве: ходьба по ровной местности в среднем темпе (4-5 км в час на расстояние, соответствующее средним физиологическим возможностям);
- преодоление препятствий: подъем и спуск по лестнице, ходьба по наклонной плоскости (с углом наклона не более 30 градусов);
- сохранение равновесия тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, возможность стоять, сидеть, вставать, садиться, ложиться, сохранять принятую позу и изменять положение тела (повороты, наклоны туловища вперед, в стороны);
- выполнение сложных видов передвижения и перемещения: опускание на колени и подъем, перемещение на коленях, ползание, увеличение темпа передвижения (бег);
- пользование общественным и личным транспортом (вход, выход, перемещение транспортного средства).

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 сек);
- скорость передвижения (в норме 4-5 км в час);
- 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. Вместе с тем, известно, что инвалид с поражением нижних конечностей вследствие травмы позвоночника имеет ограничения жизнедеятельности не только в сфере способности к передвижению. У него имеются в

связи с этим и ограничение способности к самообслуживанию.

Если ограничить рассмотрение способности инвалида к передвижению в пределах квартиры, ограниченной жилой среды, то здесь можно говорить о способности инвалида к перемещению в небольшом жизненном пространстве.

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.

На этапе первичного освидетельствования инвалида в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) специалист по социальной работе по согласованию с клиницистом-экспертом выявляет тип дефекта и связанные с ним ограничения жизнедеятельности. Вслед за этим он изучает вопрос о нуждаемости инвалида в приспособлениях и вспомогательных устройствах для осуществления относительно независимого существования в быту. На следующем этапе выявляется ситуация о наличии условий в жилище инвалида для относительной бытовой независимости.

В ходе осуществления технологии социально-бытовой реабилитации полученная специалистом по социальной работе так называемая социальная информация включается в индивидуальную программу реабилитации инвалида.

Сам процесс социально-бытовой реабилитации инвалидов должен предусматривать ряд последовательных смысловых технологических составляющих.

Осуществление социально-бытовой реабилитации должно начинаться с социально-бытовой ориентации, в ходе которой специалист по социальной работе ориентирует инвалида в его возможностях к проживанию в каких-либо конкретных условиях, раскрывает перспективу его способностей к осуществлению жизнедеятельности показывает необходимость приложения определенных усилий.

Осуществление социально-бытовой реабилитации инвалида с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата предусматривает обучение его приемам восстановления утраченных (искаженных) навыков по социально-бытовому самооб-

служиванию.

Специалисту, обучающему инвалида социально-бытовым навыкам, необходимо знать назначение приспособления и механизм его действия, уметь его использовать. При этом обучающий должен знать особенности анатомического дефекта, лежащего в основе инвалидности, физиологические функции отдельных групп мышц. Специалист, обучающий инвалида, должен пользоваться медицинскими рекомендациями, учитывающими целенаправленность воздействия приспособления на пораженный сустав (конечность, орган).

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 как проживание его в квартире со специально созданными бытовыми условиями, которые отвечают всем потребностям инвалида.

При организации социально-бытовой реабилитации инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата необходимо исходить из следующих принципиальных положений.

1. Предусмотреть возможность использования инвалидом обычного хозяйственно-бытового оборудования и кухонной утвари путем обучения (переобучения).
2. Оснастить имеющееся оборудование, утварь элементарными специальными приспособлениями (насадками, рычагами и т.д.) для использования его инвалидом.
3. Оборудовать квартиру новыми специальными адаптивными техническими средствами с учетом потребностей инвалида, основательно приспособить жилищные условия к потребностям инвалида с учетом типа дефекта.

Реализация указанных положений будет различаться в зависимости от локализации анатомического дефекта (повреждение верхних либо нижних конечностей). Вместе с тем, вне зависимости от локализации повреждений необходимо предусмотреть

реть последовательность технологии социально-бытовой реабилитации инвалидов.

При осуществлении первого положения необходима ориентация не только инвалида, но и членов его семьи на возможность приспособления поврежденных кистей рук к пользованию бытовым хозяйственно-бытовым оборудованием и кухонной утварью. Специалист по социальной работе должен не только ориентировать, но и обучить инвалида непосредственно и опосредованно через вовлечение членов семьи навыкам пользования холодильником, газовой (электрической) плитой, умению открывать дверной замок, фрамуги, оконные рамы и т.д.

Необходимо отметить, что это положение применимо к инвалидам с повреждениями верхних конечностей лишь на первом этапе, при подходе к развертыванию полной социально-бытовой реабилитации. Реализация этого положения дает возможность выявить возможности инвалида к социально-бытовой адаптации.

В связи с тем, что это положение реализуется под контролем специалиста по социальной работе, вырисовывается необходимость осуществления второго положения, т.е. оснащения имеющегося стандартного (обыденного, типового) хозяйственно-бытового оборудования специальными приспособлениями.

Приспособления такого рода устанавливаются в ванной комнате в виде фиксированных к стене электробритв, удлиненных ручек к расческам и зубным щеткам, в виде установок автоматической подачи зубной пасты и жидкого мыла, в виде рычажных кранов для воды в раковине для умывания и в мойке для посуды на кухне.

Приспособления должны облегчать инвалидам с повреждениями верхних конечностей также самообслуживание при принятии ванны. Они должны обеспечить инвалиду удобство и безопасность. В ванной необходима установка навесного сидения, противоскользящей опоры для фиксации ног, держателей для мочалки, поручней для подъема и перемещения в ванне. Целесообразно использование инвалидом ножниц для ногтей с пластмассовой пружиной, облегчающей раскрытие.

Необходимы также приспособления для инвалидов с поражением верхних конечностей и в туалете. Они предусматри-

вают различные опоры (настенные, откидные, вертикальные, горизонтальные) к унитазу, устройства для опускания-подъема с унитаза.

Для осуществления самостоятельного приготовления пищи необходимы приспособления для мойки и чистки овощей и рыбы, для резания продуктов, для мытья посуды, для открывания банок и бутылок, для захвата крышек кастрюль, приспособления для выключения электроплиты и др.

Специалист по социальной работе должен определять необходимость снабжения инвалида с поражением верхних конечностей специальными приспособлениями для раздвигания занавесок, для поднятия предметов с пола, для открывания форточек, установки специальных дверных ручек для инвалида без кистей рук. Для инвалидов с поражениями верхних конечностей необходимы также приспособления для надевания обуви, одежды, застегивания пуговиц и молний и т.д.

Еще большие проблемы в самообслуживании возникают у инвалидов, «прикованных» к постели. В этих случаях ограничение самообслуживания связано не с дефектами верхних конечностей, а с невозможностью передвигаться. Вся жизнедеятельность осуществляется в пределах ограниченного пространства. В связи с этим необходимо оборудование такого пространства специальными приспособлениями для приема пищи, чтения, письма, любительских занятий. Этой цели может служить надкроватный столик, который оснащается насадками-держателями книг, ручек, кистей, инструментов ручного труда и т.д. Столик должен иметь устройство для изменения угла наклона и регулирования высоты. На стене, где стоит кровать, необходим горизонтальный поручень, позволяющий инвалиду самостоятельно сесть в постели.

Для инвалидов с поражением нижних конечностей, ограничения жизнедеятельности которых преимущественно в сфере передвижения, основное значение приобретает специальное оборудование квартиры. Это оборудование должно служить не только передвижению как физиологическому акту, но и обеспечивать возможность выполнять другие функции, связанные с иными видами жизнедеятельности. Иначе говоря, оборудование квартиры должно обеспечить доступ инвалиду во все помеще-

ния и ко всем «объектам» в квартире и позволить ему осуществлять жизнедеятельность в полном объеме.

Инвалид с повреждениями нижних конечностей нуждается, прежде всего, в индивидуальных вспомогательных средствах передвижения (трость, костыли, ходунки, кресло-коляска).

В связи с этим, при оборудовании квартиры стационарными устройствами необходимо предусмотреть и то обстоятельство, чтобы они не создавали препятствие для пользования индивидуальными средствами передвижения.

Оборудование квартиры, в которой проживает инвалид с повреждениями нижних конечностей и вынужден пользоваться кресло-коляской, должно начинаться с прихожей. Необходимо предусмотреть низкое расположение вешалки для одежды и полки для головных уборов. Входная дверь должна иметь ручки, расположенные на доступной для инвалида в кресло-коляске высоте. Площадь прихожей должна быть достаточной для маневрирования кресло-коляски.

В квартире между помещениями и при выходе на балкон не должно быть порогов. Дверные проемы должны давать возможность проезда кресло-коляски. Вдоль свободных от мебели стен необходима установка горизонтальных поручней.

Туалеты должны иметь достаточную площадь для разворота кресло-коляски. Унитаз необходимо оборудовать настенным, горизонтальным поручнем либо опорной рамой. В ванной комнате следует предусмотреть возможность разворота кресло-коляски, установить поручни для перемещения в ванну. В кухне для удобства при приготовлении пищи поставить специальный стол с выемкой для инвалида на кресло-коляске.

Существует еще одна проблема для инвалида, пользующегося кресло-коляской – это проблема перемещения из кресло-коляски на кровать. Необходимо предусмотреть и это, т.е. оборудовать кровать специальным подъемником, обеспечивающим инвалиду возможность самостоятельного управления им с целью перемещения.

Рекомендуемое оснащение, оборудование, предлагаемые технические средства являются общими, они не решают всех проблем удовлетворения потребностей инвалидов с повреждениями опорно-двигательного аппарата. В каждом конкретном

случае могут быть иные потребности в зависимости от особенностей дефекта. Кроме того, вопросы оборудования квартиры, всех ее помещений не решают проблему социально-бытовой реабилитации инвалидов. Вслед за осуществлением оборудования квартиры встает задача обучения инвалида пользованию вспомогательными устройствами и приспособлениями.

Само оборудование квартиры должно отвечать не только требованиям быта в узком смысле этого слова. Инвалид, находящийся постоянно в пределах собственной квартиры, может продолжить образование, заниматься трудовой деятельностью, иметь любительское занятие. В связи с этим и оборудование квартиры должно отвечать конкретным целям, т.е. выходить за узкие рамки собственно социально-бытовой реабилитации.

С целью практической реализации положений о социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата в ближайшем социуме (жилой среде) необходимо создание модели жилого помещения, которая содержала бы все жизненно важные блоки для овладения инвалидом предложенных вспомогательных устройств и реабилитационных технических средств с последующим относительно независимым образом жизни.

Модель жилого помещения для социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата

Модель 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.

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата приводят к нарушениям жизнедеятельности в виде ограничения способности к самообслуживанию и передвижению. Эти функции отражают доминирующие факторы активного образа жизни

– движение и деятельность, движение как физиологический акт и деятельность как осознанное действие.

В перечень функций по самообслуживанию как виду деятельности включаются: выполнение санитарно-гигиенических навыков, осуществление приготовления и приема пищи, хозяйственно-бытовой труд (мытьё посуды, уборка квартиры), самостоятельное одевание-раздевание.

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 соответствии с видами жизнедеятельности инвалида, модель жилого помещения представлена несколькими блоками: санитарно-гигиеническим, кухонно-бытовым, спальню-

гостиничным.

1. Санитарно-гигиенический блок включает два помещения: ванная комната и туалет. Каждое из этих помещений модифицировано.

Модификация заключается в том, что ванная комната оборудуется горизонтальным поручнем на стороне, противоположной установленной ванны, пристенным откидным сидением, противоскользящим напольным ковриком, горизонтальным поручнем на стороне ванны, облегчающем самостоятельный подъем после мытья.

Ванна оборудуется специальными вертикальными поручнями (лесенкой), либо подставкой для самостоятельного помещения (погружения) в ванну. Ванна оснащается специальным сидением, обеспечивающим неполное погружение при мытье, специальным надонным противоскользящим ковриком, опорой для фиксации ног. Ванна оборудуется гибким душевым шлангом, имеющим разновысокие штативы и позволяющим инвалиду самостоятельно использовать эти возможности при мытье, принятии душа. Ванна оборудуется вертикальным поручнем для принятия душа, оснащается стулом для душа.

Умывальник регулируется по высоте для пользования инвалиду на кресло-коляске. Оборудуется умывальник специальным рычажным управлением кранами, имеет электрополотенце, устройство для автоматической подачи зубной пасты, жидкого мыла, зубную щетку, расческу – с удлиненной ручкой.

Ванная комната оснащается специальными держателями мочалки, расчески, зубной щетки, имеет настенную электробритву, действие которой основано на фотоэлементе.

Модификация туалета заключается в специальном его приспособлении к потребностям инвалидов, передвигающихся на кресло-коляске, с костылями, имеющими дефекты верхних конечностей.

Туалет оборудуется настенными горизонтальными поручнями, имеет напольное противоскользящее покрытие (коврик). Унитаз ограждается вертикальными и горизонтальными поручнями, облегчающими подъем и обеспечивающими безопасность инвалида при пользовании унитазом, имеет стенную опору. Унитаз оборудуется удобным, доступным инвалиду рычажным

спуском воды (сливом), имеет регулируемое по высоте сидение, держатель туалетной бумаги.

2. Кухонно-бытовой блок включает в себя два помещения: кухню и столовую. Модификация кухни как помещения для приготовления пищи заключается в том, что она оборудуется стационарными устройствами, приспособленными для самообслуживания инвалида с физическими дефектами верхних конечностей.

К стационарному оборудованию кухонно-бытового блока относятся:

- плита;
- столы: кухонный, обеденный;
- мойка;
- шкафы: напольный, навесной.

Плита – электрическая (как наиболее безопасная) оборудуется рычажными, легко управляемыми вентилями.

Кухонный стол имеет регулируемую высоту, что позволяет использовать его инвалидам в кресло-коляске либо в специальном рабочем кресле (стуле). Кухонный стол оборудуется специальными приспособлениями для резания твердых продуктов, для дозирования жидких и сыпучих продуктов, различными кухонными ножами, вилками, разливательными ложками для правой и левой руки.

Предусматриваются также приспособления для открывания банок, бутылок, набор держателей для кастрюли, чайника, сковородки.

Шкафы (напольный, навесной) оборудуются удобными широко захватными ручками – рычагами с неглубокими полками и вместе с тем имеющими большую площадь для свободного размещения кухонной утвари.

Мойка (с регулируемой высотой) оборудуется удобными рычажными кранами. Оснащается щетками (на присосках) для мытья посуды, приспособлениями для чистки овощей.

Стол обеденный, модифицированный для инвалидов на кресло-коляске, оснащается специальной посудой: тарелки глубокие с утяжеленным дном, кружки с двумя ручками, изогнутыми ручками, вилки, ножи, ложки (для левой и правой руки) с длинными ручками, подставки для яиц на присосках.

3. Спально-гостиничный блок включает в себя прихожую, гостиную и спальню.

Модификация прихожей предусматривает адаптированную дверную ручку, универсальный держатель для поворота дверного ключа, вешалку для одежды (на высоте, доступной инвалиду в кресло-коляске).

Необходимым оснащением является также комплект для подметания пола, захват для поднятия предметов с пола, доставания их с полки.

Модификация спальни-гостиной предусматривает функциональную кровать с противопролежневым матрасом, которая оснащается модифицированным надкроватным столиком, горизонтальным и вертикальным поручнями для самостоятельного вставания в постели, подъемником для перемещения в кресло-коляску.

В гостиной предусматривается набор приспособлений для открывания-закрывания штор, форточек (фрамуг), держатель телефонной трубки.

Важным фактором в жизнедеятельности инвалида является возможность самостоятельного одевания. В связи с этим, в модели жилого помещения предусмотрены приспособления для одевания чулок, обуви, для застегивания молний, пуговиц.

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.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие причины лежат в основе нарушений функций опорно-двигательного аппарата?
2. Какие Вы знаете двигательные расстройства?
3. Какие виды жизнедеятельности связаны с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата?
4. Назовите ограничения жизнедеятельности в сфере самообслуживания вследствие патологии опорно-двигательного аппарата.
5. Назовите ограничения жизнедеятельности в сфере передвижения, связанные с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.
6. Какова технология социальной реабилитации инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата?
7. Опишите особенности оснащения квартиры для инвалида с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.
8. Дайте структуру модели жилого помещения для социально-бытовой реабилитации инвалида с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.
9. Какие льготы имеют инвалиды с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата?

Рекомендуемая литература

1. Дементьева Н.Ф. Социальная работа и ее место в медико-социальной реабилитации инвалидов военной службы //Вопросы медицинской, профессиональной, социальной реабилитации инвалидов военной службы (сборник информационно-методических материалов). М., 1999, с. 106-114. ЦИЭТИН Минтруда России.
2. Дементьева Н.Ф., Пузин С.Н. Технология социально-бытовой реабилитации инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2000, № 2, с. 3-5.
3. Кальмет Х.Ю. Жилая среда для инвалида. М., 1990, 128 с. Стройиздат.

4. Колосов Ю.В. Инвалид и его среда //Жилая среда для инвалида. М., 1990, Стройиздат, с. 3-5.
5. Критерии оценки ограничений жизнедеятельности в учреждениях МСЭ. Методические рекомендации (составители: Лаврова Д.И., Либман Е.С., Пузин С.Н. и др.) М., 2000, 34 с. ЦИЭТИН.
6. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. М., 1994, РАМН.
7. Методические рекомендации по технологии социально-бытовой адаптации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата на модели жилого помещения (составители: Пузин С.Н., Дементьева Н.Ф., Лаврова Д.И. и др. М., 2000, 28 с. ЦИЭТИН.
8. Федеральный Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». СЗ РФ, 1995, № 48, ст. 4563.

§ 2. Социально-средовая реабилитация инвалидов с нарушениями слуха

Окружающая среда с ее многочисленными объектами, восприятие которых осуществляется с помощью слуха, для лиц, страдающих глухотой, является нередко малодоступной. Требуются определенные реабилитационные мероприятия для того, чтобы данная категория инвалидов имела равные возможности жизнедеятельности со здоровыми.

По статистическим данным, до 3 % населения страдает нарушением слуха в такой степени, при которой затруднено социальное общение. Различают врожденную и приобретенную глухоту. Врожденная может быть наследственной либо вызванной заболеваниями внутриутробного периода, резус-конфликтом, либо приемом матери ототоксических веществ во время беременности.

Социально-средовая реабилитация инвалидов с патологией слуха представляется специальными методами обучения, обеспечением техническими средствами реабилитации, созданием специальных производственных условий, условий труда. Сущность социальной реабилитации инвалидов с нарушениями слуха состоит в приведении окружающей среды в соответствие с потребностями инвалидов, в создании условий для доступа инвалидов к информации, которой располагает здоровое общество.

В соответствии с «Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» патология слуха подразделяется на:

- глубокое двустороннее нарушение развития слуха и глубокая двусторонняя потеря слуха;
- тяжелое двустороннее нарушение слуха, нет восприятия речи;
- средне-тяжелое нарушение слуха, область интенсивности нормальной речи;
- легкое нарушение слуха, распознаются не все элементы обычной речи.

Инвалиды с нарушением функций слуха разделяются на

глухих, слабослышащих и позднооглохших. Две последние группы при наличии технических средств реабилитации (слуховых аппаратов, телефонных приставок для глухих, стереофонических динамических телефонов для глухих и тугоухих и другой звукозаписывающей аппаратуры) имеют представление об окружающем мире.

Термин «глухой» применяется только к инвалидам, чье слуховое нарушение является настолько тяжелым, что они не воспринимают звуки любой громкости.

Из всех видов ограничений жизнедеятельности для этой категории инвалидов наиболее значимым является ограничение способности к общению.

Способность к общению – способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации.

При общении осуществляется взаимосвязь и взаимодействие людей, обмен информацией, опытом, умениями и навыками, результатами деятельности.

Общение осуществляется преимущественно за счет средств коммуникации. Основным средством коммуникации является речь, вспомогательными средствами – чтение и письмо. При выраженных нарушениях слуха страдает именно основное средство коммуникации – речь, ее восприятие. Важна роль и воспроизведения речи. У людей, страдающих глухотой с детства, речь не развивается, следствием чего является более глубокое расстройство – глухонмота. У лиц, имеющих менее тяжелые степени глухоты, при специальном обучении, появляется возможность получения информации посредством чтения и письма.

Способность к общению включает:

- способность к восприятию другого человека (способность отразить его эмоциональные, личностные, интеллектуальные особенности);
- способность к пониманию другого человека (способность постичь смысл и значение его поступков, действий, намерений и мотивов);
- способность к обмену информацией (восприятию, переработке, хранению, воспроизведению и передаче информа-

ции);

- способность к выработке совместной стратегии взаимодействия, включающей разработку, проведение и контроль за выполнением планируемого, с возможной при необходимости корректировкой;

Параметрами оценки ограничений способности к общению у лиц с нарушениями слуха могут быть:

- способность говорить (плавно произносить слова, понимать речь, произносить и производить вербальные (словесные) сообщения, передавать смысл посредством речи);

- способность слушать (воспринимать устную речь, вербальные и иные сообщения);

- способность к символической коммуникации – невербальному общению – понимать знаки и символы, коды, читать карты, диаграммы, принимать и передавать информацию с помощью мимики, жестов, графических, зрительных, звуковых символов, тактильных ощущений).

Инвалиды с нарушениями слуха имеют ограничения в трудовой деятельности, связанной с необходимостью восприятия сигналов, информации, быстрой ориентировке в ситуации и реагирования. В связи с этим для данной категории инвалидов существуют специализированные предприятия, работа в специально созданных условиях.

Инвалиды с выраженной патологией слуха испытывают определенные сложности в обучении. Требуются специальные методы в связи с невозможностью получения а также воспроизведения информации из-за патологии коммуникативных функций. Для этой категории инвалидов существуют специальные школы для глухих и слабослышащих. Чем раньше начато обучение, тем больше вероятности развития речи. Существуют тренажеры для развития слухового, слухо-вибротактильного восприятия, применяется аппаратура для коллективных и индивидуальных занятий (проводная звукоусиливающая аппаратура и беспроводная аппаратура, работающая на инфракрасном излучении и на радиопринципе).

В целях социально-бытовой и социально-средовой реабилитации инвалидов с нарушениями слуха используется много технических средств. Среди них индивидуальные слуховые ап-

параты:

- ушные вкладыши каплевидной формы, которая максимально соответствует анатомическим особенностям слухового прохода, что позволяет избежать обратной акустической связи;
- заушные слуховые аппараты присоединением к дужке очковой оправы;
- система индивидуального прослушивания теле-радиоаппаратуры (радионаушники);
- усилитель акустический (насадка) на телефонную трубку.

Люди, страдающие тугоухостью, постоянно сталкиваются с проблемами адаптации к слуховым требованиям повседневной жизни. Для создания максимального комфорта людям с частичной потерей слуха рекомендуется оснащение бытовых и производственных помещений следующей аппаратурой:

- индикатор телефонного вызова (телефонный сигнализатор) с возможностью подключения комнатного светильника;
- световой сигнализатор детского плача со встроенным передатчиком;
- телефонная трубка с усилителем;
- световой сигнализатор дверного звонка;
- будильник со световой, вибрационной индикацией;
- детектор дыма со световой индикацией;
- телефон-принтер с памятью со встроенным экраном.

В связи с тем, что в основе причин глухоты (снижения слуха) лежат вредные условия труда (шум, вибрация), в реабилитационных целях применяют звукоизоляцию, вибропоглощение, дистанционное управление. Используются и индивидуальные средства защиты: виброгасящие перчатки, обувь, ушные шлемы, антифоны.

Плохо слышащие и глухие испытывают затруднения при пользовании общественным транспортом. Невозможность услышать предстоящую остановку вызывает у инвалидов психологическую напряженность.

Специфические ограничения жизнедеятельности у лиц с нарушениями слуха заключаются в затруднении получения информации (вербальной, звуковой). В связи с этим глухота не

столько создает проблемы «доступа» к транспорту, сколько ограничивает возможности его использования без дополнительных приспособлений. В связи с этим как реабилитационное мероприятие выступает информационное обеспечение инвалидов с патологией слуха на транспорте, оснащение транспорта для глухих и плохослышащих, которое представлено световым сигнализатором остановки и начала движения, «бегущей строкой» – информацией о наименовании станции, мигающим маяком.

Для действенной реализации программ социальной реабилитации инвалидов с нарушениями слуха представляется важным осуществление субтитрования общественно значимых информационных и других телепередач, выпуск видеопродукции (с субтитрами) публицистической, образовательной, научно-познавательной и культурно-просветительской направленности, адресованных инвалидам.

Для социальной реабилитации инвалидов с патологией слуха важное значение имеет Всероссийское общество глухих (ВОГ), которое располагает широкой сетью реабилитационных учреждений, где осуществляется обучение, трудоустройство и меры по социальной интеграции лиц с данной патологией.

В Федеральном Законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» прописаны льготы для лиц, страдающих нарушениями слуха. Инвалиды обеспечиваются необходимыми средствами телекоммуникационного обслуживания, специальными телефонными аппаратами (в том числе для абонентов с дефектами слуха), инвалиды обеспечиваются бытовыми приборами, сурдо- и другими средствами, необходимыми для социальной адаптации. Ремонт указанных приборов и средств производится инвалидам бесплатно или на льготных условиях. Порядок обеспечения инвалидов техническими и иными средствами, облегчающими их труд и быт, определяется Правительством Российской Федерации.

Вопросы для самоконтроля

1. В чем сущность социальной реабилитации инвалидов с патологией слуха?
2. Какие виды нарушений слуха Вы можете назвать?
3. Какой вид ограничений жизнедеятельности наиболее значим для инвалидов с поражением слуха?
4. Какие виды индивидуальных технических средств предлагаются инвалидам с нарушениями слуха?
5. Какие приборы рекомендуются для установки в бытовых условиях для инвалидов с патологией слуха?
6. Какие средства, компенсирующие дефицит слуха, используются в производственных условиях?
7. Какими средствами обеспечивается возможность пользования транспортом инвалидов с нарушениями слуха?
8. Какими льготами пользуются инвалиды с нарушениями слуха?

Рекомендуемая литература

1. Гусева Н.К. Основы социальной защиты больных и инвалидов в Российской Федерации. Н. Новгород, 1999, 502 с., НГМА.
2. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Медико-социальные и технологические требования к общественному пассажирскому транспорту, учитывающие потребности различных категорий инвалидов. Обзорная информация. В. 3. М., 1998, 54 с. ЦБНТИ Минтруда России.
3. Критерии оценки ограничений жизнедеятельности в учреждениях МСЭ. Методические рекомендации (составители: Лаврова Д.И., Либман Е.С., Пузин С.Н. и др.) М., 2000, 34 с. ЦИЭТИН.
4. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. М., 1994, РАМН.
5. Тарасов Д.И. Глухота //БМЭ. Т. 6, М., 1977. С. 186-196, Советская энциклопедия.
6. Федеральный Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». СЗ РФ, 1995, № 48, ст. 4563.

§ 3. Социальная реабилитация инвалидов с нарушениями зрения

Зрение является одной из ведущих функций человека, оно обеспечивает получение более 90 % информации о внешнем мире. При частично или полной утрате зрения человек испытывает большие трудности в самообслуживании, передвижении, ориентации, общении, обучении, трудовой деятельности, т.е. в осуществлении всей полноты жизнедеятельности.

В соответствии с «Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» выделяются зрительные нарушения:

- глубокое нарушение зрения обоих глаз;
- глубокое нарушение зрения одного глаза с низким зрением другого глаза;
- среднее нарушение зрения обоих глаз;
- глубокое нарушение зрения одного глаза, другой глаз нормальный.

Нарушения зрения, степень которых может быть уменьшена при помощи компенсирующих средств и которые можно исправить очками или контактными линзами, обычно не считаются зрительными нарушениями.

По статистическим данным, распространенность слепоты среди населения достигает 1 %.

Главной характеристикой, отражающей тяжесть патологии органа зрения и определяющей ее влияние на жизнедеятельность и социальную достаточность человека, является состояние зрительных функций, основные среди которых острота и поле зрения.

При нарушении остроты зрения снижается различительная способность зрительного анализатора, возможность детального зрения, что ограничивает возможность обучения, получения профессионального образования и участия в трудовой деятельности. При значительном нарушении остроты зрения (вплоть до слепоты) резко ограничиваются и другие категории жизнедеятельности. Лица с концентрическим сужением поля зрения с

трудом ориентируются в незнакомой обстановке, несмотря на относительно высокие показатели остроты зрения. Мобильность их значительно ограничена.

Абсолютная или практическая слепота приводит к резкому ограничению основных категорий жизнедеятельности. Абсолютно слепые люди практически утрачивают способность к самообслуживанию и физической независимости.

В связи с дефицитом зрения окружающая среда воспринимается незрячими с помощью других анализаторов. Преобладающей становится информация акустическая, тактильная, кинестетическая, свето-цветовая. Приобретает значение форма и фактура предметов и материального мира в целом. В процессе осязательного восприятия участвуют руки, подошвы ступней, в осязании мелких предметов – язык и губы.

Важную роль в жизнедеятельности слепых играет слух. Слух у них чрезвычайно обострен и реагирует на малейшие акустические нюансы при передвижении в пространстве. В связи с этим при решении реабилитационных задач важен акцент на управлении звуками в среде обитания незрячих. Необходимо выделить и усилить нужные для ориентации звуки и заглушить посторонние помехи и шумы. При формировании среды жизнедеятельности для слепых следует уделять особое внимание акустическим и звукоизоляционным характеристикам строительных материалов и конструкций.

Компенсаторная приспособляемость организма наделяет слепого фоточувствительностью кода, дающей возможность различения не только контуров, но и цвета крупных объектов. Слепой, обладающий таким качеством, по мере приближения к большим предметам чувствует препятствие, иногда может судить о размерах и материале объекта.

На использовании функций кожной чувствительности и слуха базируются вспомогательные тифлотехнические средства и приспособления, помогающие слепому при передвижении: звуковые маяки у переходов, на остановках, внутренние и наружные информаторы, рельефные (по Брайлю) надписи внутри транспортных средств и на вокзалах, электронные системы открывания дверей и др.

Наиболее значимым видом ограничения жизнедеятельно-

сти инвалидов с нарушениями зрения является ограничение способности к ориентации – способности определяться во времени и пространстве.

Способность к ориентации осуществляется путем прямого и косвенного восприятия окружающей обстановки, переработки получаемой информации и адекватного определения ситуации.

Способность к ориентации включает:

- способность к определению времени по общепринятым признакам (время суток, время года и др.);
- способность к определению местонахождения по пространственным ориентирам, запахам, звукам;
- способность правильно местопологать внешние объекты, события и себя самого по отношению к временным и пространственным ориентирам;
- способность к ориентации в собственной личности, схеме тела, различение правого и левого и др.;
- способность к восприятию и адекватному реагированию на поступающую информацию (вербальную, невербальную, зрительную, слуховую, вкусовую, полученную путем обоняния и осязания), пониманию связей между предметами и явлениями.

Параметрами при оценке способности к ориентации являются:

- состояние системы ориентации (зрения, слуха, осязания, обоняния);
- состояние системы коммуникации (речи, письма, чтения);
- способность к восприятию, анализу и адекватному реагированию на получаемую информацию;
- способность к ориентации в собственной личности и внешних по отношению к ней временных, пространственных условий, средовых ситуаций.

Социально-бытовая и социально-средовая реабилитация инвалидов с нарушениями зрения обеспечивается системой ориентиров – осязательных (тактильных), слуховых и зрительных, которые способствуют безопасности передвижения и ориентировку в пространстве.

Осязательные ориентиры: направляющие поручни, рельефные обозначения на поручнях, таблицы с выпуклыми надпи-

сями или шрифтом Брайля, рельефные планы этажей, здания и т.п.; изменяемый тип покрытия пола перед препятствиями (поворотами, лестницами, подъемами, входами).

Слуховые ориентиры: звуковые маяки при входах, радиотрансляция.

Зрительные ориентиры: различные специально освещаемые указатели в виде символов и пиктограмм с использованием ярких, контрастных цветов; контрастное цветовое обозначение дверей и т.п. текстовая информация на таблицах должна быть максимально краткой. Строительные элементы на путях движения у лиц с ослабленным зрением (лестничные клетки, лифты, вестибюли, входы, начало и конец коридоров и др.) следует обозначать системой типовых ориентиров-указателей, выполненных на основе цветового, акустического и тактильного контраста с окружающей поверхностью.

Зрительные ориентиры и другая визуальная информация должны располагаться на контрастном фоне на высоте не менее 1,5 м и не более 4,5 м от уровня пола.

Система ориентиров должна быть достаточно продумана, чтобы не допускать их переизбытка, способствующего созданию «тепличных» условий и утрате навыков пространственной ориентировки.

Важное значение для социальной интеграции инвалидов со зрительными расстройствами имеют меры социальной реабилитации. Для реализации этих мер необходимо обеспечение незрячих вспомогательными тифлотехническими средствами:

- для передвижения и ориентировки (трость, системы для ориентации – локаторы лазерные, световые и др.);
- для самообслуживания – тифлосредства культурно-бытового и хозяйственного назначения (кухонные приборы и приспособления для приготовления пищи, для шитья, ухода за ребенком и др.);
- для информационного обеспечения, обучения (приборы и приспособления для чтения, письма по Брайлю, системы «говорящая книга», специальные компьютерные устройства и др.);
- для трудовой деятельности – тифлосредства и приспособления, которыми незрячих обеспечивает производство в

зависимости от вида трудовой деятельности).

Для лиц с остаточным зрением и слабовидящих необходимы специальные средства коррекции зрения: увеличивающие приставки, лупы, гиперокуляры, телескопические, сферо-призматические очки, а также некоторые тифлотехнические средства бытового, хозяйственного и информационного назначения.

Применение тифлотехнических средств наряду с другими реабилитационными мероприятиями создает предпосылки для достижения равных со зрячими возможностей и прав для различного развития, повышения культурного уровня, раскрытия творческих способностей незрячих, их активного участия в современном производстве и общественной жизни.

Инвалиды с патологией зрения испытывают определенные трудности при необходимости самостоятельного пользования транспортом. Для слепых важны не столько технические приспособления, сколько адекватная информация – вербальная звуковая (ориентирующая предупреждающая об опасности и др.).

Слабовидящий человек нуждается при пользовании транспортом в изменении величины указателей, усилении контрастности цветовой гаммы, яркости освещения объектов, транспортных элементов, которые позволяют ему использовать, дифференцировать, различать транспортные средства и устройства (световые табло, контрастная окраска пограничных – верхней и нижней – ступеней, края платформы и др.).

Для человека с полной утратой зрения доступ к общественному транспорту возможен лишь с посторонней помощью.

Важную роль в социальной реабилитации слепых и слабовидящих (инвалидов по зрению), в улучшении качества их социальной защиты и расширении объема социальных услуг играет в Российской Федерации Общество слепых (ВОС), где осуществляются самые различные формы социальной реабилитации, способствующие их интеграции. В системе ВОС имеется широкая сеть производственных предприятий и объединений, где созданы специальные условия организации труда, учитывающие функциональные возможности незрячих.

В Федеральном Законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» прописаны льготы для инвалидов с

нарушениями зрения. Инвалиды по зрению обеспечиваются бытовыми приборами, тифлосредствами, необходимыми им для социальной адаптации. Ремонт указанных приборов и средств производится инвалидам бесплатно или на льготных условиях. Порядок обеспечения инвалидов техническими и иными средствами, облегчающими их труд и быт, определяется Правительством Российской Федерации.

Вопросы для самоконтроля

1. Какую роль в жизнедеятельности человека выполняет орган зрения?
2. Какие ведущие зрительные функции обеспечивают жизнедеятельность человека?
3. Какие анализаторы компенсируют дефицит зрения?
4. Какой приоритетный вид ограничения жизнедеятельности зависит от патологии зрения?
5. Дайте определение системы ориентиров.
6. Как называются средства для реабилитации инвалидов по зрению?
7. Какова роль ВОС в реабилитации инвалидов по зрению?

Рекомендуемая литература

1. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Медико-социальные и технологические требования к общественному пассажирскому транспорту, учитывающие потребности различных категорий инвалидов. Обзорная информация. В. 3. М., 1998, 54 с. ЦБНТИ Минтруда России.
2. Критерии оценки ограничений жизнедеятельности в учреждениях МСЭ. Методические рекомендации (составители: Лаврова Д.И., Либман Е.С., Пузин С.Н. и др.) М., 2000, 34 с. ЦИЭТИН.
3. Лаврова Д.И., Либман Е.С., Сивуха Т.А. и др. Методические рекомендации по применению классификаций и временных критериев, используемых при проведении медико-социальной экспертизы. //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 1998, с. 41-48.

4. Либман Е.С. Слепота //БМЭ, т. 23, 1984, с. 415-416, Советская энциклопедия.
5. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. М., 1994, РАМН.

§ 4. Особенности социальной реабилитации инвалидов с психическими нарушениями и интеллектуальной недостаточностью

Психическая деятельность человека обеспечивается взаимосвязью и взаимодействием всех психических функций: сознания, внимания, восприятия, воли, памяти, эмоций, мышления. Нарушение какой-либо из них сказывается на других психических функциях и, следовательно, на всей психической деятельности.

Категория инвалидов с психическими нарушениями неоднородна как по проявлениям психических (и интеллектуальных) расстройств, так и по причинам, вызвавшим эти расстройства.

В структуре общего контингента инвалидов по классам болезней психические заболевания занимают третье ранговое место и составляют 9,4 %.

Контингент психически больных инвалидов имеет ряд отличий от инвалидов вследствие других заболеваний, которые выражаются в специфических проявлениях дезадаптации, неравномерности соотношений степени выраженности психических расстройств и уровня дезадаптации больных.

При психических заболеваниях, часто являющихся инвалидизирующими заболеваниями, и умственной отсталости в какой-то мере страдают все психические функции или большинство из них, что вызывает ограничения жизнедеятельности в сфере самообслуживания, общения, обучения, трудовой деятельности, ориентации, контроля за своим поведением, а нередко и в передвижении. Степень выраженности ограничений жизнедеятельности при психических заболеваниях зависит от последствий текущих длительно и с различной степенью злокачественности болезней.

Ограничение способности к самообслуживанию может колебаться от элементарной неспособности выполнять повседневную бытовую деятельность до полной утраты навыков личной гигиены и самостоятельных физиологических отпавлений, когда возникает необходимость в посторонней помощи.

Ограничение способности самостоятельного передвижения может выражаться либо в нередко выраженной моторной заторможенности, замедленности движений, либо в полной неподвижности (ступор, адинамия) и нуждаемости в посторонней помощи.

Ограничение способности к обучению колеблется от невозможности выполнения сложного задания учебного процесса (вследствие утомляемости, идеаторной заторможенности) до полной утраты способности к усвоению общеобразовательных и профессиональных знаний.

Ограничение способности к трудовой деятельности выражается как в снижении квалификации или уменьшении объема производственной деятельности, так и в невозможности продолжать какую-либо трудовую деятельность.

Ограничение способности к ориентации психически больных также имеет широкий диапазон – от неспособности ориентироваться в восприятии полного объема информации до полной утраты способности ориентироваться во времени, пространстве и собственной личности.

Ограничение способности к общению – наиболее частое ограничение жизнедеятельности психически больных. Степень выраженности его может быть различной: либо сужение круга лиц, входящих в сферу общения, сокращение объема информации, либо полная утрата способности общения.

Ограничение способности контролировать свое поведение может выражаться как в незначительных некорректируемых отклонениях поведения, так и в полном отсутствии способности управлять своим поведением. В связи с этим возникает необходимость постоянного постороннего контроля и наблюдения.

Инвалиды, страдающие психическими расстройствами, нуждаются в большей степени по сравнению с другими инвалидами в социальной реабилитации.

Программа социальной реабилитации инвалидов с психическими расстройствами направлена на обеспечение реализации их прав иметь друзей, семью, выбирать место учебы и работы. В программе предусмотрено адаптационное обучение, подготовка к независимому образу жизни, пользованию бытовыми приборами, разработка индивидуальных решений адаптации жилищ-

но-коммунальных условий к инвалиду. Программа включает обучение мерам безопасности, общению. Особое место в программе социальной реабилитации инвалидов с психическими расстройствами занимает обучение семьи отношению к больному и созданию благоприятной микросреды, поддержанию контактов с социальными службами.

При значительно выраженных нарушениях психических функций программа социальной реабилитации содержит обучение жизненным навыкам по персональному уходу (внешний вид, личная гигиена) и персональной сохранности (пользование газом, электричеством).

При умеренных нарушениях психической деятельности практикуется терапия отдыхом, досугом, побуждающим развитие интересов, организацию здорового образа жизни, сексуального воспитания.

Среди инвалидов с психическими расстройствами особую группу составляют инвалиды с умственными нарушениями. Степень интеллектуального недоразвития инвалидов, входящих в эту группу, различна.

В соответствии с «Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» и на основе использования методики Векслера разграничивают:

- глубокую умственную отсталость ($IQ < 20$), объединяющую лиц, которых можно научить пользоваться руками, ногами, челюстями;

- тяжелую умственную отсталость ($IQ = 20-34$), представленную лицами, которые поддаются систематической обычной тренировке;

- среднюю (умеренную) умственную отсталость ($IQ = 35-49$), объединяющую лиц, которых можно обучить простым коммуникативным навыкам, элементарным навыкам гигиены и безопасности, простым навыкам ручного труда, и с трудом поддающихся обучению функциональному чтению и арифметике;

- слабую (легкую) умственную отсталость ($IQ = 50-70$), представленную лицами, которые могут приобрести практические навыки и способности к функциональному чтению и арифметике при специальном обучении.

В отечественной психиатрии принято наименование умственной отсталости (с учетом указанных критериев международного документа) как дебильность, имбецильность и идиотия (глубокая умственная отсталость).

Инвалиды с интеллектуальным недоразвитием (умственной отсталостью) в степени выраженной дебильности представляют собой лиц, проживающих в семьях, как правило окончивших вспомогательную школу. Они отличаются неустойчивым поведением, испытывают затруднения в социальной адаптации, стабильном трудоустройстве, за счет легкой подчиняемости нередко оказываются в криминальных компаниях.

Ограничения жизнедеятельности в большей степени выражены в способности к обучению. Однако при адекватном коррекционно-педагогическом воздействии способны обучиться конкретным бытовым навыкам и элементарным профессиям.

Ограничение способности к трудовой деятельности выражается в недостаточной последовательности выполнения трудового процесса за счет отвлекаемости внимания, неустойчивого поведения. Производственные процессы более доступны в специально созданных условиях, исключающих размеренные трудовые операции.

Ограничение способности к контролю над своим поведением объясняется несовершенством адаптационных механизмов, трудно приобретаемым социальным опытом. Эта категория людей нуждается в постороннем контроле. Имеется ограничение способности совершать целенаправленную двигательную активность, не связанную с дефектами в костно-мышечной системе. Оно обусловлено нарушением координации, ущербностью тонкой моторики в результате несовершенства нейрофизиологического механизма.

Ограничение способности к ориентации выражается в возможности ориентироваться в ситуации, ограниченной заданным пространством, конкретной задачей. Объясняется это недостаточно хорошо сформированной функцией внимания, памяти.

Программа социальной реабилитации инвалидов с выраженной дебильностью включает мероприятия по всем направлениям. В области социально-бытовой реабилитации необходимо совершенствование знаний об окружающей действительности,

обустройстве быта с нормами и правилами общежития. Эти мероприятия осуществляются в процессе длительного коррекционно-педагогического воздействия при условии постоянного подкрепления и контроля.

Социально-средовое реабилитационное воздействие представляет особую важность. Научить избегать негативного влияния социального окружения является главной задачей реабилитационных мер.

В социально-средовом реабилитационном воздействии основная роль принадлежит семье, которая рассматривается как микросоциальная реабилитационная среда. Воспитание, обучение хозяйственно-бытовым навыкам способствует формированию установки на труд, расширению социального опыта (покупки, оплата, доставка и т.д.).

Для этой категории лиц особое значение приобретает обучение навыкам самостоятельного проживания – овладение навыками хозяйственно-бытового труда, умению принимать самостоятельные решения, ориентироваться в современных рыночных отношениях.

В программу социальной реабилитации умственно отсталых лиц в степени выраженной дебильности необходимо включить обучение занятиям физкультурой и спортом. Это будет способствовать устранению моторной заторможенности и благотворно сказываться на общем физическом и психическом развитии, совершенствовании волевых качеств и коммуникативных функций.

Обучение досуговой деятельности является необходимым в программе социальной реабилитации умственно отсталых лиц. В силу недостаточно сформированности потребностей эстетического характера у лиц с выраженной дебильностью они нуждаются в активном вовлечении в мероприятия по знакомству с музыкой, изобразительным искусством, литературой и т.д.

Особое место в программе социальной реабилитации умственно отсталых лиц с выраженной дебильностью должно занимать решение личных проблем. Допустимо половое воспитание, информация о последствиях интимных отношений, о венерических заболеваниях.

Инвалиды с тяжелой степенью умственной отсталости –

выраженной имбецильностью – составляют контингент психоневрологических интернатов.

Ограничения жизнедеятельности носят более выраженный характер. Ограничение способности к самообслуживанию выражается в трудно усваиваемых навыках санитарно-гигиенического характера, хозяйственно-бытового труда, которые выполняются с помощью и под контролем посторонних.

Ограничения способности совершать двигательные операции выражаются в недостаточной координации движений, несформировавшейся тонкой моторике.

Ограничение способности к общению выражается в неразвитости речи, в малом словарном запасе, в дефекте речевого аппарата, преобладает в общении эмоциональный компонент над речевым.

Значительно выражено ограничение способности к обучению, что связано с недостаточно развитыми функциями восприятия, внимания, памяти, мышления.

Ограничение способности к трудовой деятельности носит выраженный характер и объясняется неразвитостью функции к усвоению задания, неспособностью освоить технологический процесс, несовершенной моторикой. Осуществление трудовой деятельности возможно в специально созданных условиях.

Ограничение способности к ориентации достаточно выражено, оно объясняется несовершенством функций внимания, восприятия, памяти, пространственной ориентировки. Необходима посторонняя помощь в новой ситуации.

Ограничение способности к контролю над своим поведением также значительно выражено, что связано с ущербностью адаптационных механизмов, несформированностью социального опыта. Необходима коррекция и контроль.

Программа социальной реабилитации инвалидов с выраженной имбецильностью включает целый ряд обучающих разделов:

- формирование навыков самообслуживания – содержит разделы: санитарно-гигиенические навыки, уход за одеждой, уход за жилищем, навыки приготовления и приема пищи;
- формирование навыков социально-средовой реабилитации – включает разделы: знакомство с городом, транспор-

том, магазинами, сферой обслуживания, производственными отношениями;

- формирование элементов нравственно-эстетического воспитания – включает разделы формирования навыков повседневного поведения, правила поведения в общественных местах, правила поведения человека в рабочем коллективе, понимание дружбы, товарищества, коллектива и т.д.

Участи семьи в социально-средовом воздействии на эту категорию инвалидов также значимо. Несмотря на то, что большую часть времени умственно отсталые находятся в психоневрологическом интернате, общение с родителями осуществляется в выходные дни и каникулярное время родителей. Важна последовательность между воспитателями (социальными педагогами) психоневрологических интернатов и родителями.

Необходимо обучение семьи, родителей в правильном отношении к своим детям-инвалидам, которые остаются детьми, будучи взрослыми. Важно обучение терпеливому отношению, последовательному и неотступному воздействию по привитию навыков хозяйственно-бытового труда, формированию установки на труд.

В программу социальной реабилитации входит обучение навыкам самостоятельного проживания, которое включает формирование навыков самообслуживания, хозяйственно-бытового труда. Для самостоятельного проживания необходима также способность принимать самостоятельные решения, умение ориентироваться в социальном окружении, необходимо также развитие способности к самооценке, самоопределению, самостоятельности в широком смысле слова.

Необходимо отметить, что лица с выраженной имбецильностью самостоятельно проживать не могут, они нуждаются в поддержке. Самостоятельное проживание их возможно лишь в «защищенных условиях» - в специализированном общежитии, где они могут воспользоваться постоянной помощью специалиста по социальной работе.

Программа социальной реабилитации инвалидов с выраженной имбецильностью должна предусматривать обучение физкультуре и спорту. Склонность к заторможенности, замедленной моторике способствует формированию гипокинезии, ко-

торая ведет к негативным последствиям в физическом здоровье.

Участие в физкультурных занятиях, спортивных состязаниях умственно отсталых лиц способствует не только совершенствованию моторики, оно положительно сказывается на их интеллектуальном развитии, расширении социального опыта, приобретении коммуникативных навыков.

Существенно важно для этой категории инвалидов обучение досуговой деятельности. В силу несформированности потребностной сферы у лиц с выраженной имбецильностью досуг ограничивается пассивным присутствием в кинозалах, на концертах, организуемых в психоневрологических интернатах. В целях реабилитационного воздействия необходим досуг, развивающий, компенсирующий дефицит информации, воздействующий на эмоциональную и познавательную сферы жизнедеятельности.

Решение личных проблем для этой категории инвалидов представляет особую важность. Преобладание инстинктивного полового влечения при недостаточно развитом сдерживающем интеллектуальном воздействии создает опасность вступления в случайные связи с нежелательными последствиями. Эти инвалиды нуждаются в половом воспитании, в доступном изложении отношений между полами, недопустимости грубости, жестокости по отношению к женщинам. Программа сексуального воспитания нуждается в специальной разработке.

Вопросы для самоконтроля

1. В чем отличие инвалидов с психическими расстройствами от инвалидов с соматическими заболеваниями?
2. В чем проявляются ограничения жизнедеятельности у инвалидов с психическими расстройствами?
3. Какова степень выраженности ограничений жизнедеятельности инвалидов с психическими расстройствами?
4. Какова программа социальной реабилитации инвалидов с психическими расстройствами?
5. Какие степени умственной отсталости различаются?
6. В чем особенности социальной реабилитации инвалидов с

выраженной дебильностью?

7. Чем отличается социальная реабилитация инвалидов с умственной отсталостью в степени выраженной имбецильности?

Рекомендуемая литература

1. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан. М., 1991, 135 с., ЦИЭТИН.
2. Комплексные типовые программы реабилитации инвалидов при основных инвалидизирующих заболеваниях и дефектах (психические расстройства). Ч. 4. М., 2000, 74 с. Фонд «Социальный партнер», Минтруд России.
3. Лаврова Д.И., Либман Е.С., Сивуха Т.А. и др. Методические рекомендации по применению классификаций и временных критериев, используемых при проведении медико-социальной экспертизы. //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 1998, с. 41-46.
4. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. М., 1994, РАМН.
5. Рубцова Н.О. Проблемы реабилитации инвалидов средствами физической культуры и спорта //Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов (пособие для социальных работников). М., 1997, с. 80-116. Редакционно-издательский Центр Консорциума «Социальное здоровье России».
6. Сборник программ социальной адаптации лиц с выраженной умственной отсталостью, находящихся в детских и психоневрологических интернатах. М., 1988, 27 с. (под ред. Н.Ф. Дементьевой) ЦИЭТИН, Минсобес РСФСР.
7. Экспертно-реабилитационная диагностика способности контролировать свое поведение. Методические рекомендации (составители: Лаврова Д.И., Киндрас Г.П., Либман Е.С. и др.) М., 2000, 26 с., ЦИЭТИН.

РАЗДЕЛ V. ПРАКТИКА РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ИНВАЛИДОВ: ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

§ 1. Реабилитационные учреждения

Согласно Закону «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (ст. 12), реабилитационными являются учреждения, осуществляющие процесс реабилитации инвалидов в соответствии с реабилитационными программами.

Федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации с учетом региональных и территориальных потребностей создают сеть реабилитационных учреждений и обеспечивают развитие системы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов, организуют производство технических средств реабилитации, развитие услуг для инвалидов, способствуют развитию негосударственных реабилитационных учреждений при наличии у них лицензий на этот вид деятельности, а также фондов различных форм собственности и взаимодействуют с ними в осуществлении реабилитации инвалидов.

По организационно-правовым формам реабилитационные учреждения разделяются на государственные, муниципальные, негосударственные. К реабилитационным относятся учреждения следующих типов: реабилитационно-производственные, реабилитационно-медицинские, реабилитационно-социальные.

Основными задачами реабилитационных учреждений являются:

- детализация и конкретизация индивидуальных программ реабилитации инвалидов, разрабатываемых учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы;
- разработка планов и программ проведения реабилитации инвалидов в конкретном учреждении;
- проведение медицинской реабилитации, осуществление профессиональной реабилитации инвалидов, включающей профессиональную ориентацию, профессиональное обучение,

профессионально-производственную адаптацию;

- проведение социальной реабилитации инвалидов, включающей социально-средовую ориентацию и социально-бытовую адаптацию;

- динамический контроль над процессом реабилитации инвалидов;

- оказание консультативно-методической помощи по вопросам реабилитации инвалидов общественным, государственным и иным организациям, а также отдельным гражданам.

Противопоказаниями к приему в реабилитационное учреждение являются:

- острые и подострые стадии основного заболевания, требующие медицинского вмешательства;

- любые приступообразные и прогрессивно текущие заболевания со склонностью к частым обострениям или рецидивам, болезни с частыми декомпенсациями, требующими лечения в стационаре;

- злокачественные новообразования в активной фазе, кахексия любого происхождения, обширные трофические язвы и пролежни, гнойно-некротические заболевания, острые инфекционные и венерические заболевания до окончания срока лечения.

В зависимости от ведомственной принадлежности реабилитационные центры профилированы и специализированы. В рамках МЗ РФ преобладают центры медицинской реабилитации, которые оснащены современным диагностическим оборудованием, тренажерами и техническими средствами, способствующими восстановлению здоровья, нарушенных функций организма. Однако, даже эти центры – с медицинской реабилитацией – не могут быть универсальными, так как отклонения в состоянии здоровья не позволяют объединить в одном реабилитационном учреждении больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, с поражением опорно-двигательного аппарата, с нарушениями зрения, слуха и т.д. В связи с этим существуют кардиологические реабилитационные центры, реабилитационные центры для слепых и слабовидящих, для глухих и слабослышащих и др. Это отвечает принципу профилирования реабилитационных учреждений в противовес многопрофильному подходу.

В основу типологии реабилитационных учреждений по-

ложен критерий масштабности, объема деятельности.

С учетом данного критерия реабилитационные учреждения подразделяются на реабилитационные центры, реабилитационные отделения, реабилитационные кабинеты.

Реабилитационный центр

Учреждения такого плана, как правило, являются многопрофильными, комплексными, в структуре которых представлены все виды реабилитации: медицинская, социальная и профессионально-трудовая. Такие крупные многопрофильные, многофункциональные, комплексные учреждения с охватом реабилитацией всех категорий инвалидов должны быть межрегиональными и общая их численность в России не должна быть большой.

Реабилитационные отделения, оказывающие более узкий объем реабилитационных услуг, являющиеся структурными подразделениями больниц восстановительного лечения, учебного заведения для инвалидов, дома-интерната, центра социального обслуживания, другого учреждения медико-социального или профессионального профиля, являются наиболее рациональными в плане организации и функционирования и должны находиться в большинстве населенных пунктов областного подчинения.

Кабинеты реабилитации являются менее масштабными по числу реабилитационных услуг, однако, потребность в них достаточно велика в стационарных учреждениях социальной защиты, в отделениях дневного пребывания Центров социального обслуживания, на специализированных предприятиях для инвалидов; причем, в одном учреждении (на предприятии) могут существовать одновременно два или даже три кабинета – медицинской, социальной и профессиональной реабилитации.

В настоящее время в России функционируют десятки реабилитационных учреждений различных профилей (медицинской, профессиональной, социальной реабилитации инвалидов), а также специализированных реабилитационных учреждений (для инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, страдающих патологией слуха, зрения, интеллекту-

альной недостаточностью). Независимо от профиля и специализации реабилитационного учреждения в нем представлены подразделения социальной реабилитации (отделения социальной реабилитации, кабинеты социальной реабилитации).

Отделение социальной реабилитации инвалидов организуется для проведения социальной реабилитации инвалидов с различными заболеваниями и физическими дефектами в составе различных учреждений медицинского, образовательного и социального профилей.

Отделение социальной реабилитации инвалидов организуется в виде структурного подразделения:

- больницы восстановительного лечения;
- учебного заведения для инвалидов;
- дома-интерната;
- центра социального обслуживания;
- иного учреждения медицинского, профессионального, социального профиля и предназначается для реализации мероприятий по социальной реабилитации инвалидов.

Отделение социальной реабилитации осуществляет комплексную систему мероприятий по социальной реабилитации инвалидов для устранения или компенсации с помощью различных социальных мер и технических средств ограничений в обеспечении их жизнедеятельности и интеграцию в общество.

Основными задачами отделения являются:

- определение потребности инвалида в различных видах социальной помощи;
- участие в составлении индивидуальной программы реабилитации инвалида;
- реализация индивидуальных программ реабилитации инвалидов.

В соответствии с этими задачами на отделение возлагаются следующие функции:

- уточнение индивидуальной программы реабилитации инвалида в разделе «Социальная реабилитация» для ее реализации с использованием оптимального набора средств и методик социальной реабилитации инвалида, имеющихся в распоряжении специалистов отделения;
- освоение и внедрение в практику работы отделения

новых современных методов и средств социальной реабилитации инвалидов, основанных на достижениях науки, техники и передового опыта в области медико-социальной реабилитации инвалидов;

- оказание консультативной и организационно-методической помощи по вопросам социальной реабилитации инвалидам, соответствующим кабинетам в районе действия отделения;

- взаимосвязи с другими учреждениями, принимающими участие в медико-социальной реабилитации инвалидов;

- осуществление мероприятий по повышению квалификации работников отделения по вопросам медико-социальной реабилитации.

Кабинет социальной реабилитации инвалидов является структурным подразделением больницы восстановительного лечения, поликлиники, учебного заведения для инвалидов, дома-интерната, центра социального обслуживания, специализированного предприятия, иного учреждения медицинского, профессионального, социального назначения и предназначается для практического осуществления различных видов социальной реабилитации инвалидов.

Кабинет социальной реабилитации инвалидов осуществляет социальную реабилитацию инвалидов в полном объеме или отдельные ее этапы.

При проведении социальной реабилитации кабинет работает в тесном контакте с кабинетом (отделением) восстановительного лечения (медицинской реабилитации) и кабинетом профессиональной реабилитации инвалидов.

Основными задачами кабинета являются:

- информирование инвалида и его семьи по вопросам социальной реабилитации;

- определение потребности инвалида в различных видах социальной реабилитации;

- подготовка инвалида к независимому образу жизни (обучение основам самообслуживания, ведения хозяйства, пользованию бытовыми приборами, техническими приспособлениями);

- обучение членов семьи инвалида правилам ухода за

ним и навыкам общения.

В соответствии с этими задачами на кабинет возлагаются следующие функции:

- уточнение индивидуальной программы реабилитации инвалида;
- проведение социальной реабилитации инвалидов;
- привлечение для проведения реабилитационных мероприятий, при необходимости, специалистов других реабилитационных учреждений.

Для реализации своих задач кабинет должен иметь помещения, оборудованные специальными средствами социально-бытовой реабилитации инвалидов.

Рассмотрим ряд специализированных реабилитационных учреждений в системе социальной защиты.

Реабилитационный центр для умственно отсталых лиц

Реабилитационный центр (РЦ) для лиц с умственной отсталостью является учреждением, предназначенным для профессионального и трудового обучения, социальной адаптации, медицинского обслуживания, бытового и рационального трудового устройства инвалидов трудового возраста с интеллектуальной недостаточностью, не способных или ограниченно способных к самостоятельной жизни в обществе.

Реабилитационный центр для умственно отсталых лиц является учреждением нового типа в системе стационарных учреждений социального обслуживания. Целью работы этого учреждения является интеграция в общество той части умственно отсталых лиц, которая ограниченно способна к самостоятельной жизни в открытом обществе. Эта цель достигается решением в данном учреждении следующих задач:

- обучение умственно отсталых лиц элементарным профессиям;
- обучение их различным социальным навыкам, без которых невозможна успешная адаптация в обществе;
- рациональное трудоустройство с учетом приобретен-

ных навыков, уровня их усвоения.

Реабилитационный центр предназначается для обучения лиц с выраженной умственной отсталостью, которые находятся либо в домах-интернатах (детских и психоневрологических), либо проживают в семьях и состоят на учете в психоневрологических диспансерах. В этой связи в реабилитационном центре предусматривается стационарное постоянное и временное пребывание обучающихся – дневное и недельное (пятидневное).

Среди задач, предшествующих обучению, основная роль принадлежит отбору контингента. Он включает: выявление нуждающихся и способных к обучению, установление степени способности к обучению, определение противопоказаний.

Помимо степени умственной отсталости при отборе контингента для обучения в РЦ существенное значение придается возрасту. Известно, что подростковый возраст (16-18 лет) для умственно отсталых лиц с нерезко выраженной степенью интеллектуального недоразвития является кризисным периодом, в котором у них при отсутствии адекватных условий обучения и организации образа жизни возникает дезадаптивное поведение. В этой связи 16-летний возраст является оптимальным для начала профессионального обучения. Возрастной диапазон (16-30 лет) предусмотрен для лиц, находящихся в семьях и в психоневрологических интернатах.

При отборе контингента существенно значение придается состоянию соматического здоровья: лица, страдающие тяжелыми соматоневрологическими расстройствами, ограничивающими жизнедеятельность, способность к передвижению, не подлежат направлению на обучение.

С учетом потенциальных возможностей умственно отсталых лиц и имеющегося опыта использования разработанных в ЦИЭТИНе программ трудового обучения подростков с выраженной умственной отсталостью, находящихся в детских домах-интернатах, было принято, что им доступны такие профессии, как санитарка-уборщица, грузчик, дворник, рабочий в прачечной и мойщица посуды, швейное, столярное, сапожное и штукатурно-малярное дело, а также некоторые виды сельскохозяйственного труда.

Для организации профессионального и трудового обуче-

ния и социально-бытовой ориентации умственно отсталых лиц предусмотрена соответствующая материально-техническая база. Она представляет собой учебную часть с оснащенным в соответствии с программами обучения кабинетами, классами и учебно-производственными мастерскими, а также подсобное хозяйство с необходимым инвентарем, механизмами, транспортом для обучения сельскохозяйственным видам труда.

В круг задач РЦ входит и трудоустройство лиц, прошедших обучение и овладевших программами обучения и приобретенными навыками. Определены варианты трудоустройства умственно отсталых лиц (дома-интернаты различного профиля, учреждения здравоохранения, спеццеха при РЦ, в совхозах и колхозах, на предприятиях коммунального хозяйства и др.).

Обусловлено, что после окончания курса обучения каждый обучающийся аттестуется квалификационной комиссией и в случае приобретения прочных профессиональных навыков получает удостоверение. Трудовое обучение, производительный труд, привитие и совершенствование навыков социальной адаптации, воспитательный процесс осуществляется соответствующим штатом педагогических работников, нормативы которого специально разработаны.

В РЦ предусмотрено медицинское обслуживание обучающихся в нем умственно отсталых лиц. Оно включает проведение профилактических и лечебных мероприятий, направленных на выявление и лечение соматических заболеваний на ранних стадиях, своевременное предупреждение обострения хронических болезней, купирование обострений психического состояния, осуществление диспансерного наблюдения нуждающихся в этом больных, а также обеспечение в необходимых случаях техническими вспомогательными средствами, кресло-колясками, ортопедической обувью, слуховыми аппаратами.

В связи с тем, что реабилитационный центр рассчитан преимущественно на молодой возраст, когда довольно часто выявляется девиантное поведение и психопатоподобные расстройства, обоснована необходимость организации психокоррекционных мероприятий, которые должны осуществляться психологами. В этой связи предусмотрено развертывание в РЦ психологической службы.

В РЦ предусматривается осуществление социально-бытового устройства инвалидов. Оно включает обеспечение их бесплатным жильем и питанием, пользованием мебелью, одеждой и обувью, необходимым инвентарем и хозяйственно-бытовой утварью.

В функции РЦ входит организация содержательного досуга и спортивно-оздоровительных мероприятий. Это предполагает необходимость выделения специальных рекреационных помещений, спортивных залов и игровых площадок, а для обеспечения указанных мероприятий – введение в штат соответствующих работников – воспитателей, учителей физкультуры, социальных педагогов.

Реабилитационный центр для инвалидов

В ряде регионов России функционируют реабилитационные Центры для инвалидов, являющийся учреждением, предназначенным для профессионального образования и трудового обучения, социальной адаптации, медицинского обслуживания, устройства инвалидов молодого возраста, неспособных или ограниченно способных к самостоятельной жизни в обществе.

В подобных Центрах предусматриваются отделения для постоянного, пятидневного и дневного пребывания инвалидов.

В целях реабилитации в Центрах:

- предусматривается медицинская часть с соответствующим оснащением лечебно-диагностических и вспомогательных кабинетов для медицинской реабилитации;
- для профессионального и трудового обучения инвалидов создается учебная часть с оснащенными, соответственно процессу обучения, кабинетами, классами и учебно-производственными мастерскими;
- для социально-бытовой ориентации инвалидов создается служба психологов и социальных педагогов (воспитателей), оснащенная специальными помещениями для проведения работы по реабилитации и адаптации инвалидов.

Основными задачами Центра являются:

- определение реабилитационного потенциала инвали-

да;

- разработка и реализация индивидуальных программ реабилитации;
- проведение медицинской реабилитации инвалидов;
- проведение профессиональной реабилитации инвалидов, включающей профессиональную ориентацию, профотбор, трудовое и профессиональное обучение, профессионально-производственную адаптацию;
- проведение социальной реабилитации инвалидов, включающей социально-средовую адаптацию, социально-бытовую адаптацию;
- материально-техническое обеспечение проживающих в Центре;
- организация социальной защиты инвалидов, включающая консультирование инвалидов по правовым вопросам, обеспечение инвалидов специализированными изделиями, облегчающими их труд и быт.

В соответствии с задачами Центр осуществляет:

- прием инвалидов и организацию их адаптации к новой обстановке;
- профессиональное обучение в соответствии со специальными программами, учебными пособиями и т.д.;
- обеспечение проживающих благоустроенным жильем, мебелью, инвентарем, постельными принадлежностями, одеждой и обувью;
- организацию рационального питания проживающих;
- медицинское и консультативное обслуживание в оснащенных лечебно-диагностических и вспомогательных кабинетах;
- санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия;
- культурно-массовую работу;
- оздоровительную и спортивную работу.

Все лица, имеющие показания к пребыванию в Центре, принимаются независимо от наличия родственников, обязанных содержать их по закону.

Противопоказаниями к приему в Центр являются:

- острые и подострые стадии основного заболевания,

нуждающиеся в специальном стационарном лечении;

- любые приступообразные и прогрессивно текущие психические заболевания со склонностью к частым обострениям или рецидивам болезни с частыми декомпенсациями, требующие лечения в стационаре;

- эпилепсия с частыми припадками, склонностью к серийным припадкам, эпилептическому статусу, сумеречным состояниям сознания, дисфориям;

- хронический алкоголизм, наркомания, а также другие заболевания, осложненные хроническим алкоголизмом или любыми видами наркомании.

Лица, получившие профессиональную подготовку, с вручением диплома или другого документа (свидетельства, справки) считаются закончившими обучение в Центре.

Так, в соответствии с лицензией Центр г. Москвы ведет подготовку по специальностям:

0206 – издательское дело,

0512 – живопись,

0513 – скульптура,

0514 – дизайн,

0515 – декоративно-прикладное искусство и народные промыслы.

Центр имеет право на изменение и расширение специальностей в соответствии с государственными образовательными стандартами.

Обучающиеся в Центре:

- получают образование в соответствии с государственными образовательными стандартами и приобретают знания, адекватные современному уровню развития науки, техники и культуры;

- обучаются в рамках государственных образовательных стандартов по индивидуальным учебным планам;

- получают дополнительные (в том числе платные) образовательные услуги.

Дома-интернаты как учреждение реабилитационного типа

Дома-интернаты как стационарные учреждения системы социальной защиты в течение многих лет выполняют реабилитационные функции. Деятельность их профилирована и дифференцирована. В центре реабилитационной деятельности – медико-социальная реабилитация. На эти учреждения распространяются сложившиеся понятия о медицинской, социальной и трудовой реабилитации.

Профилирование основано на особенностях контингента, которые определяются рядом факторов: возраст, нозологическая принадлежность заболевания, тяжесть патологических проявлений и др. С учетом этих факторов различаются дома-интернаты общего типа (для инвалидов и пожилых людей) и психоневрологические интернаты.

В домах-интернатах для инвалидов и пожилых людей (общего типа) находятся лица с тяжелыми хроническими заболеваниями, с последствиями травм, врожденными уродствами (инвалиды с детства) и др. Деятельность этих учреждений носит дифференцированный характер. В основу дифференциации их деятельности положены такие критерии, как способность к самообслуживанию и передвижению.

В связи с указанными обстоятельствами в стационарных реабилитационных учреждениях (специализированных домах-интернатах) с учетом особенностей контингентов цели реабилитации различны.

В домах-интернатах реабилитационного типа основополагающей является медицинская реабилитация, содержание которой заключается в восстановлении соматического здоровья, в компенсации защитных сил организма, в оживлении адаптационно-приспособительных механизмов.

Для реализации этих задач в домах-интернатах реабилитационного типа имеется материально-техническая база: физиотерапевтические кабинеты, комнаты ЛФК, кабинеты массажа, комнаты оксигенотерапии, ортотерапии и др.

Предпочтение при организации медицинской реабилита-

ции отдается немедикаментозному воздействию, приемам активизирующего характера, которые способствуют активизации моторики и психической деятельности пожилых.

В домах-интернатах реабилитационного типа существенная роль отводится социально-средовой реабилитации, в которой в равной степени важны как социально-психологическая адаптация, так и социально-бытовая реабилитация. Первая направлена на снятие стрессовой ситуации, связанной с поступлением в дом-интернат и трудностями приспособления к новым условиям. Вторая имеет целью восстановление утраченных навыков самообслуживания в связи с болезнью, травмой и другими причинами.

В задачи социально-средовой реабилитации входит также предупреждение и устранение конфликтов между разнопоколенными контингентами (между молодыми инвалидами и лицами пожилого возраста), организация содержательного и занимательного досуга, организация связей с окружающей (внешней) средой и др.

Социально-трудовая реабилитация в домах-интернатах общего типа носит специфический характер. Она не ставит целью овладение профессиональными навыками, хотя в отдельных случаях это не исключено. Главная задача социально-трудовой реабилитации пожилых людей в домах-интернатах состоит в организации их трудовой занятости и общественно-полезной деятельности.

Для реализации этих задач в домах-интернатах созданы лечебно-трудовые мастерские (в 80,1 % учреждений), подсобное хозяйство (в 85,7 % учреждений), осуществляется трудоустройство.

Несмотря на довольно ограниченные потенциальные возможности пожилых людей, часть из них трудоустроена на штатных должностях в домах-интернатах.

Следует отметить, что специализированных реабилитационных отделений для молодых инвалидов в домах-интернатах общего типа не существует, несмотря на явную необходимость в них. В этих отделениях должны решаться вопросы протезирования, обеспечения этих инвалидов различными приспособлениями для приема пищи, осуществления рабочих операций, пере-

движения и т.д. Для молодых инвалидов важна помощь в обучении пользованию техническими средствами реабилитации, помощь в получении образования, приобретении профессий и в трудоустройстве. Для этой категории инвалидов необходима и психокоррекционная работа, направленная на совершенствование межличностных отношений, адаптацию к условиям проживания и т.д.

Для усиления реабилитационного аспекта деятельности домов-интернатов общего типа необходимо осуществить ряд мероприятий:

- разработать нормативно-правовую базу для стационарных учреждений системы социальной защиты для придания им статуса учреждений реабилитационного типа;
- создать оптимальную материальную базу для реализации реабилитационных целей этих учреждений (оснащение техническими средствами реабилитации, оборудование вспомогательными устройствами и приспособлениями);
- разработать программы обучения и адаптации;
- ввести в штат домов-интернатов реабилитационного типа психологов, специалистов по социальной работе, реабилитологов, трудотерапевтов, геронтологов, юристов и других специалистов;
- переориентировать весь персонал на изменение статуса учреждения, на смещение акцентов деятельности с «обслуживания» на активизацию, вовлечение проживающих в широкое самообслуживание и самообеспечение;
- организовать реабилитацию на основе обучающих программ.

Психоневрологический интернат как стационар по принципам содержания больных, по существу представляет собой учреждение, где организована «больничная» и «внебольничная» реабилитация, характерная для лечебных учреждений системы здравоохранения.

Реабилитационные мероприятия складываются из медикаментозного воздействия, трудовой терапии и терапии средой. В связи с тем, что клиническое состояние больных, находящихся в психоневрологических интернатах, отличается преобладанием не продуктивных, а дефицитарных симптомов и характеризуется

относительной стабильностью, медицинская реабилитация носит «подчиненный» характер. Значительно больший акцент делается на организации образа жизни, на воздействие «организованной» среды, если учесть многолетнее пребывание инвалидов в условиях социальной изоляции.

Реабилитационные мероприятия в рамках терапии средой, социально-средового воздействия осуществляются в зависимости от особенностей контингента. Выделяются 3 категории психически больных в этих учреждениях: лица с выраженной и глубокой умственной отсталостью (40,7 %), больные шизофренией (25,0 %), и инвалиды с интеллектуально-мнестическими расстройствами (34,3 %) различного генеза.

Создание терапевтической среды для умственно отсталых лиц преследует цель организации направленного образа жизни, формирование санитарно-гигиенических и хозяйственно-бытовых навыков, вовлечение их в активную общественно-полезную деятельность (помощник библиотекаря, культработника), побуждение интересов и потребностей. При организации досуга важное место занимают познавательные-развивающие мероприятия, развитие коммуникативных способностей.

Для больных шизофренией терапевтическая среда – это создание ситуаций, которые требуют активизации деятельности, собранности, способности принять решение. Это реализуется путем введения свободного режима содержания, который предполагает бытовую независимость больных, возможность перемещения в пределах интерната без постороннего контроля.

Для больных с интеллектуально-мнестическими нарушениями социально-средовая реабилитация – это мероприятие по информированию их о службах дома-интерната, по хронологической ориентации, по поддержанию коммуникативных способностей.

Социально-средовая реабилитация требует участия специалистов по социальной работе, психологов, реабилитологов.

Организация социально-трудовой реабилитации инвалидов в психоневрологических интернатах также носит дифференцированный характер.

Для лиц с умственной отсталостью основным содержанием является формирование навыков производительного труда,

элементарных профессиональных навыков. Делается акцент на развивающей, корригирующей и социализирующей роли труда, формировании установок на труд, более зрелых потребностей и мотивов труда.

В зависимости от уровня сформированности трудовых и профессиональных навыков умственно отсталые лица заняты трудовой деятельностью различной «социальной ценности»: хозяйственно-бытовой труд, работа в ЛТМ, в постоянных (временных) выездных бригадах, на штатных должностях.

Для больных шизофренией социально-трудовая реабилитация имеет целью их эмоциональную активизацию, побуждение интересов, восстановление межличностных связей, адаптацию в психоневрологическом интернате. Утраченная в результате длительного хронического заболевания способность планирования деятельности и прогнозирования результатов ограничивает их участие в таких элементарных видах труда, как шлифовка простых деталей, резка шнура, клейка пакетов и т.д., т.е. видов труда стереотипного характера.

Для умственно отсталых лиц разработаны обучающие программы: обучение профессии швеи, плотника, штукатура-маляра, сапожника, навыкам работы грузчика, дворника, подсобного рабочего в прачечной, на пищеблоке, сельскохозяйственным видам труда.

Получение трудовых и профессиональных навыков обеспечивает умственно отсталым лицам возможность социально интеграции, реализация которой зависит от многих других (социально-экономических) условий.

Для создания системы медико-социальной реабилитации инвалидов с хроническими психическими заболеваниями в условиях психоневрологических интернатов на основе использования базовых программ реабилитации необходимо:

- разработка нормативно-правовой базы для переориентации части этих учреждений в истинно реабилитационные, с приданием им статуса реабилитационных центров;
- разработка программы обучения инвалидов новым конкурентоспособным видам труда с учетом современной социально-экономической ситуации;
- создание современной материально-технической ба-

зы реабилитации с оснащением ЛТМ и подсобного хозяйства новыми механизмами, инвентарем, оборудованием;

- введение в штат психоневрологических интернатов реабилитологов, социальных педагогов, трудотерапевтов, психологов.

Среди стационарных учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста реабилитационный профиль имеют и геронтологические центры. Рассмотрим один из них.

Геронтологический центр «Переделкино» является многопрофильным стационарным учреждением системы социальной защиты населения, осуществляющим медико-санитарное и социально-бытовое обслуживание ветеранов войны и труда пожилого и старческого возраста, направленное на восстановление и укрепление их физического статуса и духовной активности с целью реабилитации и интеграции в общество.

Основными задачами Геронтологического центра являются:

- социальная защита прав и свобод проживающих в центре граждан преклонного возраста;
- медико-социальное обслуживание нетрудоспособных ветеранов войны и труда преклонного возраста;
- проведение по дифференцированным программам мероприятий, направленных на социально-бытовую реабилитацию и интеграцию обслуживаемых в общество;
- совершенствование социально-бытовой и психологической приспособляемости лиц, находящихся на постельном и полупостельном режиме содержания к условиям центра;
- апробация, обобщение и внедрение в практику передового зарубежного и отечественного опыта, разработок научно-исследовательских учреждений по обслуживанию граждан преклонного возраста;
- подготовка и обучение специалистов стационарных учреждений социального обслуживания территорий для работы с гражданами преклонного возраста.

В соответствии с основными задачами Геронтологический центр осуществляет:

- прием и размещение по отделениям ветеранов войны и труда преклонного возраста с учетом тяжести состояния и

проведения возможных мероприятий по их социально-бытовой адаптации к новым условиям и реабилитации;

- квалифицированное медицинское обслуживание, своевременную диагностику скрыто протекающих патологий, осложнений и обострений хронических заболеваний;

- организацию совместно с лечебно-профилактическими учреждениями консультативной помощи обслуживаемым лицам и перевод их в случае необходимости в соответствующие учреждения органов здравоохранения для оказания специализированной помощи;

- организацию трудотерапии проживающих, направленной на укрепление их здоровья;

- организацию рационального питания проживающих с учетом требований геродиетики;

- социально-бытовое обслуживание, оказание психологической помощи проживающим и их родственникам, содействие в реализации предоставленных проживающим льгот и преимуществ (проезд, санаторное лечение и др.).

Лицам, занимающимся трудовой деятельностью в лечебно-производственных (трудовых) мастерских и на подсобном сельском хозяйстве, выплачивается 75 % стоимости выполненных работ, с зачислением остальных 25 % на смету специальных средств, которые расходуются на улучшение питания и культурно-бытового обслуживания проживающих.

В последние годы выявилась возрастающая потребность инвалидов и лиц пожилого возраста в реабилитации, а следовательно, в реабилитационных учреждениях. Выявились и возможности некоторых учреждений системы социальной защиты, в частности, центров социального обслуживания в организации реабилитационных мероприятий.

В соответствии с нормативным документом¹ в структуре центра социального обслуживания значатся отделение дневного пребывания, социально-реабилитационное отделение. Цель этих отделений – способствовать продлению активного образа жизни,

¹ Постановление Минтруда России «Об утверждении примерного положения о центре социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» от 8 июля 1997 г. № 36.

занятию посильной трудовой деятельностью в рамках лечебно-трудовых мастерских.

В частности, отделение социальной реабилитации инвалидов предназначается для практического осуществления мероприятий по социальной реабилитации.

Решение о создании отделения принимается при наличии в центре социального обслуживания необходимого для проведения реабилитационных мероприятий набора помещений, отвечающих санитарным и противопожарным требованиям, правилам охраны труда и техники безопасности, а также с учетом удобств транспортного сообщения для передвижения инвалидов и других факторов, обеспечивающих доступность и инвалидам получения квалифицированной реабилитационной помощи.

Отделение свою деятельность по реабилитации инвалидов осуществляет во взаимодействии с учреждениями, занимающимися реабилитацией инвалидов – здравоохранения, образования, социальной защиты, занятости и другими, развивает и поддерживает контакты с общественными объединениями, религиозными организациями и гражданами в интересах эффективной реабилитации инвалидов.

Основными задачами деятельности отделения являются:

- реализация индивидуальных программ реабилитации инвалидов в части мероприятий по социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации, профессиональной ориентации;
- оказание инвалидам, проходящим реабилитацию, а также членам их семей консультативно-правовой помощи по вопросам социальной защиты инвалидов;
- выявление и учет инвалидов, нуждающихся в реабилитации.

В отделении выделяются различные специализированные кабинеты.

В кабинете социально-бытовой адаптации осуществляется:

- обучение самообслуживанию, пользованию бытовыми приборами, организации жизни в быту, ведению домашнего хозяйства;
- выработка практических навыков независимого образа жизни;

- развитие личных интересов и побуждений к здоровому образу жизни;
- восстановление здоровья с помощью организации отдыха, развлечений, спортивных игр и занятий;
- обучение членов семьи инвалида уходу, помощи, общению с ними;
- помощь в адаптации в обществе после выписки из отделения, определение потребности в видах социальной помощи и содействие в ее получении, доставка инвалидам кресло-колясок.

В структуру отделения социальной реабилитации вводятся лечебно-производственные (трудовые) мастерские (ЛТМ), предназначенные для проведения мер профессиональной реабилитации инвалидов, профориентации, профотбора, профадаптации, а также трудовой терапии.

Таким образом, социальная реабилитация пожилых людей и разных категорий инвалидов может осуществляться и в нестационарных учреждениях социального обслуживания.

Создание таких отделений расширяет возможности получения действенной и разнообразной реабилитационной помощи инвалидам и пожилым людям в учреждениях, физически для них достигаемых.

Примером может служить работа экспериментального центра реабилитации инвалидов в Самарской области.

Постановлением Губернатора Самарской области в июне 1999 года было создано государственное учреждение "Экспериментальный центр реабилитации пожилых граждан Самарской области". Учредителем Экспериментального центра выступило Главное управление социальной защиты населения области (ныне - департамент социальной защиты населения области). Разработан и утвержден устав центра и положение о структурных подразделениях.

На момент создания Экспериментального центра не существовало четкой законодательной базы, позволяющей разработать единый подход к вопросам реабилитации престарелых граждан, формированию структуры центра, штатной численности. Не было и определенных методик работы с пожилыми людьми. В тот момент трудно было переоценить значение тех

знаний и практических навыков, которые приобрели специалисты социальных служб области во время реализации проекта Тасис. На начальном этапе они-то и легли в основу деятельности Экспериментального центра.

Сотрудники центра (18 человек) в рамках проекта прошли обучение основным аспектам реабилитации пожилых граждан, принципам безопасного перемещения и обращения с клиентом, использованию подъемных устройств и специального оборудования, четверым из них вручены сертификаты с правом обучения.

Основная цель работы Экспериментального центра реабилитации пожилых граждан Самарской области - обеспечение социально-психологической адаптации пожилых людей к изменившейся среде жизнедеятельности. Основным средством в достижении поставленной цели является создание необходимых условий и предоставление возможностей для реализации личностного потенциала в старости, продления активного образа жизни пожилых людей. Важное значение имеет повышение социального статуса пожилого человека в обществе путем активизации его участия в общественной жизни.

В основные задачи центра входит:

- реализация комплекса государственно-правовых и организационно-практических мер, направленных на социальную адаптацию и интеграцию пожилых граждан и инвалидов в общество;
- разработка и внедрение новых форм и методик, способствующих восстановлению их способностей к бытовой, общественной и профессиональной деятельности с целью обеспечения последовательности, комплексности и непрерывности осуществления реабилитационных мероприятий;
- определение конкретных форм помощи, периодичности ее предоставления гражданам, нуждающимся в социальной реабилитации, исходя из состояния здоровья и возможности самообслуживания;
- формирование информационных банков данных по учету пожилых граждан и инвалидов, нуждающихся в социально-бытовой адаптации и социально-средовой ориентации;

- взаимодействие с органами государственной исполнительной и законодательной власти, общественными объединениями, органами местного самоуправления, благотворительными фондами, учреждениями МСЭ, предприятиями всех форм собственности по вопросам организации социальной реабилитации и адаптации граждан пожилого возраста и инвалидов;
- разработка методических рекомендаций по вопросам реализации мероприятий по социальной реабилитации и внедрение их в практику деятельности соответствующих учреждений;
- подготовка информационно-аналитических материалов о состоянии реабилитации пожилых граждан и инвалидов, проживающих на территории области, определение потребности лиц с ограниченными возможностями жизнедеятельности в реабилитационных мероприятиях;
- организация подготовки кадров и повышение квалификации специалистов социальных служб, общественных организаций и предприятий различных форм собственности, а также обучение граждан по социально-бытовой адаптации и социально-средовой ориентации.

Для реализации вышеперечисленных задач в центре действуют 3 структурные подразделения:

- Отделение социальной реабилитации, основными функциями которого являются выявление потребностей получателя в мерах социальной адаптации, осуществление мероприятий по социальной реабилитации, обучение навыкам самообслуживания (в том числе обучение владением ТСР), ухода и поведения в быту (самостоятельно одеться, приготовить пищу, выполнить правила личной гигиены). Кроме того, специалистами отделения проводится работа с семьей пожилого человека, оказывается содействие в организации досуга (клубы по интересам, посещение культурно-массовых мероприятий и т.п.) и активного отдыха (физкультурные мероприятия и др.).
- Отделение психологической реабилитации, основными функциями которого являются проведение психокоррекционной работы с пациентом (в том числе и с его семьей). Эта работа

направлена на улучшение или восстановление умственного компонента деятельности, который включает в себя память, внимание, концентрацию, распознавание, последовательность, решение проблем, способность к обучению, социальное поведение и др., а также социально-культурного компонента деятельности, который включает в себя ценность (значимость) человека, интересы человека, личное восприятие собственных ролей и др. и духовного компонента деятельности, который связан с представлениями человека о своей цели в жизни, аспектами жизни и т.п.

- Отделение организационно-методической работы, основными функциями которого являются оказание методической и консультативной помощи учреждениям и работникам, которые занимаются вопросами реабилитации. Организуется теоретическое и практическое обучение вопросам реабилитации специалистов по социальной работе, студентов, медицинских работников. Выпускаются собственные методические разработки. Оказывается консультативная помощь семьям, в которых проживают пожилые люди и инвалиды по вопросам социально-психологической адаптации.

Необходимо отметить, что при Экспериментальном центре создан Совет из представителей администрации ДСЗН, общественных организаций, руководителей социальных служб, директоров ЦСО и ЦМСР, активных пожилых граждан. В функции Совета входит координация деятельности Экспериментального центра, отработка мероприятий по социальной реабилитации, оказанию консультативной помощи по интересующим престарелых граждан вопросам, привлечению пожилых людей на добровольной основе к участию в работе Экспериментального центра.

Экспериментальным центром проводятся занятия по изучению оборудования и приемов ухода за пожилыми гражданами с ограниченными возможностями здоровья. Обучение проходят специалисты, занимающиеся вопросами реабилитации, студенты учебных заведений, представители общественных организаций инвалидов, групп взаимопомощи, члены семей, в которых проживают пенсионеры и инвалиды. Это помогает изучить возможности адаптации пожилых людей к своему новому статусу, проводить оценку клиентов в центре и использовать эти навыки в

повседневной жизни, правильно отбирать необходимое оборудование и применять его в отношении людей пожилого возраста и инвалидов. На сегодняшний день свыше 300 человек прошли курсы обучения. Полученные знания широко используются на практике в учреждениях здравоохранения, социальной сферы и по месту жительства пожилых граждан и инвалидов.

Образовательные учреждения для инвалидов как тип реабилитационных учреждений

В основе деятельности образовательных учреждений лежит профессиональное обучение инвалидов. Оно базируется на следующих принципах:

- ориентация обучаемых на новые сферы трудовой деятельности (предпринимательство, малый бизнес);
- обучение конкурентоспособным профессиям;
- дифференцированный подход к обучению с учетом характера дефекта и степени функциональных нарушений;
- единство процесса профессионального образования и социализации личности, возможность ее реинтеграции в общество;
- социальная защищенность инвалида в период профессиональной подготовки.

Существует три варианта образовательных учреждений для профессионального обучения инвалидов:

- обычные учебные заведения начального, среднего и высшего профессионального образования;
- специальные учебные заведения для инвалидов;
- условия производства.

В системе Министерства труда и социального развития РФ имеется 12 средних специальных учебных заведений и 31 профессионально-техническое училище. В отличие от учебных заведений массового типа в специальные учебные заведения принимаются лица с различными отклонениями в физическом и умственном развитии, с различным уровнем подготовки (от 4 до 12 классов), разного возраста (от 16 до 40 лет).

Основной задачей профтехучилищ и техникумов-интернатов является обучение определенным квалификацион-

ным профессиям в тех случаях, когда они не имеют специальности, а также переобучение инвалидов, если по состоянию здоровья они не могут продолжать работу в своей профессии. Срок обучения зависит от выбранной профессии и составляет от 1 года до 4 лет. Техникумы-интернаты готовят для производства специалистов со среднетехническим образованием.

Главной задачей учреждений начального профессионального образования инвалидов системы социальной защиты населения является проведение профессиональной реабилитации, в том числе, профессиональной ориентации, получение инвалидами профессионального образования в комплексе с мероприятиями по медицинской и социально-бытовой реабилитации, содействие в трудоустройстве.

Профессиональное училище осуществляет реализацию образовательных программ начального профессионального образования, обеспечивающих приобретение обучающимися конкретной профессии соответствующего уровня квалификации с получением среднего (полного) общего образования.

В специализированные учреждения начального профессионального образования принимаются инвалиды I, II, реже III группы с основным общим образованием, средним (полным) образованием, начальным профессиональным.

Процесс обучения и профессионального становления тесно связан с процессом социализации личности. Процесс профессионализации рассматривается как составляющая процесса самоопределения.

Выделяют три уровня процесса профессионального становления личности в системе профессиональной подготовки:

1. Существенное развитие личности, становление человека.
2. Формирование и самореализация личности в процессе трудовой деятельности как существенной составляющей социального и профессионального становления личности.
3. Регуляция и саморегуляция формирования личности как биосоциальной системы.

Помимо профессионально-технических училищ и техникумов имеются и высшие учебные заведения для инвалидов. Так, в Москве с 1991 г. работает институт-интернат для инвали-

дов с нарушениями функций опорно-двигательной системы, в котором инвалиды получают высшее образование на факультетах иностранных языков, экономическом, юридическом, прикладной математики, редакционно-издательском. При институте работает центр социальной реабилитации, который помогает решать проблемы психологической и физической реабилитации студентов-инвалидов. Имеется тренажерный зал, комнаты психологической разгрузки с опытными инструкторами и индивидуальной программой реабилитации.

Таким образом, задачей образовательных реабилитационных учреждений является не только дать возможность инвалидам овладеть специальными знаниями, умениями, навыками, но и создать условия для успешной социально-психологической адаптации.

В последние годы в России растет число реабилитационных центров самого разного профиля. Так, в Пензенской области работает Центр реабилитации молодых инвалидов (ЦРМИ), в котором социальная реабилитация осуществляется через проведение социально-бытовой адаптации и социально-средовой ориентации инвалидов.

Социально-бытовая адаптация это:

- специальное обучение навыкам самообслуживания, ухода за собой, передвижения и перемещения;
- помощь в подборе технических средств реабилитации и обучение пользованию ими;
- разработка индивидуальных решений вопросов адаптации жилищно-коммунальных условий, рабочего места для нужд инвалида.

Для проведения этой работы в ЦРМИ оборудованы учебные модели кухни, гостиной, санитарно-бытовых помещений. Эти помещения оснащены мебелью и всем основным оборудованием, которое встречается инвалиду в его собственном доме или квартире. Кроме основного оборудования (холодильник, электрическая плита, раковина, утюг, швейная машина, телевизор и др.) помещения снабжены специальным оборудованием, поставленным по программе ТАСИС и помогающим инвалиду быть независимым в повседневной деятельности и в самооб-

служивании. Очень часто наши клиенты испытывают трудности в элементарных действиях, т.е. они не могут включить плиту, нарезать хлеб, сделать бутерброд, почистить овощи, принять пищу без посторонней помощи. Используя же специальные коврики из нескользящего материала, накладные бортики для тарелки клиент и т.п. самостоятельно может принимать пищу.

Инвалид с одной рабочей рукой или страдающие ДЦП, используя разделочную доску с шипами, или специальное устройство для закрепления овощей и фруктов могут отрезать себе хлеба, сыра, колбасы, почистить картофель, лук и т.д. Пациенты, испытывающие затруднение с подвижностью пальцев рук, могут воспользоваться столовыми приборами с большими ручками, контурные устройства, позволяющие без труда повернуть какие либо выключатели, например, включить или выключить электрическую плиту.

Инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата учатся одеваться при помощи деревянной палочки с крючком, облегчающим одевание, ложкой для обуви с длинной ручкой, расческой с длинной ручкой, приспособлениями для надевания носков и чулок. Для особо тяжелых больных, передвигающихся с помощью кресла-коляски, очень удобен поднос для мытья головы в раковине, передвижной стульчак на колесиках, велокресло для душа, кроватиное подъемное устройство "веревочная лестница".

Для решения вопросов адаптации жилых помещений к потребностям инвалидов специалист-реабилитолог посещает дома пациентов и дает рекомендации по перепланировке жилых и санитарно-гигиенических помещений, использованию поручней, пандусов и т.п.

Социально-средовая ориентация - это коррекция когнитивного, социокультурного, духовного компонентов деятельности индивида.

Для реализации этих задач в ЦРМИ используются:

*** Психокоррекционная работа**

Большая роль в этой деятельности отводится психологу. В частности для получения навыков общения психологом ЦРМИ разработан социально-психологический коммуникативный тренинг, цель которого повышение компетентности в об-

щении, приобретение знаний, формирование умений, навыков общения, развитие установок, определяющих поведение в общении. Кроме этого разработана программа психокоррекционных упражнений, направленных на снижение уровня раскогласования в мотивационно-личностной сфере инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата.

* На базе ЦРМИ практически апробирован и действует **метод арттерапии (терапии искусством)**

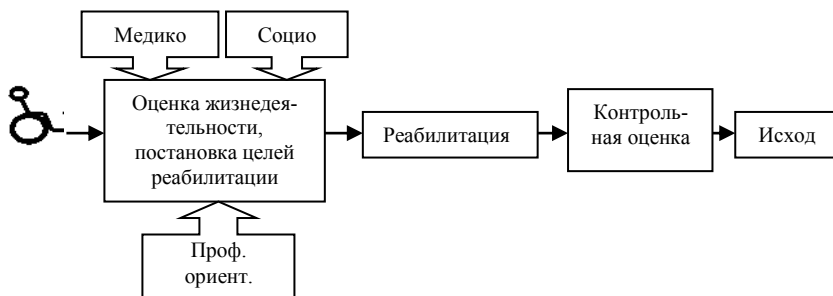
Пациенты ЦРМИ воплощают в художественном творчестве свои чувства, надежды и ожидания, страхи, сомнения, конфликты и ожидания. Под руководством педагогов и психолога пациенты Центра рисуют карандашами, лепят, вышивают, конструируют и мастерят кукол из различных материалов. Реабилитация творчеством достаточно эффективна потому, что предоставляет инвалиду возможность приобрести опыт собственной художественной деятельности. В ЦРМИ работают педагоги дополнительного образования, которые занимаются преподаванием изобразительного искусства и прикладного народного творчества, которые считают, что основой воспитания и образования являются красота природы, человека и человеческой мысли, красота отношений, красота созданных трудом человека предметов. В основе занятий - метод тематических заданий, когда пациенты знакомятся с народным искусством, а затем сами выполняют задания в материале: дереве, ткани, бумагопластике и т.д. Педагоги ЦРМИ владеют методикой художественного обучения на занятиях, предусматривающей необходимость создания поисковых "проблемных" ситуаций, индивидуальный подход к инвалиду, учитывающий нарушение опорно-двигательного аппарата и состояние здоровья пациента, методикой обучения, развивающей самостоятельность и инициативу. Как одно из средств терапии искусством можно считать создание при Центре театральной студии. Уроки театра не ставят цели подготовить актёра, задача - заставить человека раскрепоститься, почувствовать радость от деятельности.

* **Досуговая деятельность**

В рамках этого направления проводятся вечера встреч, отдыха и общения, дискотеки, тематические просмотры видео-

фильмов, выпускается информационный материал для инвалидов и т.п.

Схема работы ЦРМИ



В настоящее время ЦРМИ работает в режиме дневного стационара и ежедневно может обслужить 25-30 человек.

ЦРМИ работает преимущественно с детьми и взрослыми инвалидами в **возрастном** интервале от 4-5 до 50 лет, а иногда, если это интересно и важно с точки зрения успеха реабилитации, и с людьми старшего возраста.

На реабилитацию принимаются инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата в результате неврологических, травматологических, ревматологических заболеваний.

Центр обслуживает инвалидов бесплатно.

Противопоказания для пребывания в ЦРМИ:

- острые и подострые стадии основного заболевания
- острые интеркуррентные заболевания
- хронические заболевания в стадии обострения или декомпенсации
- любые психические заболевания со склонностью к обострениям
- злокачественные новообразования
- кахексия
- обширные трофические язвы и пролежни
- гнойно-некротические заболевания

- острые инфекционные и венерические заболевания до окончания сроков изоляции.

Инвалид поступает в ЦРМИ, имея при себе медико-социальную документацию (медицинскую карту, заключение МСЭ, карту индивидуальной программы реабилитации).

В течение одного - двух дней проводится медико-социальная оценка нарушений жизнедеятельности пациента, формируются цели и задачи реабилитации и индивидуальная программа. Оценка производится посредством проведения интервью с пациентом, специальных тестов, выявляющих способность к той или иной деятельности, наблюдения за поведением пациента, изучения его социального окружения. По результатам оценки формируется индивидуальная программа реабилитации инвалида. Все данные заносятся в специальные реабилитационные карты, которые включают в себя результаты оценки жизнедеятельности, программу реабилитации, план реабилитационных мероприятий, количественный контроль качества реабилитационного процесса по всем направлениям с помощью контрольной оценки. Программа реабилитации в ЦРМИ включает в себя обязательное активное участие пациента в процессе. С помощью специалистов-реабилитологов пациенты формируют свои цели и оценивают их достижение.

Продолжительность реабилитации в ЦРМИ индивидуальна для каждого пациента и зависит от тяжести поражения, эффективности реабилитации, желаний пациента.

Один раз в неделю в ЦРМИ проводятся заседания медико-социальной комиссии с участием представителей служб медико-социальной реабилитации и социальной работы, на которых обсуждаются и корректируются программы реабилитации инвалидов.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие задачи решает реабилитационное учреждение?
2. В чем сущность типологии реабилитационных учреждений?
3. Какие задачи решает реабилитационный центр для умственно отсталых лиц?

4. В чем состоят особенности деятельности реабилитационного центра для инвалидов?
5. В чем проявляется реабилитационная деятельность домов-интернатов?
6. Какова роль отделения социальной реабилитации центра социального обслуживания?
7. Опишите сущность и реабилитационное содержание образовательных учреждений для инвалидов.

Рекомендуемая литература

1. Временное типовое положение об отделении социальной реабилитации инвалидов Центра социального обслуживания. Утверждено приказом Комитета социальной защиты населения Москвы от 26 июня 1966 г. //Сб. законодательно-нормативных документов по профессиональной реабилитации и занятости инвалидов. М., 2000, с. 177-183. Комитет труда и занятости Правительства Москвы. Некоммерческий фонд «Социальный партнер».
2. Вопросы организации Московского института-интерната для инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Постановление Совета министров РСФСР от 31 июля 1991 г. № 414.
3. Гусева Н.К. Основы социальной защиты больных и инвалидов в Российской Федерации. Н. Новгород, 1999, 502 с., НГМА.
4. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан. М., 1991, 135 с., ЦИЭТИН.
5. Дементьева Н.Ф., Модестов А.А. Дома-интернаты: от призерения к реабилитации. Красноярск, 1993, 195 с.
6. Дементьева Н.Ф. Перспектива реабилитационной ориентации центров социального обслуживания //Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 1999, № 2, с. 11-13.
7. Постановление Минтруда России «Об утверждении примерного положения о центре социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» от 8 июля 1997 г. № 36.

8. Положение о геронтологическом центре «Переделкино». Утверждено приказом Минсоцзащиты России от 4 мая 1994 г. № 62
9. Примерное положение о реабилитационном учреждении. Утверждено постановлением Минтруда России, Минздрава России, Министерством общего и профессионального образования России от 23 декабря 1996 г. № 21/417/515.
10. Примерное положение о реабилитационном центре для лиц с умственной отсталостью. Указание Минсобеса РСФСР от 11 сентября 1990 г. № 1-136-У.
11. Сборник программ трудового обучения лиц с глубокой умственной отсталостью (под ред. Н.Ф. Дементьевой). М., 1989, Минсобес РСФСР, ЦИЭТИН, 47 с.
12. Соколова И.А. Организация социальной реабилитации инвалидов на базе муниципального центра социальной защиты населения //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2000, № 2, с. 35-37.
13. Устав реабилитационного центра для инвалидов. Утвержден приказом Комитета социальной защиты населения г. Москвы от 3 апреля 1996 г. № 81.
14. Федеральный Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». СЗ РФ, 1995, № 48, ст. 4563.
15. Светкина Г.Д. социальная защита пожилых людей в Самарской области. М., 2002.
16. Лазарев В.Ф., Долгушин А.К. Модель центра медико-социальной реабилитации молодых инвалидов. М., 2002.

§ 2. Опыт реабилитации инвалидов за рубежом

Особенности развития реабилитации инвалидов всегда находятся под воздействием специфических условий развития каждой отдельной страны.

Так, характерным примером в этом отношении служит сравнение двух моделей социального обслуживания - европейской и американской. На европейском континенте социальное обслуживание формировалось под воздействием распада общинных и межобщинных связей и, соответственно, ослаблением поддержки нуждающихся со стороны их ближайшего окружения.

В Америке же, акцент смещался в сторону опоры на собственные силы, на личную инициативу, на высвобождение от влияния государственных структур. Это нашло свое отражение в социальной политике США, роль государства которых до 1933 г. была весьма слабой.

В США инвалиды в первую очередь обеспечиваются пенсией и страхованием от несчастных случаев. Для них, наряду с этим, организуется медицинское обслуживание. Специализированные виды обслуживания предусмотрены для нетрудоспособных.

На основании законов об обеспечении инвалидов и лиц, имеющих недостатки умственного развития, местные органы власти США в пределах своей территории отвечают за социальную поддержку инвалидов. Практически она осуществляется с помощью специализированных инвалидных организаций и фондов, так как муниципалитеты (за плату) привлекают их для оказания инвалидам значительной части положенных по закону услуг. Основными среди услуг являются: жилищно-бытовое устройство, транспорт, предоставление работы, обучение, адаптация, выплата специальных пособий и компенсаций. Последние предусмотрены для проведения мероприятий социально-реабилитационного характера, способствующих повышению дееспособности инвалида, а также на протезирование, профессиональную подготовку или общее образование.

Адаптационная подготовка помогает инвалиду приспособиться к состоянию, возникающему в результате увечья или болезни, учит пользоваться разными техническими и другими средствами, предусмотренными для поддержки этой категории населения. К адаптационной подготовке привлекаются члены семьи и близкие инвалидов. Ее цель - обеспечить социальную и психологическую самостоятельность, укрепить дееспособность инвалида. Подготовка к труду призвана облегчить трудоустройство инвалида, укрепить его стремления приспособиться к работе и добиться в ней успеха.

Помощь инвалиду в обустройстве жилья призвана создать условия для нормального и независимого быта, самообслуживания. Благодаря переустройству квартиры, приобретению специальных приспособлений удастся наладить жизнь инвалида дома, а не в стационаре. Устранить или уменьшить неудобства - главное в перестройке квартиры. К приспособлениям, повышающим дееспособность инвалида, относятся: автомобиль, специально оборудованный мотороллер, дополнительное оборудование для автомобиля, информационно-текстовая аппаратура к телевизору, телефон с подключенным дисплеем, устройства, позволяющие заниматься посильными видами физкультуры и спорта. Для их приобретения инвалиду выплачивают специальные пособия.

Оказывая транспортные услуги, социальные службы доставляют человека с тяжелыми формами инвалидности на работу, в учебное заведение, на культурные мероприятия, в бассейн и т.д.

Большой интерес представляет практика социального обслуживания инвалидов и людей, имеющих физические недостатки, в Великобритании. Здесь широкий круг организаций обеспечивает помощь людям-инвалидам, которых можно разделить на 3 группы: частные владельцы домов, зарабатывающие тем, что они обеспечивают уход; общественный сектор, состоящий из благотворительных организаций, которые оплачивают штат и другие расходы за счет государственных фондов, пожертвований отдельных граждан и гонораров за предоставляемые услуги; местные власти, которые обеспечивают большую часть социальных услуг инвалидам. Обычно они ищут квалифицированных работников для работы по месту жительства, в

дневных центрах, в пансионатах и общежитиях, в больницах или в условиях интернатов или дневных школ.

Социальные службы мобилизуют все возможности для того чтобы помочь людям жить дома. Те, кто нуждается в дополнительной поддержке в дневное время, могут посещать дневной центр, находящийся в пределах досягаемости от их дома.

Существуют несколько типов дневных центров, как в подчинении местных органов, так и независимых или общественных агентств. Многие из центров включают обслуживание людей с физическими недостатками или трудностями в обучении. В них работают профессиональные команды, которые кроме социальных работников включают психологов, терапевтов, штат медсестер, инструкторов и учителей. Центры подготовки взрослых (ЦПВ) и центры социального обучения (ЦСО) продолжают тренинг с молодыми людьми, имеющими трудности в обучении после окончания школы. Упор делается на самообслуживание и приобретение социальных умений таких, как совершение покупок, приготовление пищи, обращение с деньгами, пользование общественными местами. Это позволяет пациенту жить в обществе и рассчитывать на собственные силы. В центрах также проводятся занятия по рисованию, рукоделию, работе по дереву, физкультуре, чтению и письму.

Некоторые ЦПВ и ЦСО имеют специальные подразделения по уходу за теми, кто страдает очень серьезными трудностями в обучении и нуждается в интенсивном лечении и поддержке. Часть ЦПВ имеют рабочие места для инвалидов (работа от простой сборки компонентов и рукоделия, до более сложных процессов, включающих использование резных и электроинструментов). Прогресс пациентов регулярно оценивается во время подготовки, и в некоторых случаях они могут перейти на самостоятельную работу под наблюдением. Штат ЦВП включает инструкторов, учителей и руководителей мастерских.

В центрах социального обучения внимание обращается на приобретение навыков общения и социализации. Службы социального обучения также предлагают альтернативные виды деятельности в дневное время, такие как групповая работа по месту жительства и др.

Не всегда бывает возможно обеспечить интенсивный или продолжительный уход за людьми с серьезными нарушениями на дому, особенно, если они одиноки или если семьи и друзья не справляются с этим. В таких случаях поддержка и уход за больными осуществляется непосредственно в интернате или пансионате.

В последнее время практикуется создание маленьких семейных групп из 3 или 4 инвалидов, которые проживают обособленно рядом с магазинами, общественным транспортом и развлекательными заведениями. Штат таких пансионатов зависит от функций, размера центра и нужд проживающих там людей. В большинстве интернатов есть старший служащий, смотритель или надзиратель, заведующий или ответственный по уходу за детьми и ряд лиц вспомогательного персонала, имеющих различные должности, например, помощник по уходу и др. Многие пансионаты нанимают поваров, уборщиц и садовников.

Инвалидам часто бывает нужно медицинское лечение, и больницы предоставляют кратко- и долговременные услуги по уходу амбулаторно или в клинике. Кроме медицинского и сестринского ухода, поддержки со стороны социального работника в больнице, инвалиды также могут получать лечение и терапию от психотерапевтов или трудотерапевтов. Инвалидов иногда помещают в больницу на короткие периоды, чтобы дать облегчение родственникам. Интересен опыт Польши по комплексной реабилитации инвалидов в рамках кооперации, которая осуществляет необходимые меры по подбору соответствующей профессии и обучению ей; обеспечению условий труда, отвечающих состоянию здоровья; по приспособлению рабочего места к имеющемуся дефекту и т.д. Кооперация инвалидов располагает возможностями для проведения не только медицинской, но и социальной реабилитации: организация активного отдыха во время работы и вне ее, проведение отпуска, обеспечение разнообразных форм социально-бытовой помощи инвалидам и их семьям.

Важными с этой точки зрения, представляются Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, принятых Генеральной Ассамблеей ООН.

Однако остаются нерешенными многие сложные проблемы инвалидов. Некоторые инвалиды теряют не только трудовые,

но и основные жизненные навыки и поэтому обречены на умирание. В такой ситуации особенно остро ощущается недостаток специальных служб и центров, в которых инвалидам могла бы быть оказана квалифицированная социальная, медицинская, психологическая и другие виды помощи. Вот почему полезно обратиться к зарубежному опыту работы с инвалидами, и, в частности к опыту Великобритании.

Большое внимание уделяется в этой стране социальной работе с населением, и особенно с инвалидами. Основной задачей английских социальных служб является помощь различным нуждающимся людям с различными физическими и психическими недостатками, в ведении нормальной жизни и способности ощущать себя полноценными членами общества.

Проблемы инвалидов решаются социальными работниками совместно с трудотерапевтами. Трудотерапия - одна из сравнительно молодых и быстроразвивающихся профессий. Главная цель трудотерапии - коррекция физического и психологического состояний инвалидов посредством специфической деятельности (трудовой), осуществляемой для оказания помощи инвалидам и достижения их независимости во всех аспектах повседневной жизни.

Трудотерапевты работают с инвалидами (различных возрастных групп) и престарелыми в центрах, в госпиталях, в школах, в департаментах социальных служб, в общине и на дому у клиентов.

В функции трудотерапевтов входят: оценка состояния инвалида, терапевтическая активность (советы, поддержка, подбор и установка оборудования, подбадривание, методы трудотерапевтического лечения), придание максимума независимости инвалиду и улучшения качества его жизни.

Работа трудотерапевта многогранна. Помощь и поддержка клиента трудотерапевтом подбирается конкретно под каждый индивидуальный случай. Это может быть: совет или практическая помощь; совместные усилия по оказанию помощи трудотерапевтом и социальным работником; изменение планировки дома инвалида или приобретение специального оборудования для него.

При обследовании клиента-инвалида на дому сначала производится оценка его нужд. Затем решается, какой вид помощи или услуг наиболее приемлем для него. Для оказания помощи в повседневной жизни возможно привлечение помощника по дому, работающего по необходимости каждый день или же несколько часов каждую неделю. Помощник по дому делает покупки, готовит пищу, стирает белье, моет инвалида.

Социальный работник из Департамента социальных служб определенного региона различных графств Великобритании оказывает инвалиду помощь в виде совета, поддержки и консультирования по личным и семейным делам инвалида. Трудотерапевт может оказать инвалиду помощь на дому в решении, какое оборудование или приспособление необходимо подобрать для облегчения жизни инвалиду.

Из общей суммы выделенных средств в Комитеты социальной защиты в графствах Великобритании, примерно 30% выделяется на социальную поддержку инвалида.

Департамент социальных служб имеет возможность предоставить взаимы необходимое оборудование для инвалида. Совет графств может выделить субсидию (дотацию) для оплаты частичной стоимости приобретения приспособления к дому инвалида (например, ската для кресла-коляски или установки туалета на 1 этаже дома инвалида).

Оказывается инвалиду помощь по телефону или по другим средствам связи (при необходимости).

Департамент социальных служб графства Норфолк оказывает помощь непосредственно 25.000 клиентам одновременно. Этот департамент более 700 тысяч фунтов стерлингов в год тратит на оборудование и приспособления к домам инвалидов с физическими недостатками. Община поддерживает свыше тысячи душевнобольных инвалидов. Кроме того, получают субсидии и другие платежи более 180 добровольных организаций.

Трудотерапевты и социальные работники помогают инвалидам и престарелым клиентам быстрее реабилитироваться после болезни и вернуться домой. В каждом госпитале есть отделение трудотерапии, где социальный работник и трудотерапевт вырабатывает совместную программу для каждого клиента. Эта программа согласовывается непосредственно с клиентом и его

семьей. Методы, используемые для пациентов в отделении трудотерапии, включают: применение адаптационного оборудования или инструментов; методы релаксации и управления стрессом; специфическую физическую активность; активность (деятельность) повседневной жизни; консультирование; индивидуальную или групповую работу по повышению социальной, физической и психологической функции; работу по оценке и подбору колясок для пациента.

Для больных детей и детей-инвалидов есть специальные детские отделения трудотерапии в госпиталях графства Норфолк. Возраст детей-клиентов отделения самый различный - от нескольких месяцев до 19 лет. Трудотерапевты в области педиатрии ставят главной задачей в своей работе развивать у детей оптимальный уровень независимости в повседневной жизни с точки зрения физической, психологической и социальной. Трудотерапевты также помогают инвалидам вести нормальную и интересную культурную жизнь вне дома; научиться новому мастерству в специальных дневных центрах. Если у инвалида возникает необходимость выехать из дома, то департамент социальных служб предоставляет ему транспорт (автомобиль или мини-автобус или автомобиль с гидравлическим лифтом).

Для облегчения жизнедеятельности существует масса различных реабилитационных фирм, которые могут предоставить по заказу инвалида (или по выбранному каталогу) любое оборудование, инструменты или средства для облегчения жизни (специальные сиденья в ванну, круговые ложки и вилки, а также различное физиотерапевтическое оборудование).

При социальных службах графства Великобритании существуют специальные службы по найму инвалидов на работу. В них инвалидам оказывается помощь в поисках работы, выделяется пособие для оплаты специального транспорта, обеспечивается рабочее место клиента необходимым оборудованием. Учреждения, которые принимают на работу инвалидов, получают месячное пособие в размере 6.000 фунтов для приобретения специальной техники (инвалидных колясок, лифтов для инвалидов, сигнальных систем со вспышками для слабослышащих пациентов). Инвалиды с тяжелыми заболеваниями могут выполнять работу на дому, и для этих целей им устанавливается спе-

циальное компьютерное оборудование. Для пациентов с полной или частичной потерей зрения выдается пособие для оплаты услуг чтеца (человека, который ему читает).

В Великобритании существует комплексная схема, доступная для помощи инвалидам в работе. В нее включены: специальные виды помощи по схеме занятости; доплата для рабочей силы на транспорт; приобретение приспособления к дому и оборудования; служба личного чтеца; работа на дому с технологией; введение в работу и т.д.

Информация о таких схемах и службах занятости для инвалидов размещена в Кодексе хорошей практики инвалидов и в буклетах, выпускаемых консультативными службами и центрами занятости инвалидов.

Инвалиды принимаются на работу с испытательным сроком (6 недель), при этом выплачивается субсидия в размере 45 фунтов в неделю. Штат центра занятости помогает обсудить каждую кандидатуру инвалида и подходящую для него работу с работодателями во всех конкретных случаях.

Таким образом, социальной работе с инвалидами в Великобритании уделяется очень большое внимание. Социальной защитой их занимаются как государственные, так общественные и частные организации. Такая социальная работа с инвалидами и работа трудотерапевтов дает нам образец качества социальных услуг, оказываемых инвалидам, и способа их организации. Способствует развитию международно признанным нормам обучения трудотерапевтов в различных странах Всемирная организация трудотерапевтов.

Теперь рассмотрим одно из успешных направлений работы с уязвимыми группами, получившей на Западе название "окупиациональной терапии".

Окупиационная терапия – терапия повседневными занятиями - форма профессиональной социальной работы, существующая в большинстве стран мира и занимающая важное место в команде специалистов социальной работы, здравоохранения, образования. Occupational therapy является интегральной частью комплексной программы медицинской, социальной и психолого-педагогической реабилитации. Это необходимый компонент эффективной помощи людям, испытывающим труд-

ности функционирования в повседневных ситуациях. Применение оккупациональной терапии достаточно широко, начиная от стимуляции рефлексов недоношенного младенца до обеспечения безопасности и независимости слабого пожилого человека. Специалиста по оккупациональной терапии в англоязычных странах называют Occupational Therapist, а для краткости используют аббревиатуру "ОТ". В шведском языке эта же профессия называется arbetsterapi, что ближе в русскому "трудотерапия".

Термин "трудотерапия" входит сегодня в профессиональную лексику сферы социально-реабилитационных технологий.

Министерство труда и социального развития в центрах социальной реабилитации вводит ставки трудотерапевтов. Специалисты, работающие в этой области, нередко называют себя "инструкторами по труду", способствующими с помощью труда ускорить восстановление утраченных жизненных функций человека и его выздоровление или способность самостоятельно обживать себя в бытовой среде.

Но в тоже время было бы ошибкой приравнять такой вид терапии к лечебной физкультуре. В российской практике многое из того, чем владеет оккупациональная терапия в странах Запада, имеется в арсенале медика, инструктора лечебно-физкультурного кабинета, дефектолога, с недавнего времени и социального работника, поскольку терапия социальным окружением входит в его сферу компетенции. Часто социальный работник выступает в роли координатора услуг, необходимых ребенку, взрослому или всей семье, добиваясь согласованной деятельности врача, педагога, психолога, трудотерапевта, других представителей социального окружения клиента, упрочивая сеть социальной и профессиональной поддержки всей семьи.

Поэтому трудотерапия, используемая как вид реабилитационной деятельности, это далеко не оккупациональная терапия. За рубежом специалистов этого направления готовят уже почти 70 лет. Особенно большое развитие оккупациональная терапия получила развитие в Великобритании, а также в США.

Посмотрим на образовательную программу по оккупациональной терапии одного из крупнейших американских университетов, чтобы понять, какими знаниями и навыками должен располагать этот специалист, Данная программа, главным обра-

зом, нацелена на формирование профессионала, способного работать в клинических центрах, обладающего развитыми исследовательскими и административными навыками.

Университет Северной Каролины в Чапел Хилле с 1976 г. имеет магистратуру по оккупационной терапии, куда поступают и те, кто получили бакалаврскую степень по другой специальности. Однако, чтобы поступить в магистратуру по оккупационной терапии (ОТ), абитуриент должен иметь сертификаты по следующим университетским курсам, которые он может пройти отдельно в других университетах или колледжах:

- анатомия и физиология человека с лабораторным практикумом,
- психология развития,
- психология аномального развития,
- социология: семья и общество,
- социология: социальные проблемы,
- исследовательский курс по статистике.

Поступив в магистратуру по ОТ, студенты изучают специальные дисциплины и в течение двух полных лет, проходят две практики в летнее время, защищают исследовательский проект и сдают экзамен перед окончанием образования. Для профессиональной сертификации существует специальный государственный экзамен, а в некоторых штатах требуется дополнительное лицензирование на право профессиональной практики, которую можно получить после выпускных экзаменов. В магистратуре осваиваются следующие курсы:

"Введение в ОТ", "Анатомия для ОТ", "Рост и развитие человека", "Биомеханика в ОТ/кинезиология", "Физическая реабилитация", "Психосоциальная реабилитация", "Профессиональные навыки в ОТ", "Оккупационная терапия и гериатрия", "Неврологические науки для ОТ", "ОТ и дети", "Организация исследований и статистика в ОТ", "Лидерство и администрация", "Прикладные исследования в ОТ", "Применение технологий в ОТ", "Исследование случая (case study)", "Теория и программа практики в ОТ", "Профессиональные проблемы в ОТ", курсы по выбору.

Что же является содержанием оккупационной терапии и кто нуждается в ее услугах?

Оккупациональная терапия начинается с функциональной диагностики, необходимой для определения числа и степени затруднении, которые испытывает человек, а также его ресурсов. Вместе с клиентом и другими членами команды оккупационный терапевт разрабатывает план реабилитации, зачастую используя обычные повседневные занятия в качестве средств восстановления или развития навыков. Например, когда человек оправляется от перенесенного инсульта, он возвращается к обычным ежедневным занятиям: умыванию, купанию, одеванию, приготовлению пищи, уходу за домом, возобновляет социальные контакты. Все эти элементы будут являться средствами реабилитации, и во многих случаях необходим совет специалиста, чтобы не допустить слишком резких нагрузок.

Часто важным средством реабилитации для детей, которым необходимо улучшение, координации зрения и рук, развитие мелкой моторики для того, например, чтобы добиться успеха в школьных занятиях, становится игровая деятельность. На протяжении курса реабилитации статус пациента часто пересматривается, при этом, изменения в реабилитационной программе обсуждаются с членами команды, врачом, самим пациентом и его семьей.

Ключевой элемент оккупационной терапии - это выбор видов занятий, которые не только формируют навыки, важнейшие для независимого функционирования, но и имеют значение для человека, нуждающегося в реабилитации. Скажем, достижение самостоятельности в приготовлении пищи является жизненно важной целью лишь для людей, которые прежде делали это, или должны делать сейчас, чтобы оставаться независимыми. Успешное удовлетворение потребностей индивида в контексте его окружения есть как бы некий товарный знак оккупационной терапии.

Таким образом, как направление в социальной реабилитологии оккупациональная терапия имеет две стороны: реабилитационную, направленную на продуктивную деятельность по собственному обслуживанию (умывание, причесывание.) и терапевтическую, направленную на восстановление утерянного навыка с помощью использования разных методов и специального оборудования (вязание, шитье...).

Кому предназначена оккупациональная терапия?

Оккупациональная терапия (ОТ) необходима детям с проблемами, связанными со следующими диагнозами:

- недоношенность;
- церебральный паралич или мускульная дистрофия;
- отклонения в развитии, включая умственную отсталость, spina bifida, врожденные аномалии;
- педиатрические заболевания, например, детский ревматический артрит;
- трудности в обучении (включая дислексию), школьная неуспеваемость;
- эмоциональные расстройства, поведенческие проблемы, аутизм, фобии.

Ранняя ОТ для детей с подобными проблемами позволяет:

- облегчить нормальное развитие и стимулировать раннее обучение;
- развить двигательные навыки, понимание себя, эмоциональную зрелость, когнитивную сферу, коммуникацию;
- достичь самостоятельности в жизненных навыках, включая самообслуживание, мобильность и социальную адаптацию;

ОТ необходима подросткам и молодежи с проблемами:

- семейной и социальной адаптации;
- алкогольной или наркотической зависимости, социопатологии поведения, расстройства аппетита;
- неврологической недостаточности на почве травм, ранений головного и спинного мозга;
- ортопедических ограничений на почве несчастного случая или заболевания;
- нервно-психических расстройств и трудностей в обучении.

ОТ для подростков и молодых людей позволит:

- улучшить сенсорику и моторику;
- увеличить мобильность, силу и выносливость;
- облегчить привыкание к протезам и проверять их функционирование;
- стимулировать здоровые, продуктивные взаимоотношения;
- получить предпрофессиональные и профессиональные навыки. ОТ необходима также взрослым с проблемами:

- профессиональных травм, включая ампутации, повреждения рук, ожоги;
- сердечнососудистых заболеваний (включая инфаркт миокарда), периферийных сосудистых заболеваний;
- психических заболеваний, угрозы психическому здоровью (включая реакции на стресс), алкогольной и наркотической зависимости, депрессии и шизофрении;
- неврологической дисфункции, включая опухоли мозга, склероз.

ОТ для этих индивидов позволит:

- увеличить возможности для самостоятельного функционирования в ежедневных занятиях, требующих применение физических, социальных и когнитивных навыков;
- расширить функции, используя терапевтическую деятельность или реабилитационные технологии, включая протезирование;
- помочь в поддержании и развитии выносливости, применяя техники консервации энергии и упрощения работы;
- обеспечить средства и технологии, компенсирующие недостаточность функции;
- развить приемлемые навыки решения проблем и управления жизненными ситуациями.

ОТ необходима пожилым людям с проблемами:

- утраты физических функций в результате артрита, сердечных заболеваний, рака, цереброваскулярной травмы, болезни Паркинсона;
- ослабления когнитивного функционирования по причине болезни Альцгеймера, органического поражения мозга, артериального склероза или депрессии.

ОТ для пожилых людей позволит:

- затормозить или предупредить дегенеративные эффекты старения или функциональных затруднений;
- увеличить самостоятельность в повседневной деятельности и связанных с ней навыков самообслуживания;
- предоставить объективную оценку когнитивного функционирования в связи с важнейшими жизненными навыками, скажем, такими, как обращение с деньгами, планирование питания и приготовление пищи;

- обеспечить адаптирующее оборудование, чтобы поддержать или усилить функциональную независимость;
- оценить жизненную среду в аспекте архитектурных или инвайронментальных барьеров;
- справиться с изменениями и утратами, сопутствующими пожилому возрасту;
- найти ресурсы в социальном окружении;
- распознать и оказать сопротивление депрессии.

Попутно оккупационный терапевт может обучить необходимым навыкам и тех, кто ухаживает за больным, престарелым или инвалидом, например:

- технике снятия физического и эмоционального стресса, связанного с уходом за кем-либо;
- способам определения и усиления возможностей человека для самостоятельной жизни;
- технике передвижения и позиции, позволяющим уменьшить затраты усилий того, кто оказывает уход;
- умению найти занятия, значимые и интересные для человека;
- умению подобрать адаптирующие механизмы, протезы и другие средства, которые могут упростить задачу ухода за больным;
- способам нахождения и применения ресурсов окружения, таких как временная няня или доставка обеда на дом;
- способам оборудования домашней среды для безопасности и мобильности.

Оккупациональная терапия за рубежом, например, является интегральной частью основного комплекса услуг здравоохранения, которые оплачиваются многим людям за счет мощных государственных программ и частных страховок. В частном секторе существует система фондов страхования от крупных корпораций. Среди государственных программ, которые покрывают эти расходы: например, в США успешно работают программы Medicare, Medicaid, Программа гражданского здравоохранения (CHAMPUS), Федеральная программа здравоохранения служащих (FENBP), Закон о реабилитации, Закон об образовании инвалидов, Закон о пожилых американцах, Программы охраны здоровья матери и ребенка, Программы услуг по охране психи-

ческого здоровья и лечения алкогольной и наркотической зависимости, Программы компенсаций государственным работникам.

Оккупациональная терапия выгодна не только социально-психологической, но и экономической точки зрения, так как позволяет:

- значительно сократить пребывание человека в больнице;
- уменьшить нужду в госпитализации и институционализации (содержании и учреждении);
- обеспечить скорейшее возвращение на работу;
- сократить число услуг и время ухода, требуемых после выписки из больницы;
- предотвратить осложнения и последующую инвалидность;
- облегчить возвращение человека в общество.

В ряде стран оккупациональные терапевты и ассистенты, но ОТ работают в разнообразных учреждениях и организациях, например:

- отделениях скорой помощи;
- центрах детского здоровья, детских поликлиниках;
- реабилитационных центрах;
- психиатрических больницах;
- общежитиях и центрах "на полпути" (halfway) для людей, возвращающихся к нормальной жизни;
- центрах психического здоровья, психиатрических диспансерах;
- государственных и частных школах;
- поликлиниках;
- центрах дневного ухода за детьми, детских садах;
- центрах для людей с нарушениями развития;
- в частной практике;
- центрах лечения ожогов;
- клиниках, специализирующихся на реабилитации рук;
- учебных центрах микрорайонов;
- пренатальных центрах интенсивной терапии;
- ортопедических клиниках;
- домах престарелых.

Таким образом, оккупациональная терапия представляет собой профессиональную деятельность в сфере социального

развития, здравоохранения и реабилитации. Специалисты по ОТ оказывают услуги людям любого возраста, имеющим физическую, эмоциональную, социальную недостаточность и вследствие этого нуждающимся в особой помощи, обучении функциональным навыкам, позволяющим вести независимую, продуктивную и удовлетворяющую их жизнь.

В России эта специальность пока еще не получила своего официального статуса. Но как новое направление деятельности, она, безусловно, перспективна.

Являясь междисциплинарной, она требует соединения усилий различных министерств и ведомств для её дальнейшего развития и лицензирования как самостоятельного вида деятельности. Поэтому, на наш взгляд, большой интерес представляет работа модельного Центра в Социально-технологическом институте Московского государственного университета сервиса.

В учебных планах всех факультетов определенное место отведено реабилитационным технологиям как неотъемлемой составляющей в работе с уязвимыми группами населения. Еще до того, как в апреле 2000 года реабилитология - новая профессия в социальной сфере - получила свой официальный статус, в СТИ была разработана учебная программа для практических работников социальных служб Московской области, имеющих высшее образование, по специализации "Трудотерапия и реабилитология". В июне 2000 г. они успешно защитили дипломные работы, связанные с этим направлением социальной работы, получили дипломы о втором высшем образовании.

С 2000/2001 учебного года СТИ МГУС начал обучение студентов на очном отделении факультета социальной работы со специализацией "Трудотерапия и реабилитология".

Благодаря участию в проекте СТИ МГУС получил возможность развивать существующую в вузе систему повышения квалификации и профессиональной переподготовки кадров для социальной сферы. Отделение дополнительного образования СТИ включилось в работу по повышению квалификации и переподготовке кадров в сфере социальной реабилитологии. Этому способствовали как создание и оснащение специализированным оборудованием учебного модельного центра с лабораторией оккупациональной терапии, так и ознакомительные поездки и ста-

жировки членов профессорско-преподавательского состава СТИ в Великобританию, обучающие семинары, проведенные в Москве и Московской области тренерами из Великобритании и Франции, конференции, организованные в рамках проекта.

Элементы социальной реабилитации и оккупациональной терапии (терапии повседневными занятиями) как важного ее направления включены в учебные планы практически всех курсов повышения квалификации (до 144 учебных часов) и профессиональной переподготовки (от 500 учебных часов) для специалистов разного профиля, работающих с уязвимыми группами населения. Предусмотрены обязательные учебные практические занятия и тренинга в лаборатории оккупациональной терапии.

Цель работы модельного учебного центра СТИ МГУС - содействие развитию профессии социального реабилитолога (трудотерапевта) посредством обучения преподавателей, руководителей и сотрудников системы социальной защиты населения, исследователей, аспирантов и студентов.

Задачи работы:

- участие в разработке и совершенствовании базового учебного плана подготовки социальных реабилитологов с адаптацией его для других видов обучения;
- обучение "учителей" более эффективным способам подготовки и переподготовки сотрудников социальных служб для инвалидов и престарелых;
- обучение профессии реабилитолога персонала социальных служб, занимающихся обслуживанием инвалидов и престарелых;
- подготовка научных трудов, разработка учебно-методических пособий и рекомендаций для реабилитологов;
- привлечение студентов к исследовательской и практической работе в области реабилитологии;
- пропаганда новой профессии среди руководителей системы социальной защиты населения, сотрудников социальных служб, членов общественных объединений социального профиля;

- активное использование лаборатории оккупациональной терапии СТИ в качестве экспериментальной модели социальной службы для инвалидов и престарелых в процессе всех видов обучения.

Модельный учебный центр Социально-технологического института МГУС располагает специально оборудованной в процессе осуществления проекта Тасис лабораторией оккупациональной терапии. Она представляет собой модель реабилитационного центра / жилой квартиры, приспособленной к жизнедеятельности индивида с ограниченными возможностями. В ее составе кухня со стандартным оборудованием (мебель, электрическая плита, обеденный стол со стульями), приборами и приспособлениями, необходимыми для самообслуживания клиента: приготовления и приема пищи, уборки, мытья посуды и т.п. Спальня оборудована кроватью с постельным бельем, мягкими креслами, столом-трансформером.

Комната отдыха предназначена для занятий спортом, восстановительной гимнастикой, рисования, досуговой деятельности. Здесь располагаются различные тренажеры для детей и взрослых, небьющиеся зеркала, приборы для определения нужды клиентов в трудотерапии и арттерапии, наборы специальных игр, приспособления для реабилитационной и адаптационной работы реабилитологов в соответствии с характером нарушений подопечных. В этом же помещении имеется оборудование для трудотерапии, в том числе электрическая швейная машина с набором фурнитуры, ножниц, игл и других предметов, а также художественные материалы для работы с группой.

В совмещенном санузле размещаются ванна и туалет, специально оборудованные приспособлениями, необходимыми для обеспечения независимого пользования ими людьми с ограниченными возможностями (подъемники, стульчаки для унитаза, сиденья для ванны и др.).

Мебель, электрическая плита, холодильник, стационарное оборудование ванной и туалета представлены отечественной продукцией, соответствующей обстановке и культуре быта населения в России. Большая часть приборов и приспособлений для самообслуживания, продуктивной и досуговой деятельности инвалидов и престарелых поступила из Великобритании.

**Учебный центр руководствуется в своей
деятельности следующими положениями:**

1. Социальная реабилитация - это комплекс мер, направленных на восстановление человека в правах, социальном статусе, здоровье, дееспособности. Этот процесс нацелен не только на восстановление способности человека к жизнедеятельности в социальной среде, но и самой социальной среды, условий жизнедеятельности, нарушенных или ограниченных по каким-либо причинам.

В рамках социально-реабилитационной деятельности выделяются различные компоненты, в их числе: медико-социальный, профессионально-трудоустройственный, социально-психологический, социально-ролевой, социально-правовой, социально-досуговый, социально-бытовой и др.

2. Сущность и содержание социальной реабилитации лиц с нарушениями, ограничениями жизнедеятельности и социальной недостаточностью заключаются в восстановлении не только здоровья, трудоспособности, но и социального статуса личности, ее правового положения, морально-психологического равновесия, уверенности в себе, способности к интеграции в общество.

3. Методики реабилитационного воздействия, дополняемые соответствующими частными технологиями социальной работы, определяются в зависимости от специфики объекта реабилитации.

Объектами социальной реабилитации являются:

а) дети с проблемами, связанными со следующими диагнозами:

- недоношенность;
- церебральный паралич или мускульная дистрофия;
- отклонения в развитии, включая умственную отсталость, spina bifida, врожденные аномалии;
- педиатрические заболевания, например, детский ревматический артрит;

- трудности в обучении (включая дислексию), школьная неуспеваемость;
- эмоциональные расстройства, поведенческие проблемы, аутизм, фобии.

Ранняя реабилитация детей с подобными проблемами позволяет:

- облегчить нормальное развитие и стимулировать раннее обучение;
- развить двигательные навыки, понимание себя, эмоциональную зрелость, когнитивную сферу, коммуникацию;
- достичь самостоятельности в жизненных навыках, включая самообслуживание, мобильность и социальную адаптацию;

б) подростки и молодежь с проблемами:

- семейной и социальной адаптации;
- алкогольной или наркотической зависимости, социопатологии поведения, расстройства аппетита;
- неврологической недостаточности на почве травм, ранений головного и спинного мозга;
- ортопедических ограничений на почве несчастного случая или заболевания;
- нервно-психических расстройств и трудностей в обучении.

Социальная реабилитация помогает:

- улучшить сенсорику и моторику;
- увеличить мобильность, силу и выносливость;
- облегчить привыкание к протезам и проверять их функционирование;
- стимулировать здоровые, продуктивные взаимоотношения;
- получить предпрофессиональные и профессиональные навыки.

в) взрослые с проблемами:

- профессиональных травм, включая ампутации, повреждения рук, ожоги;

- сердечно-сосудистых заболеваний (включая инфаркт миокарда), периферийных сосудистых заболеваний;
- психических заболеваний, угрозы психическому здоровью (включая реакции на стресс), алкогольной и наркотической зависимости, депрессии и шизофрении;
- неврологической дисфункции, включая опухоли мозга, склероз.

Социальная реабилитация этих индивидов позволит:

- увеличить возможности для самостоятельного функционирования в ежедневных занятиях, требующих применения физических, социальных и когнитивных навыков;
- расширить функции, используя терапевтическую деятельность или реабилитационные технологии, включая протезирование;
- помочь в поддержании и развитии выносливости, применяя техники консервации энергии и упрощения работы;
- обеспечить средства и технологии, компенсирующие недостаточность функции;
- развить приемлемые навыки решения проблем и управления жизненными ситуациями.

г) пожилые люди с проблемами:

- утраты физических функций в результате артрита, сердечных заболеваний, рака, цереброваскулярной травмы, болезни Паркинсона;
- ослабления когнитивного функционирования по причине болезни Альцгеймера, органического поражения мозга, артериального склероза или депрессии.

Социальная реабилитация пожилых людей позволит:

- затормозить или предупредить дегенеративные эффекты старения или функциональных затруднений;
- увеличить самостоятельность в повседневной деятельности и связанных с ней навыков самообслуживания;
- предоставить объективную оценку когнитивного функционирования в связи с важнейшими жизненны-

- ми навыками, скажем, такими, как обращение с деньгами, планирование питания и приготовление пищи;
- обеспечить адаптирующее оборудование, чтобы поддержать или усилить функциональную независимость;
 - оценить жизненную среду в аспекте архитектурных или инвайронментальных барьеров;
 - справиться с изменениями и утратами, сопутствующими пожилому возрасту;
 - найти ресурсы в социальном окружении;
 - распознать и оказать сопротивление депрессии.

4. Подготовка, профессиональная переподготовка и повышение квалификации специалистов по социальной реабилитологии, трудотерапии, социально-медицинской работе, оккупационной терапии организуются с учетом передового отечественного и зарубежного опыта и соответствуют реальным потребностям социальной защиты уязвимых групп населения во временном и пространственном параметрах.

5. В качестве преподавателей и руководителей практики приглашаются ведущие педагоги, ученые, работники управления социальной защиты населения, социальных служб России и других стран.

6. Лаборатория оккупационной терапии как модель социальной службы для инвалидов и престарелых служит основной базой для проведения занятий по реабилитологии для всех обучающихся в институте.

Вопросы для самоконтроля

1. Расскажите о работе с инвалидами в США.
2. Что такое трудотерапия? Какая страна наиболее преуспевает в развитии этого вида реабилитации?
3. Поясните термины «социальная реабилитация», «трудотерапия» и «оккупационная терапия». Что между ними общего и какие существуют различия?
4. Что является ключевым в «оккупационной терапии»?
5. Для кого предназначается оккупационная терапия?

Рекомендуемая литература

1. Социальная работа с инвалидами. / Под ред. Холостовой Е.И., Осадчих А.И. М., 1996.
2. Холостова Е.И. Оккупациональная терапия, как новое направление реабилитологии. / Сб. Развитие социальной реабилитации в России. М., 2000.
3. Лукьянова И.Е. Оккупациональная терапия – активный компонент медико-социальной реабилитации. / Сб. Развитие социальной реабилитации в России. М., 2000.
4. Основы реабилитации инвалидов в системе социальной работы. / Сб. Развитие социальной реабилитации в России. М., 2000.
5. Оккупациональная терапия в Великобритании. М., 1999.
6. Бадя Л.В., Холостова Е.И. Программа подготовки специалистов по социальной реабилитации в России. М., 2002.

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Абилитация. В международной практике комплекс услуг, направленных на формирование новых и усиление имеющихся ресурсов социального, психического и физического развития клиента.

Адаптация. Активные усилия индивидов в течение жизни достичь согласия с окружающей средой с целью выживания, развития и воспроизводства. А. есть также двусторонний процесс между индивидуумом и окружающей средой, часто стремящийся к изменению окружающей среды или к своему изменению под воздействием среды. Социальные работники, ориентированные на системные теории, считают, что помощь людям в преодолении периодов стрессов в жизни путем усиления или поддержки адаптационных способностей является центральной частью в их стратегии вмешательства.

Альтруизм. Бескорыстное внимание к благосостоянию других, сопровождаемое побуждением раздавать деньги, предметы, услуги или предоставлять свою дружбу.

Амнезия. Частичная или полная неспособность помнить прошлый опыт, что является результатом эмоциональных или органических факторов или комбинации обоих. Возвратная А. есть неспособность вспомнить события, происшедшие ранее какого-то времени. Антероградная А. есть неспособность помнить события, происшедшие после какого-то времени, чаще всего после начала амнезии.

Аномия. Отсутствие норм, ликвидация или сокращение социальных или личностных ценностей, норм и кодекса поведения. А. часто происходит в быстро меняющихся обществах или группах, подверженных катастрофическим стрессам. В подобных обстоятельствах люди становятся отчужденными, апатичными, лишенными целей, которые ставились ранее.

Библиотерапия. Использование книг, в первую очередь художественных, в лечении больных, страдающих от эмоцио-

нальных проблем или умственных расстройств. Б. часто используется в социальной работе в групповой терапии. Б. достаточно эффективна при работе с людьми всех возрастов, особенно с больными как госпитализированными, так и с амбулаторными.

Благотворительность. Добровольная деятельность граждан и юридических лиц по бескорыстной (безвозмездной или на льготных условиях) передаче гражданам или юридическим лицам имущества, в том числе денежных средств, бескорыстному выполнению работ, предоставлению услуг, оказанию иной поддержки. Признание социальной значимости Б. может выражаться в предоставлении льгот по уплате налогов, таможенных и иных сборов и платежей, других льгот, финансировании на конкурсной основе благотворительных программ и размещении государственных и муниципальных социальных заказов.

Возраст социальный. Понятие, отражающее определенную систему прав и требований, предъявляемых обществом к человеку на определенном этапе его жизни и сущность его отношений с окружающими, его общественное положение. Специфические характеристики В.С. определяются особенностями отношений индивида с наиболее референтными для него группами.

Временный уход. Форма ухода, предусматривающая кратковременное обслуживание больных, проживающих в определенном районе с тем, чтобы лица, ухаживающие за ними постоянно, могли получить отдых. Такой уход может быть обеспечен на дому или в учреждении.

Герiatricческая служба. Комплексная система медицинской, психологической и социально-бытовой помощи населению старше трудоспособного возраста.

Геронтология. Наука, изучающая процессы старения, а также его отдельные аспекты: биологические, психологические, социальные, медицинские, гигиенические и экономические.

Государственная политика в отношении ветеранов. Государственная политика в отношении ветеранов предусматривает: создание государственной службы по делам ветеранов;

разработку и исполнение целевых государственных и местных программ по социальной защите ветеранов, обеспечивающих реализацию прав и льгот, установленных настоящим Федеральным законом и иными нормативными правовыми актами для ветеранов и членов их семей; выделение из федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов средств, необходимых для реализации указанных программ; целенаправленную пропаганду с использованием средств массовой информации важности добросовестной военной службы и трудовой деятельности, престижа государственных наград за ратные и трудовые подвиги (ст. 8 Федерального закона "О ветеранах").

Государственный сектор социального обслуживания. В государственный сектор социального обслуживания входят органы управления социальным обслуживанием Российской Федерации, органы управления социальным обслуживанием субъектов Российской Федерации, а также учреждения социального обслуживания, находящиеся в федеральной собственности и собственности субъектов Российской Федерации (ст.26 Федерального закона "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов").

Группа взаимопомощи. Формальное или неформальное объединение людей, имеющих общие проблемы и встречающихся регулярно небольшими группами для оказания друг другу помощи, эмоциональной поддержки, обмена информацией и т.д. Г.В. сходна с группой самопомощи, но в ней могут быть профессиональные лидеры.

Дезадаптация. Разрушение адаптивных, приспособительных механизмов. В пожилом возрасте Д. проявляется в разрушении устоявшихся социальных связей вследствие потери работы, ухода из жизни друзей, близких, изменения социальных ролей и утраты доминирующего статуса в семье, ухудшения общего состояния здоровья и снижения подвижности.

Депрессия. Термин, применяемый для описания эмоциональных нарушений (от нормальных колебаний настроения в

повседневной жизни до подавленности и психических изменений, требующих лечения).

Длительный уход. Любые виды обслуживания, программы или деятельность, направленные на лечение, уход за лицами с длительными нарушениями функций. Обслуживание может быть обеспечено на дому или в учреждениях.

Дневной стационар для пожилых. Структурное подразделение в поликлинике, диспансере или стационаре, где пожилые хронически больные люди, не нуждающиеся в круглосуточном наблюдении, получают медицинскую помощь и вечером возвращаются домой.

Дневной центр для пожилых (отделение дневного пребывания для пожилых). В отечественной практике - структурное подразделение центра социального обслуживания населения. Предназначено для пожилых, не нуждающихся в специализированном уходе, которые сохранили способность к самообслуживанию, но в связи со снижением функций организма или изоляцией желают или нуждаются в том, чтобы находиться под наблюдением в течение дня и заниматься какой-либо посильной деятельностью. В дневном центре (отделении) осуществляется социально-бытовое, культурное, социально-медицинское обслуживание пожилых граждан, организация их питания и отдыха, привлечение к посильной трудовой деятельности и поддержание активного образа жизни.

Дом-интернат для престарелых и инвалидов. Медико-социальное учреждение, предназначенное для постоянного, временного (от 2 до 6 месяцев) проживания престарелых граждан (мужчины старше 60 лет, женщины старше 55 лет), инвалидов 1 и 2 групп, не имеющих медицинских противопоказаний и нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании, реабилитационных услугах.

Первоочередным правом на направление в Д.-И. пользуются одинокие граждане, а также лица, не имеющие родственников в данной местности.

Дом-пансионат с сестринским уходом. В ряде стран учреждение, предназначенное для длительного ухода за больными людьми и инвалидами, в котором обеспечивается жилье, сестринская помощь, другие виды обслуживания.

Дом для престарелых. Жилье, предназначенное для пожилых людей, которые нуждаются в уходе и внимании, но которым не требуется сестринский уход. Жильцы, как правило, получают больше видов бытовой помощи, чем в жилом доме с обслуживанием, и их жизнь более регламентирована.

Жилой дом для одиноких пенсионеров с комплексом служб социально-бытового назначения. Дом, состоящий из одно-двухкомнатных квартир, включающий в себя набор служб социально-бытового назначения: медицинский кабинет, библиотеку, помещение для клубной работы, столовую (буфет), пункты заказов на продовольственные товары, сдачи белья и вещей в прачечную или химчистку, а также помещения для трудовой деятельности и др.

Законодательство Российской Федерации о социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов. Законодательство Российской Федерации о социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов состоит из федеральных законов "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов", "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации", других федеральных законов, принимаемых в соответствии с ними иных нормативных правовых актов Российской Федерации, а также законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

Защита прав граждан пожилого возраста и инвалидов. Действия или бездействие должностных лиц органов государственной власти и органов местного самоуправления, предприятий, учреждений и организаций независимо от форм собственности, а также должностных лиц, повлекшие нарушения прав граждан пожилого возраста и инвалидов в сфере социального обслуживания, могут быть обжалованы в суд.

Нарушение законодательства Российской Федерации о социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов влечет за собой уголовную, гражданско-правовую и административную ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации (ст.38 Федерального закона "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов").

Иждивенец. Лицо, находящееся на полном содержании других лиц, в основном вследствие нетрудоспособности, нуждаемости или несовершеннолетия, или получающее помощь от других лиц, которая является основным и постоянным источником средств к существованию. И. обладает определенными правами в области пенсионного обеспечения в случае потери кормильца и т.д. Количество И. учитывается при начислении налогов на доходы физических лиц.

Инвалид. Гражданин, который вследствие физических или умственных заболеваний, травм или дефектов ограничен в своей жизнедеятельности и частично или полностью утрачивает трудоспособность.

Инвалидность (пожилых). Стойкое нарушение функций организма у пожилого человека в результате заболевания, ведущее к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию.

Интеграция в общество. Процесс восстановления разрушенных связей человека с обществом, обеспечивающий его включенность в основные сферы жизнедеятельности: труд, быт, досуг. Социальная интеграция - это своего рода итог социальной работы в той сфере, где человек был лишен возможности равноправно жить в обществе (бомж, инвалид, пожилой человек). И. достигается за счет социальной и реабилитации человека.

Клуб ветеранов. Одна из форм организационной, познавательной и творческой активности лиц пожилого возраста, имеющих звание "ветеран войны" или "ветеран труда". К. В. создаются на добровольных началах при различных общественных

организациях, социальных учреждениях, домах культуры, центрах здоровья, по месту жительства и др.

Клуб пожилых. Локальная программа для группы пожилых людей, объединенных общими интересами и запросами, предусматривающая проведение культурных, просветительских и социальных мероприятий на постоянной основе. Мероприятия осуществляются самими пожилыми людьми или социальными службами.

Койки временного ухода. Койки, резервируемые для кратковременного пребывания пожилых людей, за которыми обычно ухаживают члены семьи, с тем, чтобы последние могли на какое-то время отлучиться. Такие койки могут быть предоставлены в домах для престарелых, в медико-социальных отделениях при больницах.

Личная карта клиента. Форма, используемая некоторыми социальными работниками и социальными службами для ведения специальных целенаправленных записей процесса вмешательства к случае с каждым клиентом. В Л.К.К. содержится начальная информация, план вмешательства, оценки состояния клиента, записи происходящих прогрессивных изменений.

Льготы по инвалидности. Законодательством Российской Федерации установлены следующие льготы для различных категорий инвалидов: льготы по оплате лекарств, санаторно-курортного лечения; по транспортному обслуживанию, ремонту технических средств реабилитации; по приобретению, строительству, получению и содержанию жилья; по оплате коммунальных услуг, услуг учреждений связи, предприятий; торговли, культурно-зрелищных и спортивно-оздоровительных учреждений; а также по налогообложению и кредитованию (ст.ст.31, 32 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

Люди с особыми потребностями. Люди, которые из-за определенных проблем, расстройств не могут полностью участвовать в деятельности социальных институтов и получать поло-

женную им поддержку без вмешательства профессионалов и других помощников.

Медико-социальная экспертиза. Процедура освидетельствования и признания гражданина инвалидом (определение группы инвалидности) на основе комплексной оценки состояния здоровья, степени ограничения жизнедеятельности, потребности в мерах социальной защиты. При определении степени ограничения жизнедеятельности учитывается полная/частичная утрата человеком способности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свою деятельность, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Медицинская модель. Подход в социальной работе к оказанию помощи людям, построенный в соответствии с формами и методами, используемыми многими врачами. Он включает в себя отношение к клиенту как к больному, которого надо лечить, сравнительно меньше внимания уделяя факторам среды, в которой живет клиент, установление диагноза при помощи весьма специфических терминов и рассмотрение проблемы с позиции обычного клинического подхода.

Медицинская помощь на дому. Обслуживание на дому пациентов подготовленным и квалифицированным медицинским персоналом, включая медицинских сестер, патронажных медицинских сестер и вспомогательный персонал. К такому обслуживанию относится; медицинский уход, пропаганда медицинских знаний и обучение им, рекомендации по питанию, а также двигательная, логопедическая и трудовая терапия.

Надомная работа. Организация труда в домашних условиях людей с ограниченными физическими возможностями. Труд на дому способствует устранению или компенсации ограничений жизнедеятельности человека, приспособлению его к окружающей среде, восстановлению социального статуса и социальных связей, улучшению материального положения.

Негосударственный сектор социального обслуживания. Негосударственный сектор социального обслуживания по-

жилых и инвалидов объединяет учреждения социального обслуживания, деятельность которых основана на формах собственности, не относящихся к государственной и муниципальной, а также лиц, осуществляющих частную деятельность в сфере социального обслуживания. К негосударственному сектору социального обслуживания относятся общественные объединения, в том числе профессиональные ассоциации, благотворительные и религиозные организации, деятельность которых связана с социальным обслуживанием граждан пожилого возраста и инвалидов.

Деятельность субъектов негосударственного сектора социального обслуживания осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации (ст. 33 Федерального закона "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов").

Нормализация. Принцип социальной работы, реализуемый с помощью мероприятий по оказанию помощи пожилым людям и инвалидам в поддержании или восстановлении их образа жизни с целью максимального его приближения к обычному образу жизни данного общества.

Обеды на колесах. Доставка готовой пищи на дом. Эта работа проводится центрами социального обслуживания, а также общественными и религиозными организациями.

Обеспечение доступа (к услугам). Действия или мероприятия в рамках социальной программы или предлагающей свои услуги организации, обеспечивающие доступность услуг для клиентов. Различают три вида мероприятий в этой области:

- 1) оповещение населения о существовании службы, о ее функциях и требованиях;
- 2) установление ясной и доступной процедуры получения данных;
- 3) получение юридических консультаций по вопросу о преодолении препятствий на пути к получению услуг.

Одиночество. Состояние, вызванное сужением профессиональных, социальных, эмоциональных и других контактов.

Личностное О. возможно в результате частичной ("одиночество вдвоем") или полной изоляции от окружающих, вызванной деформацией способности устанавливать контакты в процессе самоотчуждения, исчезновения личностного своеобразия, конфликтов. О. может также быть результатом изменения внешних условий или является следствием сознательного свертывания социальных контактов человеком.

Опека. Одна из форм защиты личных и имущественных прав недееспособных граждан. Регулируется Семейным кодексом Российской Федерации и Гражданским кодексом Российской Федерации. О. устанавливается над детьми, не достигшими 15 лет, и над лицами, признанными судом недееспособными вследствие душевной болезни или слабоумия. Оформляют О. в отношении несовершеннолетних органы образования, в отношении недееспособных совершеннолетних - органы здравоохранения.

Организация индивидуальной помощи. Процесс организации индивидуального ухода, направленный на обеспечение обслуживания (государственного и на добровольных началах) данного человека. Организатор (это могут быть несколько человек) руководит и координирует планирование и обеспечение различных видов обслуживания, начиная от первичного выявления нужд человека до того момента, когда помощь больше не нужна.

Ответственность детей за родителей. Обязанность взрослых детей обеспечить эмоциональную, бытовую, финансовую поддержку своим родителям. Эта ответственность может быть основана на эмоциональной, культурной или религиозной основах, а в некоторых странах (в том числе Российской Федерации) - регламентирована законом.

Согласно Семейному кодексу Российской Федерации дети могут быть освобождены от обязанностей по содержанию своих нетрудоспособных, нуждающихся в помощи родителей, если судом будет установлено, что родители уклонялись от выполнения своих родительских обязанностей, а также в случае лишения последних родительских прав.

Отделение медико-социальной помощи при поликлинике. Структурное подразделение территориальной, поликлиники, возглавляемое врачом-гериатром. Оказывает амбулаторно-поликлиническую помощь лицам пенсионного возраста из декретированных групп населения (одинокое, участники и инвалиды войны, реабилитированные) и групп "риска". Осуществляет координацию медицинского и социально-бытового обслуживания лиц этой категории.

Отделение медико-социальной помощи при стационарах. Отделение (палаты) медико-социальной помощи является подразделением лечебного учреждения и предназначено для временного пребывания (от 1 до 3 месяцев) одиноких престарелых граждан и инвалидов, нуждающихся в круглосуточном уходе, медицинской реабилитации и социально-бытовой адаптации. Направление в эти отделения осуществляется органами социальной защиты населения. Финансирование затрат на содержание отделений производится за счет средств бюджетов различных уровней.

Право граждан пожилого возраста и инвалидов на социальное обслуживание. Граждане пожилого возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) и 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 пожилого возраста и инвалидов осуществляется по решению органов социальной защиты населения в подведомственных им учреждениях либо по договорам, заключаемым органами социальной защиты с учреждениями социального обслуживания иных форм собственности (ст.5 Федерального закона "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов").

Психоневрологический интернат. Медико-социальное учреждение системы социальной защиты населения, предназначенное для постоянного проживания пенсионеров и инвалидов, страдающих психоневрологическими заболеваниями и нуждающихся в постоянном уходе и медицинской помощи.

Психосоциальная оценка. Итоговое заключение, сделанное социальным работником на основе анализа личностных особенностей клиента и его взаимоотношений с окружающими для решения проблемы.

Психосоциальный терапевт. Специалист, фокусирующий свое внимание на проблемах межличностного и социального общения в дополнение к внутриспсихическим проблемам. П.Т. стремится мобилизовать имеющиеся ресурсы или создать необходимые условия для помощи людям в коррекции их поведения, личных качеств, ситуаций, Все это делается для достижения удовлетворительного функционирования в рамках ценностей и целей индивида и существующих возможностей общества.

Психотерапия. Особый вид взаимодействия между социальным работником (или психотерапевтом) и клиентом. Терапевтическая связь устанавливается для оказания помощи в решении симптомов умственного расстройства, стресса, проблем взаимоотношений, трудностей, возникающих в отношениях с социальным окружением. К методам психотерапии относятся психоанализ, семейная терапия, групповая психотерапия и т.д.

Реабилитация. В медицинской практике - осуществление различных программ, видов обслуживания или терапевтических мероприятий, способствующих оптимальному восстановлению нарушенных функций организма.

Система социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов. Совокупность социальных служб и социальных программ по предоставлению помощи и социальных услуг, направленных на удовлетворение потребностей данной категории граждан. Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов; осуществляется предприятиями и

учреждениями различных форм собственности, относящимися к государственной, муниципальной системам социальных служб и социальным службам иных форм собственности (ст.ст.4,19 Федерального закона "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации"). Социальные программы могут быть направлены на удовлетворение основных жизненных потребностей людей пожилого возраста и инвалидов, создание адекватных условий жизнедеятельности, на социальную адаптацию и поддержание активного социального функционирования.

Служба ночных сиделок. Организация в ряде стран помощи людям, проживающим дома и нуждающимся в уходе в ночное время. Эта услуга часто используется для предоставления передышки членам семьи, ухаживающим за больным.

Служба помощи на дому. Организация, оказывающая помощь пожилым и инвалидам по личному уходу и по ежедневному ведению хозяйства, включая стирку белья и приготовление обеда. Это позволяет ослабленным людям продолжать жить в своем доме. Служба помощи на дому имеет в своем распоряжении контролирующий персонал и может оказывать профессиональную медицинскую помощь и консультации. Например, в Швеции "помощь на дому" - общий термин для обозначения основной группы по оказанию помощи на дому, включая обеды на колесах, уход за ногами, покупки, а также помощь в доме.

Социальная защита инвалидов. Система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, компенсации ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества (ст.2 Федерального закона "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации").

Социальная мобильность. Перемещение индивидов между различными слоями социальной иерархии, сопровождаемое изменением социальной позиции, статуса, места, занимаемого в социальной структуре.

Социальная поддержка. Совокупность социальных услуг, медико-социальная, социально-экономическая, социально-бытовая, социально-психологическая, социально-педагогическая и иные виды помощи человеку со стороны государственных и негосударственных структур в период его кризисного состояния, в сложных жизненных ситуациях. Отличительные признаки С.П. - временный или частичный характер, активное участие самого нуждающегося в решении поставленных задач, использование элементов самоподдержки, возможная возвратность выделяемых финансовых средств.

Социальная работа в психиатрии. Социальная работа в лечебницах для душевнобольных. Социальный работник предоставляет психотерапевтические и другие социальные услуги для людей с умственными расстройствами в сотрудничестве с психиатром и другим медицинским персоналом, работает с членами семьи. Обычно такие работники имеют высокую квалификацию и опыт практической работы в области психиатрии.

Социальная реабилитация. Комплекс программ и действий, направленных на восстановление социальных функций человека, его социального и психологического статуса в обществе.

Социальная терапия. Термин, часто обозначающий деятельность социальных работников. По сравнению с психотерапией, С.Т. заключается в предоставлении конкретных услуг, организации клиенту поддержки окружения, помощи в решении социальных конфликтов и проблем.

Социальная фобия. Интенсивная продолжительная и беспричинная боязнь быть наблюдаемым, оцениваемым. Жертвы С.Ф. обычно боятся появляться в общественных местах, пользоваться общественными туалетами, банями и т.д. Как правило, они боятся показать свою встревоженность и быть униженными. Эта боязнь часто приводит к результату, которого они старались избежать.

Социально-консультативная помощь. Социально-консультативная помощь гражданам пожилого возраста и инва-

лидам направлена на их адаптацию в обществе, ослабление социальной напряженности, создание благоприятных отношений в семье, а также на обеспечение взаимодействия личности, семьи, общества и государства.

Социально-консультативная помощь гражданам пожилого возраста и инвалидам ориентирована на их психологическую поддержку, активизацию усилий в решении собственных проблем и предусматривает:

1) выявление лиц, нуждающихся в социально-консультативной помощи;

2) профилактику различного рода социально-психологических отклонений;

3) работу с семьями, в которых живут граждане пожилого возраста и инвалиды, организацию их досуга;

4) консультативную помощь в обучении, профессиональной ориентации и трудоустройстве инвалидов;

5) обеспечение координации деятельности государственных учреждений и общественных объединений для решения проблем граждан пожилого возраста и инвалидов;

6) правовую помощь в пределах компетенции органов социального обслуживания;

7) иные меры по формированию здоровых взаимоотношений и созданию благоприятной социальной среды для граждан пожилого возраста и инвалидов.

Организацией и координацией социально-консультативной помощи занимаются центры социального обслуживания, а также органы социальной защиты населения, которые создают для этих целей соответствующие подразделения (ст.23 Федерального закона "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов").

Социально-медицинское обслуживание на дому. Постоянный уход за гражданами, страдающими тяжелыми заболеваниями, но не требующими помещения в специализированные учреждения. Помимо социально-бытовой помощи, включает комплекс медицинских услуг, наблюдение за состоянием здоровья, поддержание контактов с лечащим врачом больного, профилактические мероприятия. Осуществляется социальным ра-

ботником и медсестрами специализированных отделений социальных служб.

Социальные службы. Предприятия и учреждения, независимо от форм собственности предоставляющие социально-бытовые, социально-медицинские, психолого-педагогические, социально-правовые услуги, оказывающие социальную поддержку и материальную помощь. С.С. проводят мероприятия по социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации. Сфера деятельности С.С. включает различные направления: социальное обслуживание на дому; постоянное обслуживание в стационарных учреждениях; предоставление временного приюта; организация дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания; консультативная помощь; социальный патронаж семей, детей и отдельных граждан, в том числе несовершеннолетних, с девиантным поведением, лиц, вернувшихся из мест лишения свободы; социальная помощь детям, оставшимся без попечения родителей; организация торгового обслуживания, социально-бытовых и ритуальных услуг; другое.

Стационарное учреждение социального обслуживания. Социально-медицинское учреждение, предназначенное для постоянного или временного (от 2 до 6 месяцев) проживания граждан пожилого возраста (мужчины старше 60 лет, женщины старше 55 лет), инвалидов 1 и 2 групп и детей-инвалидов, не имеющих медицинских противопоказаний и нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании, реабилитационных услугах, а дети-инвалиды также в обучении и воспитании. В зависимости от контингента проживающих стационарные учреждения социального обслуживания подразделяются на дома-интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты, детские дома-интернаты для умственно отсталых детей, дома-интернаты для детей физическими недостатками, иные учреждения, предоставляющие социальные услуги в стационарных условиях.

"Телефон доверия". Учреждение (предприятие) социального обслуживания для оказания экстренной психологической помощи и эмоциональной поддержки по телефону, как правило,

анонимно, профессионалами-психологами. "Телефоны доверия" находятся в ведении органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, общественных объединений и др.

Терапия воспоминаниями. Процедура лечения, первоначально используемая для пожилых людей, особенно в экзистенциальной терапии и логотерапии, когда клиент вспоминает и описывает жизненные события в индивидуальной беседе со специалистом или в группе. Чтобы рассказать о себе, клиент должен осмыслить свое прошлое и оценить значимость жизни.

Толерантность. Один из руководящих принципов социальной работы, утверждающий терпимое отношение к проявлениям непохожести во внешнем виде, поведении, ценностных ориентациях и т.д. других людей.

Тревожность. Ощущение тяжести, напряжения и надвигающейся опасности. Появление подобного ощущения у человека при отсутствии конкретной угрозы в окружении называется "плавающая тревожность". Ее частое возникновение, особенно в пожилом возрасте, мешает нормальной жизни и устраняет чувство благополучия, является проявлением неприспособленности.

Третий возраст. Обозначение для лиц старше принятого пенсионного возраста. Иногда употребляется для людей 65 лет и старше.

Трудовая деятельность граждан пожилого возраста и инвалидов. Граждане пожилого возраста и инвалиды могут приниматься на работу, доступную им по состоянию здоровья, на условиях трудового договора.

Гражданам пожилого возраста и инвалидам, работающим на условиях трудового договора, предоставляется ежегодный оплачиваемый отпуск продолжительностью 30 календарных дней. Законодательством не установлены ограничения прав указанных граждан, связанные с их возрастом.

Трудотерапия. Методы оказания помощи людям с физическими недостатками с целью научить их более умело обращаться со своим телом, а умственно неполноценных - преодолеть

вать эмоциональные проблемы, путем вовлечения их в специально организованную деятельность. Например, недавно ослепший человек может быть обучен выполнять работу по дому после прохождения практики под руководством инструктора на модели кухни. Большинство специалистов по трудотерапии работают в госпиталях, интернатах, школах, реабилитационных центрах.

Учреждения социального обслуживания. Учреждения, предназначенные для предоставления социальных услуг и помощи гражданам пожилого возраста, инвалидам, иным социально уязвимым группам населения.

Учреждениями социального обслуживания граждан пожилого возраста независимо от форм собственности являются комплексные центры социального обслуживания, центры социального обслуживания, центры экстренной психологической помощи по телефону, центры (отделения) социальной помощи на дому, дома ночного пребывания, специальные дома для одиноких престарелых, стационарные учреждения социального обслуживания (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты и др.), геронтологические центры, иные учреждения, предоставляющие социальные услуги (ст. 17 Федерального закона "О социальном обслуживании населения в Российской Федерации"). Учреждения социального обслуживания являются юридическими лицами и осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации (ст.30 Федерального закона "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов").

Формы социального обслуживания. Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов включает:

- 1) социальное обслуживание на дому (включая социально-медицинское обслуживание);
- 2) полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания;

- 3) стационарное социальное обслуживание в стационарных учреждениях социального обслуживания (домах-интернатах, пансионатах и других учреждениях социального обслуживания независимо от их наименования);
- 4) срочное социальное обслуживание;
- 5) социально-консультативную помощь;
- 6) предоставление жилого помещения в домах жилищного фонда социального использования.

Социальное обслуживание по желанию граждан пожилого возраста и инвалидов может осуществляться на постоянной или временной основе (ст. 16 Федерального закона "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов").

Хоспис. Форма оказания помощи, комплекс программ, услуг и учреждений для безнадежно больных людей. Подобная помощь обычно оказывается в учреждениях неболничного типа, где специалисты, добровольцы, семья и друзья стремятся к созданию домашней атмосферы и оказывают разностороннюю помощь больному.

Художественная терапия. Использование картин, скульптур и других произведений искусства влечении эмоциональных проблем. Х.Т. часто используется в социальной работе с группами и в групповой психотерапии, при амбулаторном лечении; рассматривается как эффективное средство в работе со здоровыми людьми, желающими использовать искусство как средство ускорения своего развития. В некоторых случаях клиенты создают собственные произведения и обсуждают их с терапевтами или с другими членами группы. В других случаях клиентам демонстрируют художественные произведения и просят рассказать о том, как эти произведения влияют на их чувства.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
РАЗДЕЛ I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ	5
§ 1. Научные концепции социализации и инвалидизации	5
§ 2. Сущность и содержание социальной реабилитации	19
§ 3. Социальные ограничения инвалидов и модели инвалидности	37
§ 4. Принципы и структура социальной реабилитации	47
РАЗДЕЛ II. СОЦИАЛЬНАЯ СРЕДА ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНВАЛИДОВ.....	70
§ 1. Жилая среда	70
§ 2. Градостроительная среда	79
§ 3. Социально-психологическая среда.....	96
§ 4. Образовательная среда как социально-реабилитационная среда для инвалидов.....	108
§ 5. Производственная среда как условие реализации социальной реабилитации инвалидов	120
§ 6. Физкультура и спорт как специфическая (оздоровительная) среда в социально-средовой реабилитации инвалидов	127
§ 7. Среда в стационарных учреждениях социального обслуживания лиц с ограниченными возможностями	145
РАЗДЕЛ III. ПРОГРАММЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	151
§ 1. Индивидуальная программа реабилитации инвалидов ...	151
§ 2. Социальная реабилитация лиц старших возрастов в стационарных учреждениях социального обслуживания	171
§ 3. Реабилитационная индустрия.....	188
РАЗДЕЛ IV. ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ИНВАЛИДОВ	196
§ 1. Особенности социальной реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата	196

§ 2. СОЦИАЛЬНО-СРЕДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА	211
§ 3. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ	217
§ 4. ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	224

РАЗДЕЛ V. ПРАКТИКА РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ИНВАЛИДОВ: ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ	233
§ 1. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	233
§ 2. ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ЗА РУБЕЖОМ.....	265
СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ	288