



ЗОЛОТОЙ ФОНД УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Е. И. ХОЛОСТОВА

# СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ИНВАЛИДАМИ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ



УДК 364.2  
ББК 65.27  
X73

**Рецензенты:**

*Е. А. Сигида* — доктор медицинских наук, заведующий кафедрой медико-психологической реабилитологии Московского государственного университета сервиса;

*В. А. Петросян* — кандидат социологических наук, заместитель директора Департамента социальной защиты населения Московской области.

**X73** **Холостова Е. И.** Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие. — М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2006. — 240 с.

ISBN 5-91131-054-6

В учебном пособии раскрываются теоретические аспекты социальной реабилитации инвалидов, ее сущность и виды. Дается описание моделей инвалидности, рассматриваются технологии социальной реабилитации различных категорий инвалидности. Описывается опыт социальной реабилитации за рубежом, а также практика работы учреждений социального обслуживания инвалидов.

Для студентов и аспирантов вузов социального профиля, специалистов системы *социальной* защиты населения.

УДК 364.2  
ББК 65.27

ISBN 5-91131-054-6

© Е. И. Холостова, 2006

## Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	4
I. ИНВАЛИДНОСТЬ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА.....	6
II. ПОЛОЖЕНИЕ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	26
III МОДЕЛИ ИНВАЛИДНОСТИ.....	31
IV. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ.....	41
V. ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ИНВАЛИДОВ.....	63
VI. СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ИНВАЛИДОВ.....	112
VII. ПРОГРАММЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ.....	144
VIII. ОПЫТ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ЗА РУБЕЖОМ.....	164
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	186
ЛИТЕРАТУРА.....	187
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	189

## ВВЕДЕНИЕ

Инвалидность является проблемой не одного человека или даже не части населения, а всего общества в целом. Постоянный рост инвалидности и численности инвалидов — с одной стороны, углубление внимания к каждому индивиду, вне зависимости от его физических, психических и интеллектуальных способностей, — с другой, совершенствование представлений о ценности личности и необходимости защищать ее права, характерное для демократического, гражданского общества, — все это предопределяет важность социально-реабилитационной деятельности в настоящее время.

Социальная специфика инвалидности заключается в правовых, экономических, коммуникативных, психологических и прочих барьерах, которые не позволяют людям с различными отклонениями здоровья активно включиться в жизнь общества и полноценно участвовать в ней. Только официально признано инвалидами по меньшей мере 10 млн человек, а с учетом данных о показателях физического, психического и социального благополучия всего населения — эти проблемы затрагивают каждого третьего человека.

В условиях современной России лица с ограниченными возможностями и их семьи являются одной из наиболее ущемленных категорий населения. Помимо общих социальных трудностей, характерных для значительной части населения в кризисной ситуации, они с большими трудностями адаптируются к негативным социальным изменениям, обладают пониженной способностью к самозащите, испытывают тактически стопроцентную малообеспеченность, страдают от недостаточности развития правовой базы, неразвитости систем помощи им со стороны государства и негосударственных организаций. Прежде действовавшие меры государственной политики, на-

правленной на решение проблем инвалидности и инвалидов, утрачивают свою эффективность. В условиях рыночной перестройки содержания и структуры экономических отношений возникла необходимость разработки новых принципов и подходов государственной политики в отношении лиц с ограниченными возможностями.

В то же время в последние годы предприняты определенные шаги по разработке и реализации достойной социальной политики в отношении инвалидов. Происходят изменения в идеологическом обосновании отношения общества к своим особым членам, Принципы полноценной жизни и равных возможностей для инвалидов медленно, постепенно, но неуклонно начинают утверждаться в сознании людей.

Стержнем социальной политики по отношению к инвалидам становится реабилитационное направление как основа формирования и укрепления психофизиологического, профессионального и социального потенциала личности, развитие технологий социальной работы.

Начинают реализовываться меры по созданию безбарьерной среды для инвалидов, что позволит уменьшить или ликвидировать значительную часть пространственных ограничений для них. Все большее внимание уделяется комплексной реабилитации, в системе которой находят свое место и меры профессионально-трудовой реабилитации, и социально-средовой адаптации инвалида.

Развертывается система нестационарных центров социального обслуживания лиц с ограниченными возможностями, которая призвана соединить возможности специализированных учреждений с квалифицированными кадрами, необходимым оборудованием и привычной социальной среды, семьи с ее мощным социализирующим реабилитационным потенциалом.

# I. ИНВАЛИДНОСТЬ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

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, патофизиологическими синдромами, психосоциальными 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.

Термин "инвалид" восходит к латинскому корню (valid — действенный, полноценный, могущий) и в буквальном переводе может означать "непригодный", "неполноценный". В российском словоупотреблении, начиная с времен Петра I, такое название получали военнослужащие, 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 в. термин распространяется и на штатских лиц, также ставших жертвами войны, — развитие вооружений и расширение масштабов войн все более подвергали мирное население всем опасностям военных конфликтов. Наконец, после Второй мировой войны, в русле общего движения по формулированию и защите прав человека в целом и отдельных категорий населения в частности, происходит формирование понятия "инвалид", относящегося ко всем лицам, имеющим физические,

психические или интеллектуальные ограничения жизнедеятельности.

В Федеральном законе от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" дается более полное определение инвалидности.

Инвалид — это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограниченной жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности выражается в полной или частичной утрате лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Слепые, глухие, немые, люди с нарушенной координацией движения, полностью или частично парализованные и т. п. признаются инвалидами в силу очевидных отклонений от нормального физического состояния человека. Инвалидами признаются также лица, которые не имеют внешних отличий от обычных людей, но страдают заболеваниями, не позволяющими им трудиться в разнообразных сферах так, как это делают здоровые люди. Например, человек, страдающий ишемической болезнью сердца, неспособен выполнять тяжелые физические работы, но умственная деятельность ему вполне по силам.

Социальные изменения, объективно происходящие в современном обществе и отражающиеся в сознании людей, выражаются в стремлении расширить содержание терминов "инвалид", "инвалидность". Так, Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) 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)<sup>1</sup>.

Все инвалиды по разным основаниям делятся на несколько групп:

- по возрасту: дети-инвалиды, инвалиды-взрослые;
- по происхождению инвалидности: инвалиды с детства, инвалиды войны, инвалиды труда, инвалиды общего заболевания;
- по характеру заболевания инвалиды могут относиться к мобильным, маломобильным и неподвижным группам;
- по степени трудоспособности: инвалиды трудоспособные и нетрудоспособные, инвалиды I группы (нетрудоспособные), инвалиды II группы (временно нетрудоспособные или трудоспособные в ограниченных сферах), инвалиды III группы (трудоспособные в шадящих условиях труда).

Критерием для определения первой группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи вследствие нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к резко выраженному ограничению какой-либо категории жизнедеятельности либо их сочетанию.

Критерием для установления второй группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к выраженному ограничению какой-либо категории жизнедеятельности либо их сочетанию.

Критерием для определения третьей группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая соци-



альной защиты или помощи вследствие нарушения здоровья со стойким незначительно или умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к не резко или умеренно выраженному ограничению какой-либо категории жизнедеятельности или их сочетанию.

Основными категориями жизнедеятельности, определяющими установление соответствующей группы инвалидности, являются:

— способность к самообслуживанию — способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены;

— способность к передвижению — способность самостоятельно перемещать в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамках выполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности;

— способность к трудовой деятельности — способность осуществлять деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему и условиям выполнения работы;

— способность к ориентации — способность определяться во времени и пространстве;

— способность к общению — способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации;

— способность контроля за своим поведением — способность к осознанию себя к адекватному поведению с учетом социально-правовых норм.

Также выделяют способность к обучению, ограничение которой может быть основанием для установления второй группы инвалидности, при сочетании с одной или несколькими другими категориями жизнедеятельности. Способность к обучению — это способность к восприятию и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и других), овладению навыками и умениями (социальными, культурными и бытовыми).

В зависимости от того, как сильно нарушены функции организма и насколько существенными являются ограничения жизнедеятельности, может быть установлена инвалидность I, II или III группы.

Рассматривая детскую инвалидность, обычно выделяют 10 категорий детей с отклонениями в развитии. К их числу относятся дети с нарушениями одного из анализаторов: с полной (тотальной) или частичной (порциональной) потерей слуха или зрения; неслышащие (глухие), слабослышащие или со специфическими речевыми отклонениями (алалия, общее недоразвитие речи, заикание); с нарушениями опорно-двигательного аппарата (церебральный паралич, последствия травм позвоночника или перенесенного полиомиелита); с умственной отсталостью и с различной степенью выраженности задержки психического развития (различные формы психического недоразвития с преимущественной несформированностью интеллектуальной деятельности); со сложными нарушениями (незрячие умственно отсталые, слепоглухие, слепоглухие с умственной отсталостью, слепые с нарушением речи); аутичные (активно избегающие общения с окружающими людьми).

Несмотря на все более впечатляющие успехи медицины, численность инвалидов не только не сокращается, но неуклонно растет, причем практически по всем типам обществ и всем социальным категориям населения.

В основе возникновения инвалидности лежит множество разных причин. В зависимости от причины возникновения условно можно выделить три группы:

- а) наследственно обусловленные формы;
- б) формы, связанные с внутриутробным положением плода, повреждением плода во время родов и в самые ранние сроки жизни ребенка;
- в) формы, приобретенные в процессе развития инвалида в результате заболеваний, травм, иных событий, повлекших за собой стойкое расстройство здоровья. Приобретенные формы инвалидности делятся на:

1. Инвалидность вследствие общего заболевания.
2. Инвалидность, приобретенная в процессе трудовой деятельности: вследствие трудового увечья или вследствие профессионального заболевания.
3. Инвалидность вследствие военной травмы.
4. Инвалидность, связанная с чрезвычайными ситуациями природного и техногенного характера: радиационные воздействия, землетрясения и иные катастрофы.

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 различных причин) его самого и общества в целом организовать полноценное развитие и социальное функционирование в условиях именно такого состояния здоровья.

Рассматривая нарушения опорно-двигательного аппарата необходимо отметить, что 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.

Все причины инвалидности и врожденные, и приобретенные можно разделить на:

— медико-биологические;

— социально-психологические (в том числе семейные, педагогические, бытовые и др.);

— экономико-правовые причины.

Медико-биологические причины заключаются в формировании патологий. Среди них основные места занимают:

— патология беременности;

— последствия травм (в том числе родовых);

— отравления;

— несчастные случаи;

— наследственно обусловленные болезни.

К причинам формирования патологий также относят и плохую организацию медицинского обслуживания:

— нерегулярность прохождения осмотров у специалистов;

— чаще всего не охватываются диспансеризацией инвалиды вследствие психических и нервных заболеваний;

— отсутствует систематическое наблюдение врачами;

— отсутствуют специализированные медицинские учреждения — отделения восстановительного лечения, реабилитационные центры;

— тяжесть патологии.

Среди биологических причин, в первую очередь, имеет значение возраст родителей, особенно матери при рождении ребенка. Среди социально-психологических причин инвалидности можно выделить:

— низкий образовательный уровень родителей, их невысокую грамотность в вопросах воспитания и обучения;

- психологическую напряженность в семье;
- плохие жилищные условия (отсутствие роста коммунальных удобств в повседневной жизнедеятельности, плохие санитарно-гигиенические условия),

Среди экономико-правовых причин инвалидности существенное значение имеют низкий материальный достаток семьи, незнание и практическое неиспользование своих прав на получение того или иного вида льгот, пособий, представление учреждениями здравоохранения и социальной защиты населения в необходимом объеме медико-социальной помощи инвалидам.

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 напрямую влияют как на здоровье взрослых, так и особенно на здоровье детей, затрудняют возможности скорректировать развитие тех, кто нуждается в усиленном уходе, дополнительной помощи для своей медицинской, психологической, педагогической и социальной реабилитации. Отсутствие навыков здорового образа жизни, неудовлетворенные стандарты питания, употребление суррогатов спиртных напитков также патогенно влияют на здоровье. Есть прямая и значимая зависимость между социально-экономическими трудностями и ростом инвалидизации.

Б 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.

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 врожденного 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 г. *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 мак-

симальной степени осуществлять обеспечение прав таких инвалидов; утверждались права на надлежащее медицинское обслуживание и лечение, а также право на образование, учение, восстановление трудоспособности и кровительство, 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 1989 г. 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, которые обеспечивают его достоинство, способствуют его уверенности в себе и облегчают его активное участие в жизни общества (ст. 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 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<sup>1</sup>.

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. Инвалиды 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 планирования и оценки деятельности.

<sup>1</sup> См.: Преодолевая барьеры инвалидности. М., 1997.



Правило 3 — *реабилитация* — предполагает предоставление инвалидам услуг по реабилитации с тем, чтобы позволить им достигнуть и поддержать оптимальный уровень самостоятельности и жизнедеятельности. Государства обязаны разрабатывать национальные программы реабилитации для всех групп инвалидов. В основе таких программ должны лежать фактические потребности инвалидов и принципы их всестороннего участия в жизни общества и равноправия. Подобные программы должны включать, в частности, базовую подготовку для восстановления или компенсации утраченной функции, консультирование инвалидов и членов их семей, развитие самообеспечения и предоставление, по мере необходимости, таких услуг, как осуществление экспертизы и предоставление рекомендаций. Инвалиды и их семьи должны иметь возможность участвовать в разработке программ, направленных на изменение их положения.

Государствам следует признать, что все инвалиды, которые нуждаются во вспомогательных устройствах, должны иметь возможности, в том числе финансовые, чтобы ими пользоваться. Это может означать, что вспомогательные устройства должны предоставляться бесплатно или по такой низкой цене, которая будет доступна инвалидам и их семьям.

Последующие правила формируют стандарты, касающиеся устранения барьеров между инвалидом и обществом, предоставления лицам с ограниченными возможностями дополнительных услуг, которые позволили бы им и их семьям реализовать свои права.

Так, в области образования государствами признан принцип равных возможностей в области начального, среднего и высшего образования для детей, молодежи и взрослых, имеющих инвалидность, в интегрированных структурах. Образование для инвалидов является неотъемлемой частью 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 инвали-

ды 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 приносит 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. п. 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 организации инвалидов должны привлекаться к участию в разработке планов и программ, касающихся инвалидов или затрагивающих их экономическое и социальное положение; потребности и интересы инвалидов по возможности следует 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.

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% населения<sup>1</sup>, 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

<sup>1</sup> См.: Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации / Под ред. А. И. Осадчих. М., 1999.

неуклонно возрастает, причем практически по всем типам обществ и всем социальным категориям населения. В основе возникновения инвалидности лежит множество от разных причин. В зависимости от причины ее возникновения условно можно выделить три их группы<sup>1</sup>: 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,

<sup>1</sup> См.: Дементьева Н. Ф., Устинова Э. В. Роль и место социальных работников в обслуживании инвалидов и людей. Тюмень, 1995.

непоследовательного или недостаточного лечения. Современного диагностического оборудования в стране недостаточно, оно сосредоточено только в крупных центрах, его дуги недоступны для большинства населения по стоимости. Следует указать также на низкий уровень культуры ряда родителей, их остаточную 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 невозможно, и они продолжают жить инвалидами.

Появились возможности спасти 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 принадле-



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

<sup>1</sup> См.: Социально-демографическое развитие в Западной Европе. М., 1992. С. 71.

<sup>2</sup> См.: Комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями вследствие заболеваний нервной системы / Методические рекомендации. М.-СПб., 1998. Т. 2. С. 10.

## **П. ПОЛОЖЕНИЕ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Число инвалидов в Российской Федерации постоянно увеличивается. Причинами роста являются следующие обстоятельства:

- 1) состояние здоровья населения в последние годы постоянно ухудшается;
- 2) возможности социальной сферы значительно уменьшаются;
- 3) движение по пути демократизации общественной жизни неизбежно подводит нас к необходимости организации полноценного выявления и всеобъемлющего учета инвалидов.

Следовательно, в перспективе ожидается увеличение числа инвалидов.

Инвалидизация населения в основном зависит от двух составляющих: биологической и социальной.

Биологическая составляющая определяет, насколько тяжело будут протекать различные заболевания в прогнозируемый период, и каковы будут при этом их исходы и анатомо-физиологические последствия.

Социальная составляющая прогноза должна учитывать возможности социальных механизмов восстановления и компенсации нарушенных или утраченных способов взаимодействия инвалидов и общества, а также возможность и готовность общества выделять достаточные средства и ресурсы для решения проблем инвалидов.

Анализ теоретических разработок и практического опыта, накопленных как у нас в стране, так и за рубежом, свидетельствует о том, что неизбежным спутником любых социально-экономических реформ является ухудшение общественного здоровья.

Можно ожидать, что число людей с нарушениями трудоспособности будет расти опережающими темпами по сравнению с количеством зарегистрированных инвалидов. Рост инвалидизации населения и "утяжеление" ее структуры будут наблюдаться при самом неблагоприятном сценарии развития социально-экономического кризиса.

При более быстром преодолении кризисных явлений и начале экономического оживления рост инвалидизации был бы более существенным, но структура инвалидизации "легче", чем при "пессимистическом" варианте развития событий.

Конкретный темп роста инвалидизации в этом случае во многом определяется соотношением размеров пенсий по инвалидности, по возрасту, пособий по безработице и других социальных выплат.

Численность инвалидов в Российской Федерации в настоящее время составляет 10,8 млн человек.

Ежегодно впервые признаются инвалидами до 1,5 млн человек. В последующем чуть более 5% из них полностью восстанавливают свою трудоспособность и не имеют ограничений жизнедеятельности, тогда как остальные 95% пожизненно остаются инвалидами.

Наряду с ростом численности инвалидов происходит и качественное изменение их контингента. Среди впервые признаваемых инвалидами растет удельный вес лиц трудоспособного возраста.

Инвалиды тяжелой степени (1—2 гр.) составляют более 2/3 от общего числа инвалидов (79,6%). Свыше 1 млн человек требуют постоянной посторонней помощи и ухода.

В настоящее время работу имеют лишь 14,8% инвалидов трудоспособного возраста. Не более 34,3% инвалидов могут удовлетворить свои потребности в профессиональном обучении.

Около 80 тысяч инвалидов нуждаются в автономных средствах передвижений. В минимальных объемах удовлетворяются потребности инвалидов в технических средствах реабилитации, облегчающих их труд и быт.

Федеральный закон от 2 августа 1995 г. № 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" определил меры социальной поддержки инвалидов как на федеральном так и региональном уровнях, установив базовый перечень реабилитационных мероприятий, осуществляемых для инвалидов.

Служба медико-социальной экспертизы (МСЭ) преобразована в федеральную государственную службу. Количество выдаваемых инвалидам индивидуальных программ реабилитации ежегодно возрастает и составляет свыше полумиллиона.

Развивается сеть организаций, оказывающих протезно-ортопедическую помощь инвалидам. Данные представлены на рис. 1.

• В Российской Федерации функционируют 68 государственных протезно-ортопедических предприятий, 5 специализированных фирм, изготавливающих полуфабрикаты для протезов и ортопедическую обувь, 77 негосударственных предприятий по изготовлению протезно-ортопедических

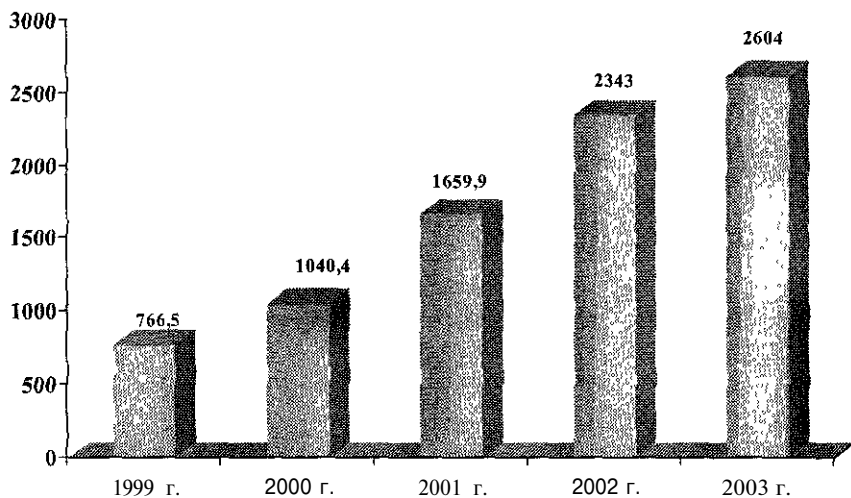


Рис. 1. Диаграмма объема продукции, работ и услуг протезно-ортопедических предприятий, млн руб.

изделий, слуховых аппаратов, транспортных средств реабилитации.

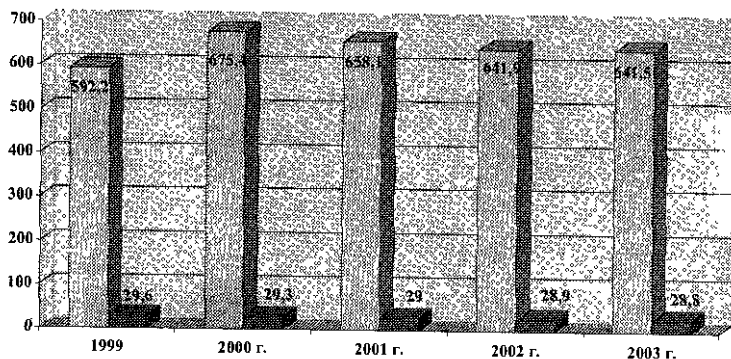
- Ежегодно протезно-ортопедическую помощь получают около 1 млн человек.

- Объем продукции, работ и услуг протезно-ортопедических предприятий увеличился за 4 года с 0,8 до 2,6 млрд рублей.

- Номенклатура выпускаемых реабилитационных изделий за последние годы увеличилась с 20 до 300 наименований.

Дальнейшее развитие получило развитие национальных социальных программ по поддержке инвалидов, предусматривающих интеграцию инвалидов в общество.

Распространенность детской инвалидности представлена на рис. 2.



■ число детей-инвалидов ■ в том числе находящихся в домах-интернатах системы социальной защиты

Рис. 2. Диаграмма детской инвалидности

- Более 640 тысяч детей являются инвалидами.
- Начиная с 2000 года их численность сокращается.
- Более 95% детей-инвалидов воспитываются в семьях.
- В домах-интернатах для детей-инвалидов находится около 29 тыс. человек.

Резюмируя вышеизложенное, можно сказать, что увеличение в динамике показателей распространенности инва-

лидности в населении на фоне снижения рождаемости, увеличения детской смертности, сокращения общей численности населения и сроков ожидаемой средней продолжительности предстоящей жизни свидетельствуют о порочности проводимой политики в области охраны общественного здоровья.

В этой ситуации необходимо возродить основополагающие принципы охраны общественного здоровья (имея в виду физическое, духовное и социальное благополучие населения), базирующееся на приоритете профилактического направления.

Следует не лечить, а предупреждать заболевание, не компенсировать, а предупреждать изъяны системы воспитания и образования, не расширять до бесконечности систему специальных учреждений для инвалидов, а предупреждать возникновение. Содержание работы различных учреждений, занятых проблемой инвалидности, должно все больше определяться конечными социальными, а не только клинико-физиологическими показателями. Действенным средством при этом являлись бы реабилитационные технологии, позволяющие человеку с нарушенными биологическими и социальными функциями выполнять социально-ролевую функцию, адекватную его потенциальным способностям.

### III. МОДЕЛИ ИНВАЛИДНОСТИ

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 к 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 и 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 неспособен 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

ние обусловлено не только (или не столько) ограниченностью их индивидуальных 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% из них. Это вызвано не столько отсутствием специальных рабочих мест, сколько доминирующей ориентацией на получение льгот пособий вместо труда<sup>1</sup>. 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 немалых усилий.

Важным и труднопреодолимым барьером для инвалида является пространственно-средовой. Даже в тех случаях, когда

<sup>1</sup> См.: Кавокин С. Н. Профессиональная реабилитация и занятость населения. М., 1997. С 4.



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 оборудования и приспособлений для бытовых процессов, самообслуживания, свободного передвижения, Люди с сенсорными нарушениями испытывают дефицит специальных информационных средств, извещающих о параметрах окружающей среды. Для лиц с интеллектуально-психическими ограничениями отсутствуют возможности ориентироваться в среде, безопасно передвигаться и действовать в ней.

Вероятно, для всех типов инвалидов 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, мерах государственной поддержки инвалидов, 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 огра-

ниченными 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 социумом.

Эмоциональный барьер также является двусторонним, т. е. 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, недоброжелательство по отношению к окружающим, ожидание гиперопеки, стремление обвинить кого-то в своем дефекте, стремление к изоляции и т. д. Подобный комплекс является ретардирующим, т. е. 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 ме-

дицины 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 литературе<sup>1</sup> 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 являются отражением социальной модели — образовательная служба "подтягивает" детей к себе, не имея возможности предоставить образовательные услуги на дому каждому нуждающемуся. В последнее время получает также

<sup>1</sup> См. Настольная книга специалиста: Социальная работа с инвалидами /Под ред. Е. И. Холостовой, А. И. Осадчих. М.: Институт социальной работы, 1996; Астапов 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.

распространение понятие "политико-правовая модель 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.

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 инвалидов 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 "лицо 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 обще-

стве. 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 неудовлетворенность "особых нужд" инвалидов<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>. 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

<sup>1</sup> См.: Смирнова Е. Р. Семья нетипичного ребенка. Саратов, 1998

<sup>2</sup> Peace and Social Justice The Challenges Facing Social Work. Jerusalem, Israel

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 особенность 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 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 гарантированных 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 ограниченной жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма"<sup>1</sup>. Цель реабилитации — "восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация"<sup>2</sup>. К сожалению, в современных условиях именно

<sup>1</sup> Приложение к совместному постановлению Министерства труда и социального развития Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1/30 от 29 января 1997 г.

<sup>2</sup> См : Там же.

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 являются не только объектом реабилитационного процесса. Они должны являться и признаваться полноправными участниками этой деятельности, 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.



## IV. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ

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 *изоляции и компенса-*

ции<sup>1</sup>. Принцип изоляции берет начало с самых древних этапов развития социальной истории и 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 жизнедеятельности 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, лекарства, 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 отражен в денежной форме, а восстановление социального статуса, полноценность интеграции в общество лишь опосредованно связано 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 *устройства современного общества — принцип равных социальных прав и возможностей индивидов*, которые предоставляются каждому члену общества вне зависимости от его физических, психических, интеллекту-

<sup>1</sup> См.: Кавокин С. Н. Профессиональная реабилитация и занятость населения. М., 1997. С. 3-4.

альных и прочих особенностей<sup>1</sup>. В соответствии с ним инвалиды рассматриваются не только как объект заботы общества, но как субъекты своей собственной жизнедеятельности. Социальные права включают в себя не только 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 и ограничиваются объемом социально-экономических ресурсов данного общества и государства.

Все более влиятельно заявляет о себе принцип активного участия 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<sup>2</sup>, этот принцип в последнее время активно воплощается в практике реабилитационных служб ряда зарубежных стран в качестве программы "Share your lift", 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, охотно оплачивают деятельность тех служб или отделений, которые являются полезными для себя, работу тех сотрудников, со стороны которых заботливое и компетентное отношение<sup>3</sup>. Зару-

<sup>1</sup> См.: Теория социальной работы. М., 1997. С. 24.

<sup>2</sup> См.: Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. Вена. 1993. С. 42.

<sup>3</sup> См.: Российский журнал социальной работы. 1998. № 8/2.

бежные следователи 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 возможностями<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>.

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<sup>3</sup>. 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 социальной ценностью является свобода выбора, которая зависит от степени социализации индивида,

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

<sup>2</sup> В 1991 г. 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.

<sup>3</sup> См.: Ким Е. Н. Независимая жизнь для лиц с ограниченными возможностями. Деятельность московского клуба инвалидов "Контакты-1". М., 1997.

с одной стороны, и уровня развития и общественных отношений — с другой. Связи с 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 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 г. Гербен Делонг (Новый английский медицинский центр, Бостон) сформулировал три теоретических суждения, которые были положены в основу идеологии движения за независимую жизнь и в последствии 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<sup>1</sup>.

Поскольку каждый индивид многими нитями связан со своим социальным окружением, воздействие на него ведет к изменению в социуме, а социальные перемены ведут за собой

<sup>1</sup> См.: Российская энциклопедия социальной работы. В 2-х т. М., 1997. Т. 2.

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 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<sup>1</sup>, 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, 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 круг изучения включаются обстоятельства проживания, воспитания, обучения, общения инвалида, возможность или невозможность удовлетворения всех присущих ему потребностей, а не только первичных, витальных.

<sup>1</sup> См.: Российская энциклопедия социальной работы в 2-х т. М., 1997. Т. 2.

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 комплекс госпитализма<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>. 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, сни-

<sup>1</sup> См.: Словарь-справочник по социальной работе. М., 1997. С. 56

<sup>2</sup> См.: Диагностика детей с ограниченными возможностями и их структура психологической реабилитации. — Ростов, 1996; Зависимость // Российская энциклопедия социальной работы в 2-х т. М., 1997. Т. 2. С. 256.

жает 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 потенциала<sup>1</sup>.

Хотя в последнее время все более подчеркивается субъектная роль индивида в его участии в реабилитационном процессе, значение деятельности негосударственных социальных 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 социально-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

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



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 развертывания, постепенно сможет брать на себя определенную часть функций, сегодня осуществляемых государством, и все более эффективно поднимать 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 этактические 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 со-

вокупность 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<sup>1</sup>. По мнению А. И. Осадчих, инвалидность выступает как проблема деятельности человека в условиях ограниченной свободы выбора и включает в себя аспекты как правовой, социально-средовой, психологический, общественно-идеологический, производственно-экономический, анатомо-функциональный<sup>2</sup>. Каждому из этих аспектов отвечает свое направление реабилитации.

Законодательство о социальной помощи инвалидам включает остаточную противоречивую совокупность элементов, 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

<sup>1</sup> Храпылина Л. П. Основы реабилитации инвалидов. М., 1996. С. 12

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

обязательного медицинского страхования, т. е. бесплатно для самого больного. Однако бюджетные трудности ведут не только к сокращению списка услуг по обязательному медицинскому страхованию (ОМС), но также к возможности 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 чувства. 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 помощи 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 оставлений о бесполезности реабилитации.

Кроме того, *психологическая реабилитация* является самостоятельным направлением реабилитационной деятельности, сосредоточенным на преодолении 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 дополнительного школьного образования.

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 деятельность 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 г. 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 дея-

тельности 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 шкапами, полками, приблизиться к столу на кресле-коляске.

Достаточно специфично оборудование туалетов и санузлов, которое помогло 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 действует на самочувствие инвалида. Достаточно несложные и недорогие приспособления помогут в выполнении таких действий.

Инвалидам с интеллектуальными и психическими ограничениями, оживающим 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 осознать 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 инвалидами со специальными двигательными приспособлениями. Особые требования предъявляются к оборудованию среды для слабовидящих и слепых; в частности, перекрестки снабжаются рельефным покрытием, звуковыми 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 "бегущей 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*<sup>1</sup> принято переводить на русский язык как "трудотерапия", что создает для российского пользователя определенные сложности.

Исторически термин "трудотерапия" использовался применительно к социально-психологической реабилитации лиц, прежде всего с психологическими (или даже психическими) отклонениями в качестве одного из направлений терапии (библиотерапия, игротерапия, гарденотерапия и т. д.). В то же

<sup>1</sup> Трудотерапия и реабилитология М, 1997

время в воспитательной практике учреждений по работе с социально дезадаптированными лицами (с подростками в исправительных учреждениях, взрослыми в местах отбывания 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 и именно в таком буквальном смысле слова: создаются мастерские или мини-производства, где инвалиды 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 его 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 производственных мощностей и инфраструктура предприятий проектируется на основе требований, далеких от нужд инвали-



дов. 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 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 вредным 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, вибрация, ультразвук, пыли и аэрозоли, освещенность, химические и биологические воздействия. Вредное воздействие на инвалидов могут оказывать такие факторы трудового процесса, которые характеризуют уровень нагрузки, степень напряженности труда, интеллектуальные усилия, его 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 развер-

тиванию производственной 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 функций

Профорентация 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 или 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<sup>1</sup>. Поэтому развитие ин-

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

формационно-компьютерных технологий раскрывает новые возможности обеспечения трудовой занятости инвалидов, с использованием возможностей высококвалифицированного домашнего труда, удаленного доступа и т. д.

Еще одним ресурсом расширения возможностей социально-трудовой реабилитации инвалидов является сфера творческих занятий. Несмотря на дельные 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 социального 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 ограждает индивида при наступлении инвалидности от необходимости заниматься низкоквалифицированным трудом, от сведения их личности к статусу работника стереотипного при-

митивного 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 для лиц с высоким сохранным интеллектом, с наличием способностей осваивать достижения культуры, заниматься современными видами деятельности.

Вообще *социокультурная реабилитация* составляет важный 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 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 всех 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 тренинги 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 для 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 социальному функционированию, вызванное различными формами слабоумия, рядом психических заболеваний, делает излишним в ряде случаев вопрос о социальной реабилитации такого лица. В то же время социально-медицинские показатели значительной доли инвалидов, например, в Московской области — лежачих больных, престарелого возраста, не способных к передвижению и самообслуживанию, — резко ограничивают, хотя и не отменяют полностью, возможности их социальной реабилитации и адаптации.

## **V. ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИИ ИНВАЛИДОВ**

---

### **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 отпращиваний;
- 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 возникает 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 деятельности.

Способность к самостоятельному передвижению включает:

- самостоятельное перемещение в пространстве, ходьба по ровной местности в среднем темпе (4–5 км/ч на расстоянии, 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 с);
- скорость передвижения (в норме 4–5 км/ч);

- нуждаемость и возможность использования вспомогательных средств.

Оба вида ограничений жизнедеятельности у инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата взаимосвязаны, хотя и можно говорить о преобладании ограниченной 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 имеется 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 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 самообслуживанию.

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 — 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 обывденного хозяйственно-бытового оборудования и купонной 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, 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 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 обывденным 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 разворачиванию 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 не-

обходимость 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 сиденья, 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 предусматривают 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, резки продуктов, мытья посуды, 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, поднятия предметов с пола, 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 помещения 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 препятствий для пользования индивидуальными средствами передвижения.

Оборудование квартиры, в которой проживает инвалид с повреждениями нижних конечностей, вынужденный пользоваться креслом-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 кресле-коляске высоте. Площадь прихожей должна быть достаточной для маневрирования кресла-коляски.

В квартире между помещениями и при выходе на балкон не должно быть порогов, дверные проемы должны давать возможность проезда кресла-коляски. Вдоль свободных от мебели стен необходима установка горизонтальных поручней.

Туалеты должны иметь достаточную площадь для разворота кресла-коляски. Унитаз необходимо оборудовать настенным, горизонтальным поручнем либо опорной рамой. В ванной комнате следует предусмотреть возможность разворота кресла-коляски, установить поручни для перемещения в ванну. В кухне для удобства приготовлений пищи поставить специальный стол с выемкой для инвалида на кресле-коляске.

Существует еще одна проблема для инвалида, пользующегося креслом-коляской, — это проблема перемещения из кресла-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 предложенными вспомогательными устройствами и реабилитационными техническими средствами 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-гостиным.

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, проти-

воположной ванне, пристенным откидным сиденьем, противоскользящим напольным ковриком, горизонтальным поручнем на стороне ванны, облегчающим самостоятельный подъем после мытья.

Ванна оборудуется специальными вертикальными поручнями (лесенкой) либо подставкой для самостоятельного помещения (погружения) в ванну, Ванна оснащается специальным сиденьем, обеспечивающим неполное погружение при мытье, специальным напольным противоскользящим ковриком, опорой для фиксации ног. Ванна оборудуется гибким душевым шлангом, имеющим разновысокие штативы, позволяющими 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 инвалидом на кресле-коляске. Умывальник оборудуется 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, приспособлении к потребностям инвалидов, передвигающихся на кресле-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 сиденье, 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) и оборудуется рычажными, легко управляемыми вентилями.

Кухонный стол имеет регулируемую высоту, что позволяет использовать его инвалидам в кресле-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, неглубокими полками, 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 кресле-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 кресле-коляске).

Необходимым оснащением является также комплект для подметания пола, захват для поднятия предметов с пола, вставания их с полки.

Модификация спальни-гостиной предусматривает функциональную кровать с противоположным матрасом, которая оснащается модифицированным надкроватьным столиком, горизонтальными и вертикальными 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.

## 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 матерью ототоксических веществ во время беременности.

Социально-средовая реабилитация инвалидов с патологией слуха представляется специальными методами обучения, обеспечением техническими средствами реабилитации, созданием специальных производственных 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;
- среднетяжелое 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 информации);
- 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 вербальному 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 ориентировки в ситуации и реагировании. 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, глухо-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 аппараты:

- ушные вкладыши каплевидной формы, которые максимально соответствуют анатомическим особенностям слухового прохода, что позволяет избежать обратной акустической связи;
- заушные слуховые аппараты с присоединением к дужке очковой оправы;
- система индивидуального прослушивания телерадиоаппаратуры (радионаушники);
- Вjfe 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.

Слабослышащие и глухие испытывают затруднения при пользовании общественным транспортом. Невозможность ус-



ждать 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 использования его дополнительных приспособлений. В связи с этим как реабилитационное мероприятие выступает информационное обеспечение инвалидов с патологией слуха — оснащение транспорта 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, адресованной 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), бытовыми приборами, сурдо- и другими средствами, необходимыми для социальной адаптации. Ремонт указанных приборов и средств производится бесплатно или на льготных условиях. Порядок обеспечения инвалидов техническими и иными средствами, облегчающими их труд и быт, определяется Правительством Российской Федерации.

## Социальная реабилитация инвалидов с нарушениями зрения

Зрение является одной из ведущих функций человека, оно обеспечивает получение более 90% информации о внешнем мире. При частичной 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, цветоцветовая. 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 различать не только контуры, 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 транс-

портных средств и на вокзалах, электронные системы открывания дверей и др.

Наиболее значимым видом ограничения жизнедеятельности 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, различению 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 ориентировке в пространстве.

Осязательные ориентиры: направляющие поручни, рельефные обозначения на поручнях, таблицы с выпуклыми надписями 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 оборудовать 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, 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, сферопризматические 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 разностороннего 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 Всероссийское общество слепых (ВОС), где осуществляются самые различные формы социальной реабилитации, способствующие их интеграции. В системе ВОС имеется широкая сеть производственных предприятий и объединений, в которых 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 бесплатно или на льготных условиях. Порядок обеспечения инвалидов техническими и иными средствами, облегчающими их труд и быт, определяется Правительством Российской Федерации.

## 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 отправлений, когда возникает необходимость в посторонней помощи.

Ограничение способности самостоятельного передвижения может выражаться либо в неявно 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 жилищно-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 уду (внешний вид, личная гигиена) и персональной сохранности (пользование газом, электричеством).

При умеренных нарушениях психической деятельности практикуется терапия отдыхом, досугом, побуждающими развитие интересов, организация здорового образа жизни, сексуальное воспитание.

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 ( $IQ = 20 \div 34$ ), представленную лицами, которые поддаются систематической обычной тренировке;
- среднюю (умеренную) умственную отсталость ( $IQ = 35 \div 49$ ), 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 ( $IQ = 50 \div 70$ ), представленную лицами, которые могут приобрести практические навыки и способности к функциональному чтению и арифметике при специальном обучении.

В отечественной психиатрии принято следующее наименование умственной отсталости (с учетом указанных критериев международного документа): дебильность, имбецильность и идиотия (глубокая умственная отсталость). Инвалиды с интеллектуальным недоразвитием (умственной отсталостью) в степени выраженной дебильности представляют собой лиц, проживающих в семьях и, как правило, окончивших вспомогательную школу. Они отличаются неустойчивым поведением, испытывают затруднения в социальной адаптации, ста-

бильном 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, исключая 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 правилам общежития. Эти мероприятия осуществляются в процесс длительного коррекционно-педагогического воздействия при условии постоянного подкрепления и контроля.

Социально-средовое реабилитационное воздействие представляет особую важность. Научить избегать негативного вли-

яния 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, умение 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 недостаточной 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 трудноусвояемых навыках санитарно-гигиенического характера, хозяйственно-бытового труда, которые выполняются с помощью и под контролем посторонних.

Ограничение способности совершать двигательные операции выражается в недостаточной координации движений, сформировавшейся 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, информированностью 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, транспортом, магазинами, сферой обслуживания, производственными отношениями;

- формирование элементов нравственно-эстетического воспитания включает разделы: формирование навыков повседневного поведения, правила поведения в общественных местах, правила поведения человека в рабочем коллективе, понимание дружбы, товарищества, коллектива и т. д.

Участие 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 важна 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 гипокине-

зии, которая 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.

Особое место в реабилитации отводится социальной работе с безнадежно больными людьми. Рассмотрим это на примере деятельности "Хосписа на дому" в г. Дубне Московской области.

Практическая социальная работа, имеющая в своем арсенале разнообразные приемы, методы и технологии, составляет важный аспект деятельности отделения "Хоспис на дому".

Объектом практической социальной работы в хосписе являются терминальные больные и их семьи, помощь и поддержка которым осуществляются в виде определенных действий (технологий), выполняемых на дому.

Социальную технологию можно определить как совокупность средств и методов воздействия на социальные процессы или системы с целью их упорядочения и оптимизации.

Технологии, реализуемые в практической социальной работе, по уровню исполнения можно разделить на:

- простые (доступные неспециалистам);
- сложные, требующие квалифицированного исполнения специалистами в определенной области;
- комплексные, требующие квалифицированного исполнения несколькими специалистами в разных областях.

Для решения проблем пациентов хосписа чаще всего применяются комплексные технологии.

Среди функций социальных технологий в первую очередь можно выделить следующие:

- аналитико-прогнозная — выявление и учет лиц, нуждающихся в различных видах социальной поддержки;
- диагностическая — анализ существующих социальных проблем, установление их причин;
- системно-моделирующая — определение характера, объема, форм и методов социальной помощи пациенту и семье, оказавшимся в трудной жизненной ситуации;
- проектно-организаторская — ресурсное обоснование, реализация и оценка социальных проектов, направленных на разрешение того или иного социального затруднения; оказание помощи определенной категории пациентов;
- активизационная — содействие активизации собственных возможностей пациента и его семьи, побуждение к самостоятельному решению своих проблем, выходу из трудной жизненной ситуации; содействие развитию самопомощи и взаимопомощи;
- инструментально-практическая — предоставление различных видов помощи в ситуациях жизненных затруднений; проведение консультаций и тренингов специалистов; содействие пациентам в оформлении различных документов и оказание других необходимых услуг в целях осуществления ими своих прав;



- распорядительно-управленческая — менеджмент органов социального управления; участие в работе по формированию социальной политики, подбору и воспитанию кадров;
- эвристическая — приращение социального знания, углубление понимания социальных проблем, улучшение образовательной и общекультурной подготовки социальных работников, повышение их квалификации.

Все перечисленные функции реализуются в полном объеме только во всей совокупности, в системе технологий социальной работы; в каждом же отдельном случае может использоваться тот или иной их набор.

Существуют различные модели социальной работы, что обусловлено дифференциацией технологий.

В основу практической социальной работы, осуществляемой в хосписе Дубны, положена модель, предусматривающая такие компоненты, как индивидуализация пациента и его семьи, определение социальным работником специфики и актуальности имеющихся у них проблем, применение недирективной терапевтической технологии оказания помощи. Многие технологии и методики, используемые социальным работником, основаны на социально-психологических теориях, что позволяет не только понять потребности пациентов, отношения, в которые они включены, но и более четко обозначить нужды самого специалиста.

Работа социального работника с пациентом и его семьей осуществляется поэтапно.

Начальный этап работы посвящен сбору фактов. Он основан на технологии получения информации от пациента и членов его семьи методом наблюдения и с помощью задаваемых вопросов.

Наблюдение как профессиональный атрибут общения социального работника с пациентом используется постоянно, независимо от того, на каком этапе технологического процесса происходит взаимодействие. Проявляя эмпатийное сочувствие к тяжелой жизненной ситуации пациента и его семьи, специалист должен одновременно наблюдать и анализировать

увиденное, стремясь исключить влияние эмоций на результаты наблюдения.

Придя в дом к пациенту, социальный работник тщательно изучает бытовые условия, в которых тот проживает, материальное положение семьи, используемые льготы, состояние психики и физического здоровья каждого члена семьи, межличностные семейные отношения, механизмы психологического реагирования на жизненные сложности, в первую очередь на болезнь. Следует также выявить характер отношений с соседями, друзьями, товарищами по работе — это может пригодиться для организации поддержки больного в выходные и праздничные дни.

Большое значение на данном этапе имеет привлечение к оказанию помощи пациенту специалистов смежных областей деятельности. Например, чтобы принять пациента на обслуживание, необходимо получить заключение участкового врача или онколога.

Собранные сведения подвергаются анализу: сопоставляются, разделяются на важные и малозначащие в настоящий момент; признаки дифференцируются.

Как правило, полученные данные отражают наличие не единственной социальной патологии, а некоторого комплекса социальных проблем нескольких типов. Поэтому в ходе наиболее важного этапа — постановки социального диагноза — социальный работник не просто делает заключение о сущности и причинах жизненного затруднения пациента, но и ранжирует имеющиеся проблемы, выделяет среди них главную, обуславливающую решение всех других проблем, устанавливает целесообразную последовательность решения проблем на данном уровне возможностей либо при данном уровне знаний.

Социальный диагноз не может считаться окончательным, пока специалист работает с пациентом. Возможно, в процессе их взаимодействия обнаружатся факты, которые потребуют если не пересмотра, то коррекции сделанного заключения. Разрешение какой-либо из проблем может актуализировать

другие, ранее не замеченные или временно отодвинутые на задний план.

А. К. Бикина привела один из наиболее показательных примеров такой работы. На обслуживание в хосписное отделение участковым терапевтом была передана больная с диагнозом меланомы с метастазами в печень и головной мозг. При первом посещении было установлено, что женщина проживает с двумя детьми в одной комнате коммунальной квартиры. С отцом старшего ребенка разведена, алименты он не платит; второй ребенок рожден вне брака. Единственная родственница — мама-пенсионерка, проживающая в Лобне, — вынуждена работать, чтобы помогать дочери материально. Больная ранее работала в частной фирме — периодически и неофициально. На время постановки социального диагноза постоянной работы не имела. Инвалидность не была оформлена. На учете в центре занятости не состояла. Задолженность по оплате коммунальных услуг достигала 3 тыс. рублей. Был поставлен социальный диагноз — больная практически не имеет средств к существованию.

Сотрудники хосписа постарались в кратчайшие сроки провести социальную терапию: больной была оформлена инвалидность, организована материальная помощь, начислены детские пособия; согласительная комиссия города погасила задолженность по оплате жилья. Разыскали отца старшего ребенка, были оформлены алименты. Дирекция школы предоставила дочери-школьнице бесплатные обеды. В дальнейшем ходе работы возникали и другие проблемы. С ухудшением состояния больной появилась необходимость провозить младшую девочку в детский сад. После смерти пациентки социальный работник продолжал работу с семьей еще длительное время, оказывая помощь бабушке в оформлении опекуна над детьми, решая ряд других вопросов.

Так социальная диагностика как контроль за ситуацией пациента и изменениями в ней осуществляется на протяжении всего времени оказания помощи больному и его семье,

Социальный диагноз позволяет специалисту планировать дальнейшую работу с пациентом по предоставлению ему индивидуальной помощи (социальная терапия).

Технологии социальной терапии предусматривают оказание социально-медицинских, социально-экономических, социально-бытовых, социально-психологических, социально-правовых услуг. Все они тесно взаимосвязаны, и больной чаще всего получает комплекс услуг, причем приоритетными являются социально-медицинские услуги.

Социальные услуги пациентам и членам их семей оказывают два специалиста по социальной работе — сотрудники отделения. Функции одного из них заключаются в проведении практической работы непосредственно с пациентами и членами их семей. В обязанности второго включены также подготовка методических материалов и работа с программами различных направлений.

В табл. 14 представлена динамика потребностей пациентов хосписа на дому в социальных услугах.

Год	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Потребность в социальных услугах, %	44	42	24	41	24	17	25

Согласно приведенным в табл. 14 данным, доля социальных услуг в общем объеме помощи варьируется от 17 до 44% и в среднем составляет 32%.

В 2002 г. из 87 пациентов, получавших обслуживание на дому, только 22 человека обслуживались социальным работником, но его помощь была разносторонней. Виды и востребованность оказанных услуг отражены в табл. 1.5.

Данные табл. 1.5 свидетельствуют о том, что почти все пациенты нуждались в доставке продуктов питания, большинство — в доставке промышленных товаров, около половины — в оплате коммунальных услуг. В правовых услугах нуждалась треть пациентов, при этом очень часто в комплексе их проблем юридические вопросы занимали одно из первых мест.

Таблица 1.5

<b>Оказанные услуги</b>	<b>Количество пациентов, чел.</b>	<b>%</b>
Покупка и доставка продуктов питания	<b>20</b>	<b>91</b>
Покупка и доставка промышленных товаров	<b>16</b>	<b>73</b>
Оплата коммунальных услуг	<b>10</b>	<b>45</b>
Оформление субсидий	<b>6</b>	<b>27</b>
Решение пенсионных вопросов	<b>5</b>	<b>23</b>
Правовые услуги	<b>7</b>	<b>32</b>
Сдача вещей в стирку	<b>4</b>	<b>18</b>
Помощь в приготовлении пищи	<b>14</b>	<b>64</b>
Кормление больных	<b>5</b>	<b>23</b>
Проведение санитарно-гигиенических мероприятий	<b>7</b>	<b>32</b>
Посещение пациентов в стационарах, лечебных учреждениях	<b>8</b>	<b>36</b>
Организация посещения пациента священником	<b>2</b>	<b>9</b>
Оформление и доставка медицинского инвентаря	<b>3</b>	<b>14</b>
Помощь в организации ритуальных услуг	<b>2</b>	<b>9</b>

Сотрудники хосписа на дому работают в условиях, когда временной период для оказания помощи ограничен, так как дни больного сочтены. Задач же довольно много. Необходимо, например, решить при этом вопросы наследования. Социальный работник прилагает много сил и терпения, чтобы выяснить, что больной считает нужным сделать; затем договаривается с нотариусом о времени оформления документов, обеспечивает автотранспорт для его приезда к пациенту; регистрирует документы в Регистрационной палате.

Для определенной категории пациентов (обычно это одинокие мужчины, у которых когда-то были, но давно распались семьи и в дальнейшем отношения фактически не под-

держивались) важен и вопрос о том, кто проводит их в последний путь. В таких случаях сотрудники стараются разыскать членов бывшей семьи, объяснить состояние больного. Практически всегда находится приемлемый выход из создавшейся ситуации.

Большое внимание уделяется материальной поддержке пациентов. Если они получают невысокую пенсию и вынуждены платить за лечение, то попадают в сложное материальное положение. Сотрудники следят за своевременным оформлением адресной материальной помощи или предоставлением помощи в виде продуктовых наборов, комплектов постельного белья, обуви.

Обмен паспортов, оформление пенсий по инвалидности, обеспечение медицинским инвентарем (трости, коляски), организация по просьбе больного визитов священника, обращение при необходимости на предприятие, где работал пациент, — все эти вопросы приходится решать социальным работникам — сотрудникам хосписа на дому.

О пациентах не забывают и во время их пребывания на стационарном лечении. Сотрудники стараются чаще посещать больного, особенно если он одинок, выполняют его поручения. Как правило, они приходят не с пустыми руками: приносят цветы, небольшие гостинцы, газеты, книги (если больной выражает желание почитать).

Социальный работник много времени проводит у пациента дома: помогает готовить пищу, умываться, поправляет или перестилает постель, при нарушенном самообслуживании кормит его. Но самое главное в работе — это общение, требующее умения слушать пациента и сопереживать ему.

Нередко ситуация складывается так, что наряду с услугами, входящими непосредственно в обязанности социальных работников, они берут на себя много забот по собственной инициативе, из сострадания к больным.

Труд социального работника нелегок со всех точек зрения. Сложно установить контакт с больным, нередко измученным, нервным человеком. Требуется профессиональная

выдержка, чтобы выслушать пациента, разобраться во всех вопросах, которые его волнуют, порой снять агрессию, идущую как от больного, так и от его родственников, и не поддаться ее влиянию. Немаловажно учесть желания и материальные возможности пациента, делая для него покупки.

Социальный работник справляется со своими нелегкими обязанностями только тогда, когда чуткое сердце подсказывает ему, что неуравновешенность, агрессия вызваны не капризами или плохим характером, а тяжелой болезнью, часто сопровождаемой одиночеством.

Следует помнить, что пациенты — это живые люди, и необходимо добиваться, чтобы их жизнь оставалась полноценной до самого конца.

Важнейшее место в обслуживании терминальных больных занимает работа с членами семьи пациента, его ближайшим окружением, поскольку психологическая дезадаптация не только больного, но и его близких затрудняет лечение, неблагоприятно влияет на качество жизни. Зачастую семья не в состоянии справиться с обрушившимися на нее проблемами и сама становится объектом социальной работы. Работа с семьей предполагает два периода, связанных с болезнью и смертью пациента.

Первый период начинается с момента поступления больного на обслуживание. В это время психологические проблемы семей, обусловленные переживаниями за близкого человека, усугубляются материальными трудностями вследствие расходов на лечение и уход за больным, ухудшения условий трудовой занятости родственников, которые вынуждены разрывать между заботами о больном человеке и служебными обязанностями.

Взяв на себя решение многих вопросов, социальные работники — сотрудники хосписа предоставляют родственникам возможность больше времени проводить с умирающим больным, быть рядом с ним, общаться, успокаивать его, убеждая, что жизнь прожита не зря. Отдавая близкому человеку все тепло, всю нежность, родственники тем самым выполня-

ют свой моральный долг, и впоследствии у них не появляются основания для обвинений в собственный адрес относительно недосказанных слов, непредпринятых мер.

Социальные работники хосписа не в состоянии полностью решить все семейные проблемы, но они дают определенный шанс облегчить многие из них. Так, родственники больного могут сохранять свои рабочие места: не брать длительные административные отпуска, не увольняться с работы,

Иногда пациентов принимают на обслуживание в хоспис временно, в целях предоставления родственникам небольшой передышки, возможности отдохнуть, съездить куда-то.

Родственников обязательно обучают основным приемам ухода за больным, дают устные и письменные рекомендации. В отделении разработаны памятки и другие пособия, в чем очень помогли материалы, полученные из московского хосписа, возглавляемого В. В. Миллионщиковой, а также православная литература.

Предлагаются следующие разработки:

- памятка по уходу за тяжело больным человеком;
- памятка о питании больных;
- памятка по уходу за больным в последние часы жизни;
- советы родственникам умирающего;
- материалы на тему "Дети и смерть".

Благодаря этим материалам родственники пациентов могут в любой момент уточнить информацию, полученную от сотрудников хосписа, найти ответ на интересующий вопрос.

Второй период работы с семьями начинается после смерти пациента. Это также весьма тяжелый период для его близких, которые еще не адаптировались к утрате. Одни родственники печалются открыто, другие находятся в оцепенении, третьи выражают свое горе, протестуя или отчаиваясь. Первоначальный шок через некоторое время сменяется стадией реорганизации жизненного порядка. Ведь горе — это переходный процесс: понесшие утрату свыкаются с потерей и находят новый смысл жизни в изменившихся обстоятельствах.



Основным и наиболее выраженным компонентом переживаемого горя выступают душевные терзания и скорбь членов семьи. Они зачастую связаны не только с понесенной утратой, но и с поисками собственных места и роли в резко изменившемся для родственников умершего человека мире. Нелегкие переживания членов семей пациентов начинаются уже с момента установления диагноза неизлечимой болезни.

Стадия отчаяния, озлобления, которая может длиться от 1 до 3 месяцев, наступает, когда появляется полное осознание того, что умерший уже не вернется.

Основной лейтмотив мыслей на данной стадии — "довели". В представлении скорбящего в случившемся виноваты родственники, члены коллектива, в котором работал умерший, начальство, больница, врачи. Возможны также и самообвинения, злость по отношению к себе. Вспоминаются случаи несправедливого отношения к умершему. Так происходит потому, что скорбящий постоянно возвращается к отношениям, прерванным смертью, предпринимает попытки понять их значение. Он заверяет себя, что поступал бы совсем иначе, появись у него возможность вернуться в прежнее время. Для этого периода характерно обостренное чувство одиночества.

Возможна на данной стадии и парадоксальная реакция — обвинение ушедшего: "Как он мог это сделать?" Так бывает преимущественно в случае неожиданной, скоропостижной смерти.

Следующая стадия — принятие случившегося. Скорбящий обычно понимает окончательность потери умом гораздо раньше, чем эмоции позволяют ему принять это. Данная стадия может продолжаться от 3 до 9 месяцев. В это время отмечается депрессия, сопровождающаяся комплексом негативных чувств (тоска, безнадежность, безразличие, апатия). Большую роль играют особенности реакции на изменившуюся ситуацию. Например, человеку, склонному заглушать болезненные воспоминания какой-либо деятельностью, может помочь не "духовная работа скорби", а активная деятельность.

В случае затянувшегося или слишком сильного переживания горя в этот период могут обостриться существующие проблемы, появиться чувство утраты собственной личности (например, из-за потери супружеского статуса). Иногда происходит социальное самоизгнание, когда человек начинает избегать общения с окружающими людьми.

В большинстве случаев к концу данного периода чувство потери смягчается- Происходит осмысление пережитых горестей, становятся возможными светлые воспоминания, появляются ощущения преодоления горя, обретения нового смысла жизни.

Завершающая стадия переживания утраты — принятие для себя твердых решений и перестройка жизни. При благоприятных условиях данная стадия может наступить примерно через 9 месяцев после кончины больного. Поскольку прежний образ жизни уже невозможен, скорбящий вступает в период радикальных решений и перестройки жизненного уклада в отсутствие умершего. Смирившись с фактом утраты, он может продолжать жить, не забывая умершего. Вновь обретается жизненное равновесие. Возобновляются исчезнувшие интересы, в том числе к работе. Об умершем говорится в более спокойном, умиротворенном тоне. Человек становится восприимчивым к окружающим событиям. Происходит заживление душевной раны. Но депрессия на этой стадии может продолжаться, особенно у пожилых людей (для ее преодоления может потребоваться 1-2 года и больше).

Вовсе не обязательно, что переживание горя должно включать все рассмотренные стадии и протекать именно в представленной последовательности. Оно очень индивидуально и носит чаще всего циклический характер. Любой эмоциональный толчок может вызвать реакцию в виде острой душевной боли,

Примирение с утратой близкого человека — процесс болезненный и *очень* длительный. Поэтому реабилитация людей, переживших утрату, не может быть ни быстрой, ни искусственно оптимистичной. Значительная часть людей, переживаю-

щих утрату, не нуждается в помощи, особенно если рядом с ними находятся другие члены семьи, близкие, друзья.

Однако существует ряд факторов, которые усугубляют переживание горя. К ним относятся:

- высокая степень эмоциональной близости к умершему или зависимости от него;

- двойственное отношение к умершему, когда смешанные чувства могут обусловить самообвинения, затянувшееся ощущение вины, злость по отношению к себе;

- незавершенность каких-либо дел, касающихся умершего и потерявших его людей;

- психологические или психиатрические проблемы, определяющие неспособность справляться с эмоциями;

- дальнейшие утраты, препятствующие тому, чтобы люди справились с горем.

Можно указать ряд симптомов, свидетельствующих о "ненормальном", особо глубоком переживании горя:

- видимое отсутствие горя, означающее игнорирование смерти, неприятие ее, онемение чувств;

- подавление горя, когда весь стресс проявляется в физических симптомах, а затем в болезнях;

- отсроченное горе, когда человек не может принять сложившуюся ситуацию и "откладывает" ее переживание.

Искаженное горе может проявляться в крайне обостренных чувствах злости или вины, при этом другие симптомы подавляются. В таких случаях утрата воспринимается как несправедливость, негодование направляется на все вокруг. Так, иногда человек, потерявший супруга, по собственной инициативе прерывает отношения с другими семейными парами.

*Необычное* протекание процесса переживания горя способно продлить его на месяцы и даже годы,

Затянувшееся, или хроническое, переживание горя, проявляющееся как острое страдание и длящееся многие годы, может стать способом отрицания реальности утраты, как бы сохраняя умершего человека в живых с помощью ежеднев-

ных переживаний, связанных с ним. Сотрудникам хосписного отделения, работающим с членами семей, следует обращать внимание на особенности поведения, которые указывают на то, что переживание горя затягивается:

- переживающий утрату говорит о ней так, как будто она произошла вчера;
- отказывается расстаться с личными вещами умершего;
- находится в тяжелой депрессии, сопровождаемой острым чувством вины и низкой самооценкой;
- перенимает черты характера умершего;
- обнаруживает у себя физические симптомы, подобные тем, которые были у умершего человека;
- отзывается сильным эмоциональным переживанием на чью-либо смерть;
- предпринимает радикальные изменения в своей жизни сразу же после смерти близкого человека.

Опыт взаимодействия с семьями умерших пациентов привел персонал хосписа на дому к осознанию необходимости введения специальной программы работы с ними. Сотрудники и раньше уделяли большое внимание данному аспекту своей деятельности: звонили родственникам умершего, навещали семьи, старались их поддержать, при необходимости оказывали содействие в получении медицинской и адресной помощи. Но такая работа имела эпизодический характер.

Основой для разработки программы работы с семьей послужила соответствующая американская программа, в которую был внесен ряд изменений в целях адаптации к имеющимся условиям. Работа по программе началась в 2002 г.

Разработанная программа направлена на оказание помощи медицинского, социального, психологического характера людям, потерявшим близкого человека; на создание условий для их реабилитации и жизненной адаптации; на глубокое и разностороннее рассмотрение объективных закономерностей, проявляющихся в процессе переживания горя (ухудшение самочувствия, злоупотребление алкоголем, появление навязчивых состояний).

Программа рассчитана на год. Она включает два обязательных посещения и написание четырех писем. Первое посещение семьи предусмотрено сразу после смерти пациента (выражение соболезнования родственникам, предложение помощи в оформлении ритуальных услуг). Второе — спустя некоторое время, когда сотрудники стараются оказать семье поддержку и определяют степень риска формирования патологического переживания горя.

В оценочном заключении, составляемом по результатам второго после смерти пациента посещения, указывается одна из следующих степеней риска:

- минимальная — переживание горя протекает нормально; чувства выражаются открыто; родственников поддерживают семья, друзья, соседи; близкие умершего способны идентифицировать свои проблемы и искать пути их разрешения; у них отмечаются эпизодические нарушения сна;

- средняя — переживание горя протекает в целом нормально, но есть некоторые осложнения в виде проявлений депрессии, изоляции от системы поддержки, неразрешенных конфликтов с умершим человеком; близких умершего мучает тяжелая бессонница;

- высокая — переживание горя имеет патологический характер, выражающийся в эксцентрическом или оскорбительном, грубом, жестоком поведении, тяжелой депрессии, попытках или угрозах самоубийства, злоупотреблении алкоголем и лекарствами, тяжелой бессоннице или, напротив, полном отсутствии проявления горя.

При выявлении минимальной степени риска дополнительное вмешательство извне не требуется. При средней степени риска возможны консультации психолога по желанию скорбящих. Чаще всего люди нуждаются в общении, хотели бы поделиться с кем-то своими проблемами. В таких случаях возможны дополнительные посещения или общение по телефону. При высокой степени риска требуется помощь психолога, но следует учесть, что граждане не всегда готовы к получению специализированной психологической помощи.

Письма, отправляемые в адрес семей, призваны поддержать людей, понесших утрату, в тяжелые дни, по возможности снять ощущение одиночества, сообщить о том, что о них помнят и разделяют их горе.

Письма приурочиваются к дням памяти: девятому, сороковому, к полугодовой дате и годовщине. К каждому письму, содержащему слова поддержки, прилагается материал, который может помочь скорбящему разобраться в том, что с ним происходит, подсказать, как следует поступать в определенных ситуациях. Например, в первое письмо вкладываются такие материалы, как "Понимание реакции горя", "Несколько советов о том, как пережить праздники", "Помощь детям, столкнувшимся с реальностью смерти". Ко второму письму прилагается материал "Помоги себе сам", к третьему — "Печаль — как река. Первая помощь для вашего душевного здоровья".

Задача сотрудников хосписа в этот период состоит не только в поддержке близких умершего пациента, но и в том, чтобы не допустить формирования у них потребности в опеке, сохранить за ними право отказа от помощи в любой момент (о таком праве упоминается в каждом письме с указанием телефонов, по которым нужно для этого позвонить). Поддержка касается только некоторых сторон процесса переживания горя. Большая его часть проходит в естественно складывающихся обстоятельствах. Важно не мешать этому. Не стоит расстраиваться, если семья в какой-то момент откажется от поддержки и не захочет больше встречаться с сотрудниками хосписа. Эффективное завершение отношений поддержки составляет одно из главных условий работы с людьми, переживающими утрату близких.

За время действия программы (с начала 2002 г. по июнь 2003 г.) умерло 72 человека, состоявших на обслуживании хосписа на дому. Из них 11 пациентов не имели родственников или их родственники проживали далеко за пределами Московской области. Таким образом, в программу поддержки была включена 61 семья. Во время действия программы 3 семьи

отказались от писем, 2 семьи переехали на другое место жительства.

Чтобы выяснить, нуждались ли родственники умерших пациентов в помощи и если да, то в какой именно, было проведено анкетирование 15 семей — участников программы после ее завершения.

Полученные ответы свидетельствовали о том, что:

— в поддержке нуждались 11 человек (73% от общего числа участников);

— из них в поддержке в виде только посещений не нуждался никто, в поддержке в виде писем нуждались 8 человек (53%), в виде писем и посещений — 3 человека (20%);

— в дополнительной информации нуждались 6 человек (40%);

— на положительное отношение к полученным письмам указали 11 человек, затруднились ответить 4 человека (те, которые не нуждались в поддержке).

Сотрудники отделения надеются в дальнейшем с помощью подобных исследований найти оптимальный вариант работы с семьями.

В деятельности хосписа на дому очень трудно выделить какой-то аспект, потому что только взаимодействие всего персонала обеспечивает внутреннее единство, целостность реабилитационного процесса, его целенаправленность и эффективность.

## **VI. СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ИНВАЛИДОВ**

---

В наиболее концентрированном виде медико-социальные аспекты реабилитации находят свое выражение в учреждениях системы социального обслуживания населения.

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 прогрессирующе 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 Минздрава 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 объеди-

нить 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 положен 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 реабилитации с охватом 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 (ЦСО), 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, интеллектуальной недостаточностью). Независимо от профиля и специализации (реабилитационной) 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, ведению 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, неспособных 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 приобретенных 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 существенное 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, также некоторые виды сельскохозяйственного труда.

Для организации профессионального и трудового обучения и социально-бытовой ориентации умственно отсталых лиц предусмотрена соответствующая материально-техническая база. Она представляет собой учебную часть с оснащением 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 навы-

ков получает удостоверение. Трудовое обучение, производительный труд, привитие и совершенствование навыков социальной адаптации, воспитательный процесс осуществляются соответствующим штатом педагогических работников, нормы 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, креслами-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 организаций 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, являющиеся учреждениями, предназначенными 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 инвалида;
- 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 прогрессирующе 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 в Москве ведет подготовку по специальностям:

0206 — издательское дело;

512 — живопись;

513 — скульптура;

514 — дизайн;

515 — 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 учреждения 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 патологи-

ческих проявлений и др. С учетом этих факторов разливаются 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 реабилитации 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 восстановления утраченных навыков самообслуживания в связи с болезнью, травмой и другими причинами.

В задачи социально-средовой реабилитации входят также предупреждение и устранение конфликтов между людьми разных поколений (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, передвижения и т. д. Для молодых инвалидов важна помощь в обучении пользованию техническими средствами реабилитации, в получении образования, приобретении профессий и 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 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 организацию 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 три ка-

тегории психически больных в этих учреждениях: лица с выраженной и глубокой умственной отсталостью (40,7%), больные шизофренией (25,0%) и инвалиды с интеллектуально-психическими 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-психическими 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 социальной 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:

- разработать нормативно-правовую базу для переориентации части этих учреждений в истинно реабилитационные с приданием им статуса реабилитационных центров;
- разработать программы обучения инвалидов новым, конкурентоспособным видам труда с учетом современной социально-экономической ситуации;
- создать современную материально-техническую базу реабилитации с оснащением лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ) и подсобного хозяйства новыми механизмами, инвентарем, оборудованием;



- ввести 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 документом<sup>1</sup> в структуре центра социального обслуживания значатся отделение днев-

<sup>1</sup> См.: Постановление Минтруда России «Об утверждении примерного положения о центре социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» от 8 июля 1997 г. № 36.

ного пребывания, социально-реабилитационное отделение. Цель этих отделений — способствовать продлению активного образа жизни, 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 инвалидам получения квалифицированной реабилитационной помощи.

Отделение свою деятельность по реабилитации инвалидов осуществляет во взаимодействии с учреждениями, занимающимися реабилитацией инвалидов — органами здравоохранения, образования, социальной защиты, занятости и др.; 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 ним;
- помощь в адаптации в обществе после выписки из отделения, определение потребности в видах социальной помощи и содействие в ее получении; доставка инвалидам кресел-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 г. было создано государственное учреждение — периферийный 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, продление 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 входят:

- 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 обес-

печения 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 три структурных 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 техническими средствами реабилитации), ухода и поведения в быту (само-

стоятельно 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 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 Экспериментальному центре создан Совет из представителей администрации Департамента социальной защиты населения (ДСЗН), общественных организаций, руководителей социальных служб, директоров ЦСО и центров медико-социальной реабилитации (ЦМСР), активных пожилых граждан. В функции Совета входит координация деятельности Экспериментального центра, отработка мероприятий по социальной реабилитации, оказанию консультативной помо-

щи 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.

Продолжает развиваться стационарное обслуживание детей-инвалидов.

- В системе органов социальной защиты населения субъектов Российской Федерации функционируют 152 дома-интерната для детей-инвалидов.

- Очередь на помещение в эти дома-интернаты составляет менее 2% от числа проживающих.

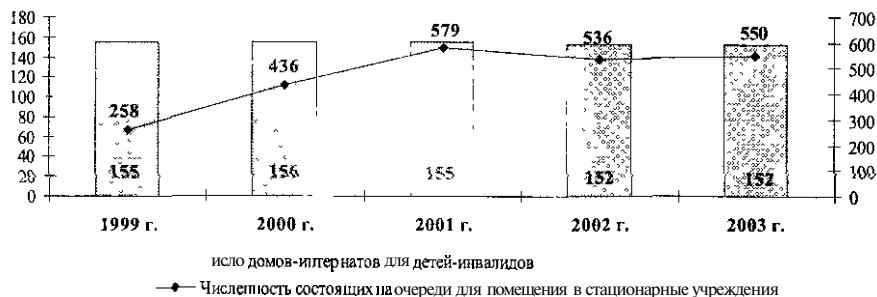


Рис. 3. Диаграмма стационарного обслуживания детей-инвалидов



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;
- 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 Российской Федерации 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 квалификационным профессиям в тех случаях, когда они не имеют специальности, а также переобучение инвалидов, если по состоянию здоровья они не могут продолжать работу по 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 на-

селения 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 инвалидов 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 тренажер-

ный 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 самообслуживании. 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 самостоятельно может принимать пищу.

Инвалид с одной рабочей рукой или лица, 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, контурными устройствами, позволяющими без труда повернуть какие-либо выключатели, например, включить или выключить электрическую плиту.

Инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата учатся одеваться при помощи деревянной палочки-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, кроватное подъемное устройство "веревочная лестница".

Для решения вопросов адаптации жилых помещений 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 общении, приобретение знаний, формирование умений, навыков общения, развитие установок, определяющих поведение в общении. Кроме того, разработана программа психокоррекционных упражнений, направленных на снижение уровня

рассогласования 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 является 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 — искусство — можно считать создание при центре театральной студии. Уроки театра не ставят цели подготовить актера, задача — заставить человека раскрепоститься, почувствовать радость от деятельности

- Досуговая деятельность

В рамках этого направления проводятся вечера встреч, отдыха и общения, дискотеки, тематические просмотры видеофильмов, выпускается информационный материал инвалидов и т. п.

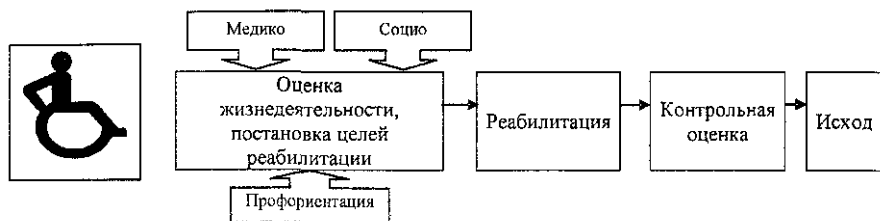


Рис. 4. Схема работы ЦРМИ

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, 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 невралгических, травматологических, ревматологических заболеваний.

Центр обслуживает инвалидов бесплатно. Противопоказания для пребывания в ЦРМИ:

- острые и подострые стадии основных заболеваний;
- 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 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.

## **VII. ПРОГРАММЫ СОЦИАЛЬНОЙ 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 оплату которых принимают участие либо сам инвалид, либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых норм и форм собственности.



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

Индивидуальная программа реабилитации имеет для инвалида 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, кресла-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.

*Преemptивность* 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 (ФИО, 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, послевузовское, 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 (одинокий, семейный, сирота, сколько членов семьи), а также статусе 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, об-

щую продолжительность инвалидности, закодированными 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 (сила, уравновешенность, подвижность, лабильность и динамичность), оценки состояния сенсорных и перцептивных систем, состояния познавательных функций (внимание, память, мышление), уровня развития речи и специфических функций — письма, счета, чтения; устойчивости этих функций к нагрузкам. Существенным при оценке психофизической выносливости является также учет устойчивого 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, т. е. 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, т. е. способность 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 вопросов в повседневной деятельности;

- данные о структуре потребности инвалида, т. е. указание тех желаний, влечений, объектов (материальных и идеальных), необходимых 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, т. е. 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 привыч-

ного 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 который 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. комплексе 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.

МПР состоит из трех программ:

- программы медицинской реабилитации;
- программы профессиональной реабилитации;
- программы социальной реабилитации.

Программа социальной реабилитации в рамках 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), пользованию одеждой, одеванию, раздеванию, приему 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 заболевания 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 соответ-

ствии с медико-социальными показаниями, доставку технического средства, его сервисное обслуживание;

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

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

- обучение социальному общению, которое включает обеспечение 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 контроль за рождаемостью, 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 акта-

ми возлагается на учреждения государственной системы медико-социальной экспертизы.

Согласно п. 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 различных специальностей, но 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 функций 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 ст. II 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 условий 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, ограничений жизнедеятельности, а также формирования всех разделов (программ) ИПР и оформляет ИПР; специалист по социальной работе принимает участие, наряду со специалистом по реабилитации и тремя 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 непоступления запрошенных данных начальник Бюро МСЭ принимает меры по выяснению причин 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 и организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. По-

этому 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 территориальные 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 отсутствия 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) обращается 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 МПР 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 отражена 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 сред-

ство. Здесь возможны различные 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 само-

обслуживания, 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 обществе.

Индивидуальная реабилитационная программа, заполняемая ежегодно на каждого больного, позволит проследить динамику его состояния, вычленив наиболее эффективные способы и средства и варьировать реабилитационное воздействие.

Индивидуальная программа позволяет осуществить своевременную коррекцию с учетом изменений психосоматического 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 соматопсихического состояния больного (время, кратность, интенсивность);
- 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.

## **VIII. ОПЫТ СОЦИАЛЬНОЙ 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, где роль государства (до 1933 г.) была весьма слабой.

В США инвалиды в первую очередь обеспечиваются пенсией и страхованием от несчастных случаев. Для этого 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 стремление 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 — это 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 сильными 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 недо-

статки, 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 ЦПВ 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 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 общиной 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. Инвали-

дов иногда помещают в больницу на короткие периоды, чтобы дать облегчение родственникам. Интересен опыт Польни 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, принятые 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.

Проблемы инвалидов решаются социальными работниками совместно с трудотерапевтами. Трудотерапия 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, госпиталях, школах, 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 улучшение 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 по 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 займы необходимое оборудование для инвалида. Совет графства может выделить субсидию (дотацию) для оплаты частичной стоимости приобретения приспособления к дому инвалида (например, ската для кресла-коляски или установки туалета на 1-м этаже дома инвалида).

Оказывается инвалиду помощь по телефону или по другим средствам связи (при необходимости).

Департамент социальных служб графства Норфлок оказывает помощь непосредственно 25 000 клиентам одновременно. Этот департамент более 700 тыс. ф. ст. 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 вырабатывают 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 Норфлок. 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 предос-

тавить 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 в 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 ежемесячное пособие в размере 6000 фунтов для приобретения специальной техники (инвалидных колясок, лифтов для инвалидов, сигнальных систем со вспышками для слабослышащих пациентов). Инвалиды с тяжелыми заболеваниями могут выполнять работу по дому, и для этих целей им устанавливается специальное 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 инвалидов занимаются как государственные, так и

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 признанных норм обучения трудотерапевтов в различных странах Всемирная организация трудотерапевтов.

Теперь рассмотрим одно из успешных направлений работы с уязвимыми группами, получившее на Западе название "окупуациональной терапии".

Окупуациональная терапия — терапия повседневным занятиями — форма профессиональной социальной работы, существующая в большинстве стран мира и занимающая важное место в команде специалистов социальной работы, здравоохранения, образования. Occupational therap является интегральной частью комплексной программы медицинской, социальной и психолого-педагогической реабилитации. Это необходимый компонент эффективной помощи людям, испытывающим трудности функционирования в повседневных ситуациях. Применение окупуациональной терапии достаточно широко — начиная от стимуляции рефлексов недоношенного младенца до обеспечения безопасности и независимости слабого пожилого человека. Специалиста по окупуациональной 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 посредством труда ускорить восстановление утраченных жизненных функций человека и его выздоровление или способность самостоятельно обслуживать себя в бытовой среде.

Но в то же время было бы ошибкой приравнивать такой вид терапии к лечебной физкультуре. В российской практике многое

из того, чем владеет оккупационная 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 оккупационная терапия. За рубежом специалистов этого направления готовят уже почти 70 лет. Особенно большое развитие оккупационная терапия получила в Великобритании, а также в США.

Посмотрим на образовательную программу по оккупационной терапии одного из крупнейших американских университетов, чтобы понять, какими знаниями и навыками должен располагать этот специалист. Данная программа главным образом 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 степень бакалавра 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", а также курсы по выбору.

Что же является содержанием оккупациональной терапии и кто нуждается в ее услугах?

Оккупационная терапия начинается с функциональной диагностики, необходимой для определения числа и степени затруднений, 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 оккупациональной 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 оккупациональной терапии.

Таким образом, как направление в социальной реабилитации 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 и т. п.)

Кому предназначена оккупациональная терапия?

Оккупациональная терапия необходима детям с проблемами, связанными со следующими диагнозами:

- недоношенность;
- церебральный паралич или мускульная дистрофия;
- отклонения в развитии, включая умственную отсталость, *spina beſida*, 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;

- 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.

ОТ для 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.

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;

- 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 или крупных корпораций. В США, например, среди государственных программ, которые покрывают эти расходы, имеются программы: Medicare, Medicaid, Программа гражданского здравоохранения (СНАМПУС), Федеральная программа здравоохранения служащих (ФЕНВР), Закон о реабилитации, Закон об образовании инвалидов, Закон о пожилых американцах, Программы охраны здоровья матери и ребенка, Программы услуг по охране психического здоровья и лечения алкогольной и наркотической зависимости, Программы компенсаций государственным работникам.

Оккупациональная терапия выгодна не только с социально-психологической, но и экономической точки зрения так как позволяет:

- ◆ значительно сократить пребывание человека в больнице;
- уменьшить нужду в госпитализации и институциализации (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 их ассистенты 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;
- центрах для людей с нарушениями развития;
- в частной практике;
- ◆ центрах лечения ожогов;
- клиниках, специализирующихся на восстановлении функции 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 нуждающихся 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 ее дальнейшего развития и лицензирования как самостоятельного вида деятельности. Поэтому, на наш взгляд, большой интерес представляет работа модельного центра в Социально-технологическом институте (СТИ) Московского государственного университета сервиса (МГУС).

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 г. 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.

Интересный опыт по реабилитации инвалидов сложился в Германии.

Реабилитация инвалидов входит как в перечень услуг системы социального страхования (в частности, системы пенсионного и медицинского страхования и страхования от несчастного случая), так и системы социальных компенсаций и содействия занятости. Однако для этого должны быть выпол-

нены определенные условия, чего многие инвалиды больше не в состоянии сделать: например, системой пенсионного страхования меры реабилитации оплачиваются только в том случае, если это способно предотвратить общую или профессиональную нетрудоспособность.

Помощь в интеграции всеобъемлюще регламентирована в рамках законодательства о социальной помощи. Она предоставляется без вышеуказанных ограничений, если выполнены остальные условия для социальной помощи.

Помощь в интеграции включает:

- лечебные меры для предотвращения, лечения или облегчения инвалидности;
- обеспечение протезами и другими вспомогательными средствами;
- помощь в получении подходящего школьного образования, если это не обеспечивается дирекцией школы;
- помощь в получении подходящей профессии;
- помощь для возобновления занятия прежней профессией или для переквалификации на подходящую другую профессию;
- помощь в получении подходящего рабочего места, при необходимости в мастерской для инвалидов;
- помощь в получении и сохранении квартиры, отвечающей особым потребностям инвалида;
- помощь для принятия участия в жизни общества.

Составной частью помощи в интеграции являются также лечебно-педагогические меры для детей, которые еще не ходят в школу. Это особенно важно, так как эти меры направлены прежде всего на предотвращение грозящей инвалидности или на смягчение последствий таковой.

Меры для инвалидов подлежат дальнейшему развитию с учетом закрепленного в конституционном порядке права на равенство. Инвалиды и их объединения требуют принятия всеобъемлющего закона о равенстве.

Каждый, страдающий непреходящим физическим, умственным или психическим пороком или кому грозит такая

инвалидность, имеет принципиальное право на реабилитацию, независимо от причин заболевания.

Как можно более ранняя реабилитация служит интеграции инвалидов в систему воспитания, образования, включая высшего, в трудовую и общественную жизнь.

В Федеративной Республике Германии услуги и прочие виды помощи к интеграции не сведены воедино в рамках одного-единственного института, а разбросаны по всей разветвленной системе социальной защиты. Учитывая значение реабилитации для всех возрастных групп, необходима лучшая координация услуг по реабилитации. Все настоятельнее требуется принятие единого закона об услугах для инвалидов.

*Услуги по реабилитации оказываются в виде:*

- медицинских услуг институтами медицинского и пенсионного страхования и страхования от несчастного случая, а также институтами, предоставляющими социальные компенсации при ущербе здоровью;
- мер профессионального содействия Федеральным ведомством труда, системой пенсионного страхования и страхования от несчастного случая, а также институтами, предоставляющими социальные компенсации при ущербе здоровью;
- мер общей социальной интеграции системой страхования от несчастных случаев, институтами, предоставляющими социальные компенсации при ущербе здоровью, системой помощи детям и молодежи, а также — в особенно широкой степени — институтами социальной помощи.

Особое место в реабилитации занимают:

- профилактика, раннее распознавание и раннее целенаправленное развитие, в особенности для детей грудного и младшего возраста;
- принцип "реабилитация занимает преимущественное положение по сравнению с уходом".

Наряду со школьным образованием особое значение для инвалидов имеет интеграция в трудовую жизнь. Для инвалидов, которые несмотря на ранее целенаправленное развитие и целенаправленное школьное и профессиональное образова-

ние не могут найти для себя работы, учитывая вид и тяжесть их инвалидности, в Федеративной Республике Германии создана хорошо развитая сеть специальных мастерских.

В Финляндии социальное обеспечение людей с нарушениями физического здоровья осуществляется согласно программе политики нетрудоспособности, созданной в 1995 г

Фокус социального обеспечения для людей с нарушениями физического здоровья сдвигается от простого оказания им услуг и реабилитации к устранению преград в их деятельности и равному участию в жизнедеятельности. Целью является поощрение независимости, равенства, самостоятельности и деятельности лиц с нарушениями физического здоровья, поддерживая их инициативность, предоставляя им возможности для принятия решений, удаляя на их пути препятствия физического, коммуникативного характера, а также меняя к ним личное отношение людей.

## Услуги для людей с нарушениями физического здоровья

Целью Закона об оказании услуг и помощи инвалидам, вступившего в силу в 1988 г., является поддержка независимого образа жизни и равных возможностей для людей с нарушениями физического здоровья. Такие услуги для людей с нарушениями физического здоровья включают работу по их адаптации и реабилитации, консультации, транспортное обслуживание для людей с серьезными повреждениями, специальное жилье, личная помощь и переводческие услуги для слепых и глухих, а также людей с сильными нарушениями речи или слуха. Лицо с нарушениями физического здоровья получает компенсацию за перестройку своей квартиры и за приобретение приспособлений, необходимых для перестройки квартиры, если такая перестройка необходима для организации самостоятельной жизни инвалида. С целью определения и координации необходимых видов услуг и мер поддержки для лица с нарушениями физического здоровья мунци-

ципальные органы власти совместно с данным лицом или членами его семьи создают индивидуальный план обслуживания. Совместно созданный план повышает право клиента на самоопределение и деятельную жизнь. Система здравоохранения несет основную ответственность за медицинскую реабилитацию инвалидов. Профессиональная реабилитация организуется органами занятости, Учреждением социального страхования, по схемам страхования на рабочем месте и страхования транспортных средств, по схеме пенсионного страхования и учреждениями профессионального образования. Целью профессиональной реабилитации является улучшение или поддержание работоспособности и трудового потенциала людей с нарушениями физического здоровья. Муниципалитеты организуют специальные рабочие места для тех, кто в силу своей неспособности, болезни или повреждений не могут найти работу на открытом рынке труда.

В 1997 г, 55 100 людей с серьезными физическими недостатками были обеспечены транспортными услугами, около 1700 человек жили в специальных жилых домах, около 2300 человекам была оказана личная помощь и 3 000 человек с нарушениями слуха воспользовались услугами переводчика.

## Обеспечение лиц с нарушениями интеллектуального развития

Отдельные законодательные акты регулируют систему особого ухода за людьми с нарушениями интеллектуального развития. Финляндия разделена на 16 специальных районов, которые несут ответственность за организацию специального ухода за людьми, страдающими умственными недостатками. Около 22 000 человек, или 0,5% всего населения, нуждаются в специальном обслуживании в дополнение к муниципальному социальному обеспечению и медицинскому обслуживанию. К основным видам специального обслуживания относятся жилищные услуги, семейный уход и стационарный уход в специализированных учреждениях, организация деятельности в



рабочее и свободное время. Цель — расширение спектра услуг для людей с нарушениями интеллектуального развития, оказываемых на местном уровне. Особое внимание уделяется тому, чтобы избежать направления детей и молодежи в специализированные учреждения. Около 14% людей с нарушениями психики находятся в условиях стационарного ухода, примерно 6% находятся на попечении в семьях и около 20% проживают в специальных жилых домах. Почти 40% людей с нарушениями интеллектуального развития живут в своих семьях и около 20% живут самостоятельно.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Инвалиды как социальная категория людей нуждаются в постоянной социальной защите, помощи и поддержке. Эти виды помощи определены законодательством, соответствующими нормативными актами, инструкциями и рекомендациями; известен механизм их реализации. Следует отметить, что все нормативные акты касаются льгот, пособий, пенсий и других форм социальной помощи, которая направлена на поддержание жизнедеятельности, на пассивное потребление материальных затрат.

Вместе с тем инвалидам необходима такая помощь, которая могла бы стимулировать и активизировать их и подавляла бы развитие иждивенческих тенденций. Известно, что для полноценной, активной жизни инвалидов необходимо вовлечение их в общественно-полезную деятельность, развитие и поддержание их связей со здоровым окружением, государственными учреждениями различного профиля, общественными организациями и управленческими структурами. По существу, речь идет о социальной интеграции инвалидов, которая является конечной целью реабилитации.

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

В нашей стране только начинает набирать темпы работа по разработке индивидуальных реабилитационных программ для лиц с ограниченными возможностями, создаются различные модели реабилитационных учреждений, внедряются инновационные технологии социальной работы с данной категорией населения, развивается реабилитационная индустрия.

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.

## ЛИТЕРАТУРА

Всеобщая Декларация прав человека. ООН, 1948.

Всеобщая декларация экономических, социальных и культурных прав. ООН, 1966-1976.

Конституция Российской Федерации, 1993.

Федеральный закон от 2 августа 1995 г. № 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов".

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

Федеральный закон от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации".

Постановление Правительства РФ "О программе социальных реформ в Российской Федерации". 1997.

Распоряжение Правительства РФ "О социальных нормах и нормах". 1996.

Устав Московской области.

Концепция развития Московской области на 1997-2005 годы.

Концепция формирования государственных социальных стандартов Московской области.

Закон Московской области "О государственных социальных стандартах в Московской области".

Закон Московской области "О прожиточном минимуме в Московской области".

Государственная программа Московской области по социальной защите населения на 1999—2000 годы.

Государственная программа Московской области "Социальная поддержка инвалидов в Московской области на 1998-2002 годы".

Государственная программа Московской области "Старшее поколение" на 1998—2000 годы.

Положение "О мерах поддержки благотворительных общественных объединений, действующих на территории Московской области".

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

Дементьева Н. Ф., Устинова Э. В. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан. — М., 1991.

Егоров А. И. Социально-трудовая реабилитация инвалидов и престарелых (правовой аспект). — М, 1985.

Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом: Методические рекомендации. — М.-СПб., 1998

Основы социально-медицинской работы: Учеб. пособие / Под ред. Е. А. Сигиды. — М., 1998.

Профессиональная ориентация инвалидов: Учебно-методическое пособие (для специалистов службы занятости. — М., 1997.

Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы. — М., 1997.

Реабилитация детей с ограниченными возможностями. — М., 1992.

Социальная работа с инвалидами. / Настольная книга специалиста. — М., 1996.

Храпылина Л. П. Основы реабилитации инвалидов. — М., 1996.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

*Приложение 1*

## **Стандартные правила обеспечения равных возможностей /хая инвалидов**

(Приняты Генеральной Ассамблеей ООН 20.12.1993 г.  
Резолюция № 48/96)

### **ВВЕДЕНИЕ**

#### **История вопроса и существующие потребности**

1. Во всех странах мира и в любой группе общества имеются инвалиды. Их число в мире значительно и продолжает расти.

2. Причины и следствия инвалидности в разных странах различны. Эти различия объясняются разными социально-экономическими условиями и разными мерами государств по обеспечению благосостояния своих граждан.

3. Проводимая в настоящее время политика в отношении инвалидов — результат развития общества в течение последних двухсот лет. Во многих отношениях эта политика является отражением общих условий жизни и социально-экономической политики, проводимой в разное время. Однако инвалидность имеет много характерных для нее черт, которые повлияли на условия жизни инвалидов. Невежество, пренебрежение, предрассудки и страх — вот те социальные факторы, которые на протяжении всей истории являлись препятствием для развития способностей инвалидов и вели к их изоляции.

4. На протяжении многих лет политика в отношении инвалидов изменялась: она прошла путь от обычного ухода инвалидами в соответствующих учреждениях до получения образования детьми-инвалидами и реабилитации лиц, ставших инвалидами уже в зрелом возрасте. Благодаря образованию и реабилитации инвалиды стали более активно выступать за дальнейшее развитие политики в отношении инвалидов. Созданы организации инвалидов, их семей и сторонников, которые выступают за улучшение условий жизни инвалидов. После второй мировой войны появились такие концепции, как интеграция и включение инвалидов в нормальную жизнь общества, отражавшие растущее понимание потенциальных возможностей инвалидов.

5. В конце 60-х годов в некоторых странах организации инвалидов начали разрабатывать новую концепцию инвалидности. Эта концепция учитывала тесную связь между ограничениями, которые испытывает инвалид, структурой и характером окружающей его среды и отношением населения инвалидам. Одновременно проблемы инвалидов все чаще начинают освещаться в развивающихся странах. В некоторых из этих стран процент инвалидов от общей численности населения весьма высок, причем инвалиды, как правило, являются самыми бедными лицами в обществе.

### **Международная деятельность в прошлом**

6. Права инвалидов уже в течение длительного времени являются предметом пристального внимания со стороны Организации Объединенных Наций и других международных организаций. Наиболее важным итогом международного года инвалидов (1981 г.) явилась Всемирная программа действий в отношении инвалидов <1>, принятая Генеральной Ассамблеей в ее резолюции 37/52 от 3 декабря 1982 года. Международный год и Всемирная программа действий дали мощный толчок прогрессу в этой области. В ходе их осуществления подчеркивалось право инвалидов на равные с другими гражданами возможности и на равное улучшение условий жизни в

результате экономического и социального развития. Кроме того, впервые инвалидность была определена как функция отношений между инвалидами и их окружением.

7. В 1987 г. в Стокгольме было проведено Глобальное совещание экспертов для обзора хода осуществления Всемирной программы действий в отношении инвалидов в середине Десятилетия инвалидов Организации Объединенных Наций. На этом совещании было предложено разработать философскую концепцию с целью определения приоритетных мероприятий в будущем. В основу этой концепции должно быть положено признание прав инвалидов.

8. В связи с этим Совещание рекомендовало Генеральной Ассамблее созвать специальную конференцию с целью разработки международной конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении инвалидов, которая должна была быть ратифицирована государствами к концу десятилетия.

9. Общий проект конвенции был подготовлен Италией и представлен Генеральной Ассамблее на ее сорок второй сессии. Позднее, на сорок четвертой сессии Генеральной Ассамблеи, Швеция выступила с заявлением, касающимся проекта конвенции. Однако в обоих случаях не было достигнуто консенсуса в отношении целесообразности такой конвенции. По мнению многих представителей, существующие документы, касающиеся прав человека, гарантируют инвалидам одинаковые права с другими лицами.

### **История разработки стандартных правил**

10. Руководствуясь решениями Генеральной Ассамблеи, Экономический и Социальный Совет на своей первой очередной сессии 1990 г. решил сосредоточить свои усилия на разработке международного документа несколько иного рода. В своей резолюции 1990/26 от 24 мая 1990 г. Совет уполномочил Комиссию социального развития рассмотреть на ее тридцать второй сессии вопрос о создании специальной рабочей группы правительственных экспертов открытого состава, финансируемой за счет добровольных взносов, для разработки стан-

дартных правил создания равных возможностей для инвалидов из числа детей, молодежи и взрослых в тесном сотрудничестве со специализированными учреждениями, другими межправительственными органами и неправительственными организациями, прежде всего организациями инвалидов. Совет просил также Комиссию завершить разработку текста этих правил для рассмотрения Советом в 1993 году и представления Генеральной Ассамблее на ее сорок восьмой сессии.

11. Последующие обсуждения в Третьем комитете Генеральной Ассамблеи на сорок пятой сессии показали, что новая инициатива по разработке стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов пользуется широкой поддержкой.

12. На тридцать второй сессии Комиссии социального развития инициатива разработки стандартных правил получила поддержку значительного числа представителей. В результате обсуждения была принята резолюция 32/2 от 20 февраля 1991 г., в которой Комиссия решила создать специальную рабочую группу открытого состава в соответствии с резолюцией (990/26 Экономического и Социального Совета.

### **Цели и содержание Стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов**

13. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов были разработаны на основе опыта, приобретенного в ходе проведения Десятилетия инвалидов Организации Объединенных Наций (1983-1992 годы) <2>. Политической и моральной основой настоящих Правил являются Международный билль о правах человека. Они включают Всеобщую декларацию прав человека <3>, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах <4> и Международный пакт о гражданских и политических правах <4>, Конвенцию о правах ребенка <5> и Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин <6>, а также Всемирную программу действий в отношении инвалидов.



14. Хотя настоящие Правила не являются обязательными, они могут стать формами международного обычного права, когда они будут применяться большим числом государств, выразивших желание соблюдать Международное право. Настоящие Правила предполагают взятие государствами серьезных моральных и политических обязательств в отношении обеспечения равенства возможностей для инвалидов. В Правилах предусматриваются принципы, касающиеся ответственности принятия мер и обеспечения сотрудничества. В них указываются также области, имеющие решающее значение для обеспечения качества жизни, всестороннего участия в жизни общества и равенства. Настоящие Правила являются основой, на которой инвалиды и их организации могут выработать свою политику и строить свою деятельность. Они создают основу для технического и экономического сотрудничества между странами, том числе через посредство Организации Объединенных Наций и других международных организаций.

15. Цель настоящих Правил заключается в обеспечении такого изложения, при котором девочки, мальчики, мужчины и женщины, являющиеся инвалидами, как члены общества имели бы те же права и обязанности, что и другие лица. Во всех странах мира все еще существуют препятствия, которые не позволяют инвалидам осуществлять свои права и свободы и осложняют их полное участие в общественной жизни. Обязанность государств заключается в том, чтобы принимать необходимые меры для устранения этих препятствий. Инвалиды и их организации должны играть активную роль в этом процессе как полноправные партнеры. Создание равных возможностей для инвалидов является важным вкладом в общие усилия, направленные на мобилизацию людских ресурсов во всех странах мира. Особое внимание, по-видимому, следует обратить на такие группы населения, как женщины, дети, престарелые, бедные слои населения, рабочие-мигранты, лица, страдающие двумя или несколькими видами инвалидности, коренные жители и национальные меньшинства. Кроме того, учитывается большое число беженцев-инвалидов с особыми потребностями, требующими внимания,

## **Основные концепции политики в отношении инвалидов**

16. Настоящие Правила воплощают в себе следующие концепции, в основе которых лежат идеи, изложенные во Всемирной программе действий в отношении инвалидов. В некоторых случаях в них нашли отражение изменения, которые произошли в течение Десятилетия инвалидов Организации Объединенных Наций.

### **Инвалидность и нетрудоспособность**

17. Термин "инвалидность" включает в себя значительное различие функциональных ограничений, которые встречаются среди населения во всех странах мира. Люди могут стать инвалидами вследствие физических, умственных или сенсорных дефектов, состояния здоровья или психических заболеваний. Такие дефекты состояния или заболевания по своему характеру могут быть постоянными или временными.

18. Термин "нетрудоспособность" означает утрату или ограничение возможностей участия в жизни общества наравне с другими. Он предполагает отношение между инвалидом и его окружением. Этот термин применяется с целью подчеркнуть недостатки окружения и многих аспектов деятельности общества, в частности, в области информации, связи и образования, которые ограничивают возможности инвалидов участвовать в жизни общества наравне с другими.

19. Использование двух терминов "инвалидность" и "нетрудоспособность", как они определяются в пунктах 17 и 18 выше, следует рассматривать в свете современной истории инвалидности. В 70-х годах многие представители организаций инвалидов и специалисты в области инвалидности резко высказывались против используемой в то время терминологии. Существовала нечеткость и путаница в использовании терминов "инвалидность" и "нетрудоспособность", что мешало разрабатывать соответствующую политику или осуществлять меры политического характера. Эти термины отражали

медицинские и диагностические подходы и игнорировали несовершенство и недостатки окружающего общества.

20. В 1980 г. Всемирная организация здравоохранения приняла международную классификацию дефектов, инвалидности и нетрудоспособности, которая предлагает более точный и в то же время относительный подход. Международная классификация дефектов, инвалидности и нетрудоспособности проводит четкое разграничение между "дефектом", "инвалидностью" и "нетрудоспособностью". Классификация широко применяется в таких областях, как реабилитация, образование, статистика, политика, законодательство, демография, социология, экономика и антропология. Некоторые специалисты выразили озабоченность в связи с тем, что определение термина "нетрудоспособность" в этой классификации, возможно, все еще считается слишком медицинским, в котором слишком большой упор делает индивидууме, и что оно, возможно, неадекватно отражает взаимодействие между социальными условиями или ожиданиями и способностями индивидуума. Это и другие мнения, высказанные за 12 лет после опубликования классификации, будут рассмотрены на предстоящих форумах по ее пересмотру

21. Учитывая опыт осуществления Всемирной программы действий и широкое обсуждение, проводившееся в течение Десятилетия инвалидов Организации Объединенных Наций, можно говорить об углублении знаний и расширении понимания вопросов инвалидности и используемых терминов. Терминология, используемая в настоящее время, признает необходимость рассмотрения как индивидуальных потребностей (реабилитация, предоставление технических средств и т. д.), так и недостатков, характерных для общества (различные препятствия для участия в жизни общества).

### **Предупреждение инвалидности**

22. Термин "предупреждение инвалидности" означает осуществление комплекса мер, направленных на предупреждение возникновения физических, умственных, психических и сенсорных дефектов (профилактика первого уровня) или на

предупреждение перехода дефекта в постоянное функциональное ограничение или инвалидность (профилактика второго уровня). Предупреждение инвалидности может предусматривать осуществление мер различного характера, в частности оказание первичной медико-санитарной помощи, пред- родового и послеродового уход, популяризация диетотерапии, профилактическая вакцинация от инфекционных заболеваний, меры по борьбе с эндемическими заболеваниями, охрана труда и программы предупреждения несчастных случаев в различных ситуациях, включая приспособливание рабочих мест в целях предупреждения профессиональных заболеваний и потери трудоспособности, предупреждение инвалидности, которая является следствием загрязнения окружающей среды или вооруженных конфликтов.

#### Реабилитация

23. Термин "реабилитация" означает процесс, имеющий целью помочь инвалидам достигнуть оптимального физического, интеллектуального, психического и/или социального уровня деятельности и поддерживать его, предоставив им тем самым средства для изменения их жизни и расширения рамок 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, начиная от начальной и более общей реабилитации и кончая целенаправленной деятельностью, например, восстановлением профессиональной трудоспособности.

#### **Обеспечение равных возможностей**

24. Термин "обеспечение равных возможностей" означает процесс, благодаря которому различные системы общества и окружающей среды, такие, как обслуживание, трудовая деятельность и информация, оказываются доступными всем, особенно инвалидам.

25. Принцип равенства прав предполагает, что потребности всех без исключения индивидуумов имеют одинаково важное значение, что эти потребности должны служить основой планирования в обществе и что все средства следует использовать таким образом, чтобы каждый индивидуум имел равные возможности для участия в жизни общества.

26. Инвалиды являются членами общества и имеют право оставаться жить в своих общинах. Они должны получать поддержку, в которой они нуждаются, в рамках обычных систем здравоохранения, образования, занятости и социальных услуг.

27. После достижения инвалидами равных прав они должны также иметь равные обязанности. По мере получения инвалидами равных прав общество вправе ожидать от них большего. В рамках процесса обеспечения равных возможностей необходимо создать условия для оказания помощи инвалидам, с тем чтобы они могли в полной мере выполнять свои обязанности как члены общества.

## Преамбула

Государства, принимая во внимание принятое в соответствии с Уставом Организации Объединенных Наций обязательство предпринимать совместные а самостоятельные действия в сотрудничестве с Организацией Объединенных Наций в целях содействия повышению уровня жизни, полной занятости населения и условиям экономического и социального прогресса и развития, подтверждая приверженность правам человека и основным свободам, социальной справедливости, достоинству и ценности человеческой личности, провозглашенную в Уставе, напоминая, в частности, о международных стандартах в области прав человека <3>, закрепленных во Всеобщей декларации прав человека, Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах <4> и Международном пакте о гражданских и политических правах <4>, подчеркивая, что права, провозглашенные в этих документах, должны быть в равной степени та-

рантированы всем лицам без какой-либо дискриминации, ссылаясь на Конвенцию о правах ребенка <5>, запрещающую дискриминацию по признаку инвалидности и предусматривающую принятие специальных мер для обеспечения прав детей-инвалидов, и Международную конвенцию о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей <8>, которая предусматривает некоторые меры защиты с целью предупреждения инвалидности, напоминая о положениях Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин <6>, направленных на обеспечение прав девочек-инвалидов и ~~женщин-инвалидов~~, принимая во внимание Декларацию о правах инвалидов <9>, Декларацию о правах умственно отсталых лиц <10>, Декларацию социального прогресса и развития <11>, Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи <12> и другие соответствующие документы, принятые Генеральной Ассамблеей, учитывая соответствующие конвенции и рекомендации, принятые Международной организацией труда, касающиеся, в частности, недискриминационного отношения при найме на работу инвалидов, принимая во внимание соответствующие рекомендации и результаты работы Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры, в частности Всемирную декларацию "Образование для всех" <13>. и результаты работы Всемирной организации здравоохранения, Детского фонда Организации Объединенных Наций и других соответствующих организаций, учитывая обязательства государств в отношении охраны окружающей среды, памятуя об опустошительных последствиях вооруженных конфликтов и выражая сожаление в связи с использованием ограниченных ресурсов для производства оружия, признавая, что Всемирная программа действий в отношении инвалидов и содержащееся в ней определение обеспечения равных возможностей является серьезной попыткой международного сообщества придать этим различным международным документам и рекомендациям практическую и конкретную значимость, признавая также, что задача Десятилетия инвалидов Организа-

ции Объединенных Наций (1983-1992 годы) — осуществить Всемирную программу действий — по-прежнему актуальна и требует принятия безотлагательных мер на постоянной основе, напоминая, что в основе Всемирной программы действий лежат концепции, имеющие одинаково важное и актуальное значение как в развивающихся, так и в промышленно развитых странах, будучи убеждены в необходимости активных усилий для обеспечения полного соблюдения прав человека на равной основе и участия инвалидов в жизни общества, вновь подчеркивая, что инвалиды, их родители, опекуны, защищающие их интересы лица и организации должны выступать активными партнерами государств в планировании и осуществлении всех мер, затрагивающих их гражданские, политические, экономические, социальные и культурные права, действуя во исполнение Резолюции 1990/26 Экономического и Социального Совета и руководствуясь подробным перечнем конкретных мер, указанных во Всемирной программе действий, которые необходимы для достижения инвалидами равенства с другими, приняли излагаемые ниже Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, для того чтобы:

а) подчеркнуть, что все меры, принимаемые в области инвалидности, предполагают хорошее знание условий жизни и особых потребностей инвалидов и опыт в этой области;

б) подчеркнуть, что одной из основных задач социально-экономического развития является обеспечение всем лицам доступа к любым сферам жизни общества;

с) определить важнейшие аспекты социальной политики в отношении инвалидов, в том числе в соответствующих случаях активное содействие техническому и экономическому сотрудничеству;

д) предложить варианты процесса принятия политических решений, которые необходимы для обеспечения равных возможностей, учитывая значительные различия в техническом и экономическом уровнях, необходимость отражения в ходе этого процесса четкого понимания культурного контек-

ста, в рамках которого этот процесс происходит, и решающей роли в нем инвалидов;

е) предложить национальные механизмы для тесного сотрудничества между государствами, органами системы Организации Объединенных Наций, другими межправительственными органами и организациями инвалидов;

ф) предложить эффективный механизм для контроля над процессом, с помощью которого государства будут стремиться обеспечить равенство возможностей для инвалидов.<sup>1</sup>

## **I. ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ РАВНОПРАВНОГО УЧАСТИЯ**

### **Правило 1. Углубление понимания проблемы**

Государствам следует принять меры для углубления понимания в обществе положения инвалидов, их прав, потребностей, возможностей и их вклада.

<sup>1</sup> <1> A/37/351/Add 1 и Corr.1, приложение, раздел VIII, рекомендация 1 (IV).

<2> Провозглашено Генеральной Ассамблеей в ее Резолюции 37/53

<3> Резолюция 217 А (III).

<4> Резолюция 2200 А (XXI), приложение.

<5> Резолюция 44/25, приложение.

<6> Резолюция 34/180, приложение

<7> World Health Organization, International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease (Geneva, 1980).

<8> Резолюция 45/158, приложение.

<9> Резолюция 3447 (XXX).

<10> Резолюция 2856 (XXVI)

<11> Резолюция 2542 (XXIV).

<12> Резолюция 46/119, приложение.

<13> Final Report of the World Conference on Education for All: Meeting Basic Learning Needs, Jomtien, Thailand, 5–9 March 1990, Inter-Agency Commission (UNDP, UNESCO, UNICEF, World Bank) for the World Conference on Education for All, New York, 1990, Appendix 1.



1. Государствам следует обеспечить, чтобы компетентные органы распространяли среди инвалидов, их семей, специалистов и широкой общественности самую последнюю информацию о программах и услугах, предназначенных для инвалидов. Такая информация должна представляться инвалидам в доступной форме.

2. Государствам следует организовывать и поддерживать информационные кампании, касающиеся проблем инвалидов и политики в отношении инвалидов, сообщая при этом, что инвалиды являются гражданами с такими же правами и обязанностями, что и другие граждане. Это оправдывало бы принятие мер, направленных на устранение всех препятствий на пути к всестороннему участию инвалидов в жизни общества.

3. Государствам следует поощрять, чтобы средства массовой информации показывали инвалидов в положительном свете; по этому вопросу необходимо проводить консультации с организациями инвалидов.

4. Государствам следует обеспечить, чтобы в программах просвещения общественности отражались все аспекты принципа всестороннего участия инвалидов в жизни общества и их равноправия.

5. Государствам следует приглашать инвалидов, членов их семей и их организации принимать участие в программах просвещения общественности, касающихся положения инвалидов.

6. Государствам следует поощрять, чтобы предприятия в частном секторе включали вопросы, касающиеся инвалидов, во все аспекты их деятельности.

7. Государствам следует разрабатывать и поощрять осуществление программ, направленных на углубление понимания инвалидами их прав и возможностей. Повышение самообеспечения и расширение прав позволит инвалидам воспользоваться предоставляемыми им возможностями.

8. Углубление понимания проблемы должно стать важной частью образовательных программ для детей-инвалидов и программ реабилитации. Инвалиды могли бы также оказы-

вать друг другу помощь в углублении понимания проблемы в рамках мероприятий своих собственных организаций.

9. Углубление понимания проблемы должно стать частью образовательных программ для всех детей и должно быть включено в учебные курсы для преподавателей и подготовки всех специалистов.

## **Правило 2. Медицинское обслуживание**

Государствам следует обеспечить эффективное медицинское обслуживание инвалидов.

1. Государствам следует принять меры для разработки программ раннего обнаружения, оценки и лечения дефектов, осуществлением которых будут заниматься многодисциплинарные группы специалистов. Это позволит предупреждать и сокращать масштабы инвалидности или устранять ее последствия. Следует обеспечить всестороннее участие в таких программах инвалидов и членов их семей на индивидуальной основе, а также организаций инвалидов в процессе планирования и оценки деятельности.

2. Следует организовать подготовку работников местных общин для участия в такой деятельности, как раннее обнаружение дефектов, оказание первой помощи и направление в соответствующие учреждения сферы социального обслуживания.

3. Государствам следует обеспечить предоставление инвалидам, особенно младенцам и детям, медицинского обслуживания на том же уровне в рамках той же системы, что и другим членам общества.

4. Государствам следует обеспечить надлежащую подготовку и оснащение врачей и другого медицинского персонала всем необходимым для медицинского обслуживания инвалидов и обеспечить им доступ к соответствующим методам и средствам лечения.

5. Государствам следует обеспечить, чтобы врачи и другой медицинский персонал получали надлежащую подготовку, с тем чтобы они не предлагали родителям неправильные

рекомендации, ограничивающие тем самым выбор для их детей. Этот процесс подготовки должен идти постоянно и основываться на самой последней информации.

6. Государствам следует обеспечить, чтобы инвалиды имели доступ к любым видам постоянного лечения и получали лекарственные препараты, которые могут им потребоваться для поддержания или повышения уровня их жизнедеятельности.

### **Правило 3. Реабилитация<sup>1</sup>**

Государствам следует обеспечить предоставление инвалидам услуг по реабилитации, с тем чтобы позволить им достигнуть и поддерживать оптимальный уровень их самостоятельности и жизнедеятельности.

1. Государствам следует разрабатывать национальные программы реабилитации для всех групп инвалидов. В основе таких программ должны лежать фактические потребности инвалидов и принципы всестороннего участия в жизни общества и равноправия.

2. В подобные программы следует включать широкий диапазон мер, в частности, базовую подготовку для восстановления или компенсации утраченной функции, консультирование инвалидов и членов их семей, развитие самообеспечения и предоставление, по мере необходимости, таких услуг, как осуществление оценки и предоставление рекомендаций.

3. Все инвалиды, в том числе с высокой степенью инвалидности и/или множественной инвалидностью, нуждающиеся в реабилитации, должны иметь *доступ к ней*

4. Инвалиды и их семьи должны иметь возможность участвовать в разработке и осуществлении мер, связанных с их реабилитацией.

5. Все службы реабилитации должны находиться в общинах, в которых проживают инвалиды. Однако в определенных случаях и в конкретных учебных целях могут, если это

<sup>1</sup> Реабилитация является основополагающей концепцией политики в отношении инвалидов, и ее смысл раскрывается выше в п 23 введения

целесообразно, организовываться специальные временные курсы по реабилитации, при обучении на которых инвалиды будут проживать в соответствующих учреждениях.

6. Следует поощрять участие инвалидов и их семей в работе по реабилитации, например в качестве преподавателей, инструкторов или консультантов.

7. При разработке или оценке программ реабилитации государствам следует использовать опыт организаций инвалидов.

#### **Правило 4. вспомогательные услуги**

Государствам следует обеспечить расширение и предоставление вспомогательных услуг, включая вспомогательные устройства, инвалидам, с тем чтобы содействовать им в повышении уровня их независимости в повседневной жизни и в осуществлении их прав.

1. Государства должны обеспечить предоставление вспомогательных устройств и оборудования, индивидуальной помощи и услуг переводчика с учетом потребностей инвалидов, поскольку эти меры играют важную роль в создании равных возможностей.

2. Государствам следует поддерживать разработку, производство, распределение и обслуживание вспомогательных устройств и оборудования и распространение о них информации.

3. Для этого необходимо использовать, как правило, имеющиеся технические знания и опыт. В странах с высоким уровнем развития технологии необходимо полностью использовать технологический потенциал для повышения качества и эффективности вспомогательных устройств и оборудования. Важно стимулировать разработку и производство более простых и менее дорогостоящих устройств, используя, по возможности, местный материал и местную производственную базу. К производству таких устройств можно было бы привлекать и самих инвалидов.

4. Государствам следует признать, что все инвалиды, которые нуждаются во вспомогательных устройствах, должны

иметь возможности, в том числе финансовые, чтобы ими пользоваться. Это может означать, что вспомогательные устройства должны предоставляться бесплатно или по такой низкой цене, которая будет доступна инвалидам или их семьям.

5. В реабилитационных программах по производству вспомогательных устройств и оборудования государствам следует учитывать особые потребности детей-инвалидов обоего пола в том, что касается дизайна, прочности и соответствия вспомогательных устройств и оборудования возрастным характеристикам.

6. Государствам следует поддерживать разработку и внедрение программ оказания индивидуальной помощи и услуг по языковому переводу, особенно лицам с тяжелой и/или множественной формой инвалидности. Такие программы могли бы повысить уровень участия инвалидов в повседневной жизни, в домашних делах, на производстве, в школе и в проведении досуга.

7. Программы индивидуальной помощи следует разрабатывать таким образом, чтобы инвалиды, которые ими воспользуются, имели возможность оказывать решающее воздействие на формы осуществления этих программ.

## **II. ЦЕЛЕВЫЕ ОБЛАСТИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ РАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ**

### **Правило 5. Доступность**

Государствам следует признать важность обеспечения доступности в процессе создания равных возможностей для инвалидов во всех сферах жизни общества. Что касается лиц, имеющих любые формы инвалидности, то государствам следует "а" осуществлять программы действий, с тем чтобы сделать материальное окружение доступным для инвалидов; и "б" принимать меры для обеспечения им доступа к информации и коммуникациям.

а) Доступ к материальному окружению.

1. Государствам следует принимать меры для устранения барьеров, препятствующих использованию материального

окружения. В число таких мер следует включить разработку стандартов и руководящих принципов, а также рассмотрение вопроса о принятии законодательных актов, направленных на обеспечение доступа к различным объектам общего пользования, таким, как жилые помещения, здания, услуги общественного транспорта и другие транспортные средства, улицы и другие объекты уличного окружения.

2. Государствам следует обеспечить, чтобы архитекторы, инженеры-строители и другие специалисты, которые в силу своей профессии занимаются проектированием и созданием материального окружения, имели доступ к адекватной информации о политике по вопросам, касающимся инвалидов, и о мерах по обеспечению доступности.

3. При проектировании и создании материального окружения следует с самого начала процесса проектирования включать требования о его доступности.

4. При разработке стандартов и норм, регулирующих доступность для инвалидов, следует проводить консультации с организациями инвалидов. Их следует также привлекать к участию в этой деятельности на местах с самого начала этапа планирования при разработке проектов строительства общественных объектов, что позволит обеспечить максимальную степень доступности для инвалидов к материальному окружению.

б) Доступ к информации и коммуникациям.

5. Инвалидам и, при необходимости, их семьям и защитникам их интересов следует на всех этапах предоставлять доступ ко всей информации, касающейся диагноза, прав и имеющихся услуг и программ. Такую информацию следует представлять в форме, доступной для инвалидов.

6. Государствам следует разрабатывать стратегии, призванные сделать информационные услуги и документы доступными для различных групп инвалидов. Должны применяться шрифт Брайля, фонографические записи, крупные шрифты и другие соответствующие технологии, с тем чтобы лица с дефектами зрения имели доступ к письменной информации и

документации. Точно так же следует применять соответствующие технологии для обеспечения доступа к звуковой информации лиц с дефектами слуха или трудностями понимания.

7. Следует позаботиться о том, чтобы язык жестов применялся для обучения глухих детей, в их семьях и общинах. Следует также предоставлять услуги по сурдопереводу, с тем чтобы способствовать общению глухих с другими людьми.

8. Следует также позаботиться о нуждах лиц с другими коммуникативными дефектами.

9. Государствам следует побуждать средства массовой информации, особенно телевидение, радио и газеты, обеспечивать доступность их услуг.

10. Государствам следует обеспечивать, чтобы новые компьютеризированные информационные системы услуг, предоставляемых населению, были с самого начала их использования или в результате необходимой адаптации доступными для инвалидов.

11. При разработке мер по обеспечению доступа к услугам в области информации следует проводить консультации с организациями инвалидов.

## **Правило 6. Образование**

Государствам следует признавать принцип равных возможностей в области начального, среднего и высшего образования для детей, молодежи и взрослых, имеющих инвалидность, в интегрированных структурах. Им следует обеспечивать, чтобы образование инвалидов являлось неотъемлемой частью системы общего образования.

1. Ответственность за образование инвалидов в интегрированных структурах следует возложить на органы общего образования. Следует обеспечить, чтобы вопросы, связанные с образованием инвалидов, являлись составной частью национального планирования в области образования, разработки учебных программ и организации учебного процесса.

2. Обучение в обычных школах предполагает обеспечение услуг переводчиков и других надлежащих вспомогатель-

ных услуг. Следует обеспечить адекватный доступ и вспомогательные услуги, призванные удовлетворять нужды лиц с различными формами инвалидности.

3. К процессу образования на всех уровнях следует привлекать родительские группы и организации инвалидов.

4. В тех государствах, где образование является обязательным, его следует обеспечивать для детей обоего пола с различными формами и степенями инвалидности, включая самые тяжелые формы.

5. Особое внимание следует уделять следующим лицам:

- а) детям самого юного возраста, являющимся инвалидами;
- б) детям-инвалидам дошкольного возраста;
- с) взрослым-инвалидам, особенно женщинам.

6. Для обеспечения инвалидам возможностей в области образования в обычной школе государствам следует:

а) иметь четко сформулированную политику, понимаемую и принимаемую на уровне школ и в более широких рамках общины;

б) обеспечить гибкость учебных программ, возможность вносить в них добавление и изменение;

с) предоставлять высококачественные учебные материалы, обеспечить на постоянной основе подготовку преподавателей и оказание им поддержки.

7. Совместное обучение и общинные программы следует рассматривать как дополняющие элементы экономически эффективной системы обучения и профессиональной подготовки инвалидов. В рамках национальных программ, в основе которых лежат программы общин, следует поощрять общины использовать и развивать их ресурсы в целях обеспечения образования для инвалидов на месте.

8. В случаях, когда система общего школьного образования все еще не удовлетворяет адекватным образом потребностям всех инвалидов, можно предусмотреть специальное обучение. Оно должно быть направлено на подготовку учащихся к обучению в системе общего школьного образования. Качество такого обучения должно отвечать тем же стандартам и



целям, что и обучение в системе общего образования, и должно быть тесно с ним связано. Для учащихся-инвалидов следует как минимум выделять ту же долю ресурсов на образование, что и для учащихся, не являющихся инвалидами. Государствам следует стремиться к постепенной интеграции специальных учебных заведений в систему общего образования. Как известно, в настоящее время специальное обучение, возможно, является в ряде случаев наиболее приемлемой формой обучения некоторых учащихся-инвалидов.

9. Ввиду особых коммуникативных потребностей глухих и слепоглухонемых, возможно, целесообразнее организовывать их обучение в специальных школах или специальных классах для таких лиц или в специальных группах в обычных школах. В частности, на первоначальном этапе особое внимание необходимо уделять отвечающему культурным особенностям обучению, которое приведет к эффективному овладению навыками общения и достижению глухими или слепоглухонемыми максимальной самостоятельности.

### **Правило 7. Занятость**

Государствам следует признать принцип, в соответствии с которым инвалиды должны получить возможность осуществлять свои права человека, особенно в области занятости. Как в сельской местности, так и в городских районах они должны иметь равные возможности для занятия производительной и приносящей доход трудовой деятельности на рынке труда.

1. Законы и правила в области занятости не должны быть дискриминационными в отношении инвалидов и не должны создавать препятствий для их трудоустройства.

2. Государствам следует активно поддерживать включение инвалидов в свободный рынок труда. Такая активная поддержка может осуществляться с помощью различных мероприятий, включая профессиональную подготовку, установление стимулируемых квот, резервируемое или целевое трудоустройство, предоставление ссуд или субсидий мелким предприятиям, заключение специальных контрактов и предостав-

ление преимущественных прав на производство, налоговые льготы, гарантии соблюдения контрактов или оказание других видов технической или финансовой помощи предприятиям, нанимающим рабочих-инвалидов. Государствам следует побуждать нанимателей осуществлять разумные меры для создания инвалидам соответствующих условий.

3. Программы действий государств могли бы включать:

а) меры по проектированию и приспособлению рабочих мест и рабочих помещений таким образом, чтобы они были доступны для лиц с различными формами инвалидности;

б) меры поддержки в использовании новых технологий и в разработке и производстве вспомогательных устройств, приспособлений и оборудования и меры по облегчению доступа инвалидов к таким средствам и оборудованию, с тем чтобы они могли получить и сохранять за собой рабочее место;

в) обеспечение надлежащего обучения и трудоустройства, а также постоянной поддержки, например, индивидуальной помощи и услуг переводчиков.

4. Государствам следует организовывать и поддерживать кампании по расширению осведомленности общественности, призванные способствовать преодолению негативного отношения и предрассудков к рабочим-инвалидам.

5. Государства как наниматели должны создавать благоприятные условия для трудоустройства инвалидов в государственном секторе.

6. Государствам, организациям работников и нанимателям следует сотрудничать в реализации равноправной политики в области найма и продвижения по службе, улучшении условий труда, уровня заработной платы, в принятии мер по улучшению трудового окружения с целью недопущения травм и повреждений, ведущих к потере трудоспособности, и мер по реабилитации работников, получивших травму на производстве.

7. Во всех случаях следует преследовать цель трудоустройства инвалидов в условиях свободного рынка труда. В качестве варианта трудоустройства инвалидов, которые не могут устроиться на работу в условиях свободного рынка, могут

быть созданы небольшие хозяйственные единицы, предоставляющие гарантированное или обеспеченное соответствующими средствами трудоустройство. Важно, чтобы качество таких программ оценивалось с точки зрения их целесообразности и достаточности для обеспечения возможностей по трудоустройству инвалидов на рынке труда.

8. Следует принимать меры для вовлечения инвалидов в разработку программ подготовки кадров и программ занятости в частном и неофициальном секторах.

9. Государствам, организациям работников и нанимателям следует сотрудничать с организациями инвалидов во всех усилиях, направленных на создание возможностей для подготовки кадров и в области занятости, включая установление гибкого рабочего графика, неполного рабочего дня, разделение должностей, самостоятельную занятость инвалидов и соответствующий уход за ними.

### **Правило 8. Поддержание доходов и социальное обеспечение**

Государства несут ответственность за предоставление социального обеспечения инвалидам и поддержание их доходов.

1. Государствам следует обеспечить поддержание надлежащих доходов инвалидов, которые в силу нетрудоспособности или по причинам, связанным с нетрудоспособностью, временно утратили возможность зарабатывать средства к существованию, или заработок которых уменьшился, или которые не имеют возможности найти работу. Государствам следует обеспечить, чтобы при оказании помощи во внимание принимались издержки, которые часто несут инвалиды и их семьи в результате инвалидности.

2. В странах, в которых существуют или создаются системы социального обеспечения, социального страхования или другие подобные системы вспомоществования для всего населения, государствам следует обеспечивать, чтобы такие системы не игнорировали интересы инвалидов и не являлись дискриминационными по отношению к ним.

3. Государствам следует также обеспечивать материальную поддержку и социальную защиту лицам, которые взяли на себя заботу об инвалиде.

4. В системе социального обеспечения следует включать меры по восстановлению потенциала инвалидов в получении доходов. В этих системах следует предусматривать также организацию, развитие и финансирование профессионально-технического обучения и оказание содействия такому обучению. Они должны также оказывать содействие службам, обеспечивающим занятость.

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

6. Материальную помощь инвалидам следует оказывать до тех пор, пока сохраняется состояние инвалидности, причем таким образом, чтобы инвалиды стремились найти работу. Такую помощь следует сокращать или прекращать только после того, как инвалид начинает получать адекватный и гарантированный доход.

7. Государства, где услуги в области социального обеспечения в значительной степени предоставляются частным сектором, должны поощрять местные общины, благотворительные организации и семьи разрабатывать собственные меры и стимулы для обеспечения занятости и связанной с ней деятельности для инвалидов.

### **Правило 9. Семейная жизнь и свобода личности**

Государствам следует оказывать содействие инвалидам с целью обеспечения в полном объеме их участия в семейной жизни. Государствам следует поддерживать право инвалидов на личную свободу и обеспечивать, чтобы в законодательстве не допускалась дискриминация в отношении инвалидов, в том что касается половых отношений, брака и материнства или отцовства.

1. Инвалидам следует обеспечивать возможность проживать совместно со своими семьями. Государствам следует со-

действовать тому, чтобы консультационные 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. Государствам следует устранять все неоправданные препятствия для лиц, желающих обеспечить уход или усыновить ребенка-инвалида или взрослого-инвалида.

2. Инвалиды не должны быть лишены возможности ощущать себя полноценными в половом отношении людьми, вступать в половые отношения и иметь детей. Учитывая, что инвалиды могут испытывать трудности при вступлении в брак и создании семьи, государствам следует содействовать возможности получать соответствующие консультации. Инвалиды должны иметь равный с другими членами общества доступ к вопросам планирования семьи, а также к предоставляемой в доступной форме информации о половых функциях их организма.

3. Государствам следует содействовать изменению негативных стереотипов в вопросах брака инвалидов, их половой жизни и права иметь детей, которые все еще существуют в обществе, особенно в отношении девочек- и женщин-инвалидов. Следует поощрять средства массовой информации, ведущие борьбу с этими негативными стереотипами.

4. Необходимо всесторонне информировать инвалидов и их семьи о том, как оградить себя от сексуальных и других форм посягательств. Инвалиды особенно уязвимы в этом отношении в семье, общине или в лечебных заведениях и нуждаются в просвещении в вопросе о том, как избежать посягательства, как определить, когда такое посягательство происходит, и как сообщать о таких случаях.

## **Правило 10. Культура**

Государства обеспечивают вовлечение инвалидов в культурную жизнь и обеспечивают им возможность участия на равной основе в культурной жизни.

1. Государствам следует обеспечить, чтобы инвалиды, проживающие как в городских, так и сельских районах, имели возможность использовать свой творческий, художественный и интеллектуальный потенциал не только для своего блага, но и для обогащения всего общества. Примерами такой деятельности являются занятия хореографией, музыкой, литературой, театром, пластическими видами искусств, живописью и ваянием. Особое внимание, особенно в развивающихся странах, следует обратить на такие традиционные и современные виды искусств, как кукольные постановки, декламирование стихов и публичное чтение прозаических произведений.

2. Государствам следует содействовать доступности таких культурно-просветительных учреждений, как театры, музеи, кинотеатры и библиотеки и возможности их использования.

3. Государствам следует разрабатывать и использовать специальные технические средства в целях расширения доступа инвалидов к литературным произведениям, фильмам и театральным постановкам.

### **Правило 11. Отдых и спорт**

Государства примут меры для обеспечения инвалидам равных возможностей для отдыха и занятий спортом.

1. Государствам следует принимать меры для обеспечения доступа инвалидов к местам отдыха и занятий спортом, гостиницам, пляжам, спортивным аренам, спортивным залам и т. д. Эти меры должны включать оказание поддержки персоналу, осуществляющему программы по организации отдыха и занятий спортом, в том числе проекты, предусматривающие разработку методики обеспечения доступности, а также по обеспечению участия и разработке информационных и учебных программ.

2. Туристические организации, бюро путешествий, гостиницы, общественные и другие организации, занимающиеся организацией досуга и путешествий, должны оказывать

услуги всем без исключения, принимая во внимание при этом особые потребности инвалидов. Для содействия достижению этой цели следует организовать соответствующую подготовку кадров.

3. Следует поощрять спортивные организации, привлекающие 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. Государствам следует поддерживать участие инвалидов в национальных и международных соревнованиях.

4. Инвалидам, участвующим в спортивных мероприятиях, следует обеспечить такие же возможности для обучения и тренировок, как и другим спортсменам.

5. При планировании мероприятий для инвалидов организаторам спортивных мероприятий и проведения досуга следует проводить консультации с организациями инвалидов

## **Правило 12. Религия**

Государства будут поощрять меры, направленные на обеспечение равного участия инвалидов в религиозной жизни их общин.

1. Государствам в консультации с представителями религиозных организаций следует поощрять меры для ликвидации дискриминации и обеспечения доступа инвалидов к религиозной жизни.

2. Государствам следует поощрять распространение информации по вопросам, касающимся инвалидов, среди религиозных заведений и организаций. Государствам следует также поощрять представителей религиозных организаций, включающих информацию о политике в отношении инвалидов в программы подготовки священников, а также в программы религиозного воспитания.

3. Им следует также поощрять доступ к религиозной литературе лиц, страдающих сенсорными дефектами

4. Государствам и/или религиозным организациям следует проводить консультации с организациями инвалидов при разработке мер, направленных на равноправное участие инвалидов в религиозной деятельности.

### **III. МЕРЫ ПО ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ**

#### **Правило 13. Информация и исследования**

Государства берут на себя основную ответственность за сбор и распространение информации об условиях жизни инвалидов и содействуют проведению комплексных исследований по всем аспектам, включая барьеры, затрудняющие жизнь инвалидов.

1. Государствам следует регулярно собирать статистические данные об условиях жизни инвалидов различного пола, а также другую информацию об инвалидах. 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 и услугах и об их использовании.

2. Государствам следует рассмотреть вопрос о создании банка данных об инвалидах, в которых содержались бы статистические данные об имеющихся службах и программах, а также о различных группах инвалидов. Государства должны учитывать при этом необходимость защиты личной жизни и свободы личности.

3. Государствам следует разрабатывать и оказывать поддержку программам изучения социальных и экономических вопросов, а также вопросов участия, 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.

4. Государствам следует разрабатывать и совершенствовать терминологию и критерии, необходимые для проведения



национальных обследований, в сотрудничестве с организациями инвалидов.

5. Государствам следует принимать меры для содействия участию инвалидов в сборе и изучении данных. Для проведения подобных исследований правительствам следует, в частности, содействовать набору квалифицированных сотрудников-инвалидов.

6. Государствам следует оказывать поддержку обмену результатами научных исследований и опытом.

7. Государствам следует принимать меры для распространения информации и знаний по вопросам, касающимся инвалидов, среди всех политических и административных органов на национальном, региональном и местном уровнях.

#### **Правило 14. Разработка политики и планирование**

Государства обеспечивают учет вопросов, касающихся инвалидов, в ходе разработки всех аспектов политики и национального планирования.

1. Государствам следует разрабатывать и осуществлять планирование соответствующей политики в интересах инвалидов на национальном уровне, а также содействовать и оказывать поддержку мероприятиям на региональном и местном уровнях.

2. Государствам следует на всех этапах принятия решений привлекать организации инвалидов к участию в разработке планов и программ, касающихся инвалидов или затрагивающих их экономическое и социальное положение.

3. Потребности и интересы инвалидов следует по возможности включать в общие планы развития, а не рассматривать отдельно.

4. Основная ответственность государств за положение инвалидов не снимает ответственности с других организаций и лиц. Любую организацию или лицо, которые осуществляют в обществе деятельность, оказывают услуги или обеспечивают информацию, следует поощрять за ознакомление инвалидов с этими программами.

5. Государствам следует содействовать разработке местными общинами программ и мероприятий для инвалидов. Одной из форм такой деятельности являются подготовка учебных пособий или составление перечней подобных мероприятий, а также разработка учебных программ для персонала на местах.

### **Правило 15. Законодательство**

Государства несут ответственность за создание правовой основы для принятия мер с целью обеспечения участия инвалидов в полной мере в жизни общества и их равноправия.

1. В национальном законодательстве, в котором определены права и обязанности граждан, должны излагаться также права и обязанности инвалидов. Государства обязаны обеспечивать инвалидам возможность пользоваться своими правами, включая гражданские и политические права человека, на равной основе с другими гражданами. Государства должны обеспечивать участие организаций инвалидов в разработке национального законодательства, касающегося прав инвалидов, а также в проводимой оценке этого законодательства.

2. Могут оказаться необходимыми законодательные меры для устранения факторов, которые могут оказывать отрицательное воздействие на жизнь инвалидов, включая ущемление достоинства личности и подверженность инвалидов становиться жертвами нарушений их прав. Необходимо устранить любые положения, являющиеся дискриминационными по отношению к инвалидам. Национальное законодательство должно предусматривать принятие соответствующих санкций в случае нарушения принципов недопущения дискриминации.

3. Национальное законодательство, касающееся инвалидов, может существовать в двух видах. Права и обязанности могут быть закреплены либо в общем законодательстве, либо содержаться в специальном законодательстве. Специальное законодательство для инвалидов может быть установлено посредством таких мер, как:

а) принятие отдельного законодательства, касающегося исключительно инвалидов;

б) включение вопросов, касающихся инвалидов, в законы, относящиеся к конкретным областям;

с) специальное упоминание инвалидов в текстах которые предназначены для толкования существующего законодательства.

Возможна также комбинация нескольких вышеуказанных подходов. Может быть также рассмотрена возможность принятия положений о позитивной дискриминации.

4. Государства могут рассмотреть возможность создания официальных механизмов подачи исков в законодательном порядке для защиты интересов инвалидов.

### **Правило 16. Экономическая политика**

Государства несут финансовую ответственность за осуществление национальных программ и мер, направленных на обеспечение равных возможностей для инвалидов.

1. Государствам следует включать вопросы, касающиеся инвалидов, в регулярные бюджеты всех национальных, региональных и местных государственных органов.

2. Государствам, неправительственным и другим заинтересованным организациям следует сотрудничать друг с другом в целях оказания поддержки проектам и мерам, связанным с инвалидами.

3. Государствам следует рассмотреть вопрос об использовании экономических мер (ссуды, освобождение от налогообложения, целевые субсидии, специальные фонды и т. д.) в целях стимулирования и оказания поддержки равноправному участию инвалидов в жизни общества.

4. Во многих государствах было бы, очевидно, целесообразно создать фонд помощи инвалидам, который мог бы оказывать поддержку различным экспериментальным проектам и программам самопомощи на низовом уровне.

### **Правило 17. Координация деятельности**

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.

1. Деятельность национального координационного комитета или аналогичных органов носит постоянный характер и регулируется правовыми нормами и соответствующими административными правилами.

2. Для обеспечения межсекторального и междисциплинарного состава такого комитета крайне желательно, чтобы в нем были представлены частные и государственные организации. К его работе могут привлекаться представители заинтересованных министерств, организаций инвалидов и неправительственных организаций.

3. Организациям инвалидов следует предоставить возможность оказывать значительное влияние на деятельность национальных координационных комитетов, с тем чтобы обеспечить надлежащий учет их нужд.

4. Национальному координационному комитету следует предоставить достаточную автономию и ресурсы, необходимые для выполнения им своих функций, в соответствии с его полномочиями принимать решения. Он должен представлять доклады органам на самом высоком правительственном уровне.

### **Правило 18. Организации инвалидов**

Государствам следует признать право организаций инвалидов представлять инвалидов на национальном, региональном и местном уровнях. Государствам следует также признать консультативную роль организаций инвалидов в принятии решений по вопросам, касающимся инвалидов.

1. Государствам следует экономически и другими способами поощрять и поддерживать создание и укрепление организаций инвалидов, членов их семей и/или лиц, защищающих их интересы. Государствам следует признать, что эти организации играют важную роль в разработке политики по проблемам инвалидности.

2. Государствам следует установить и поддерживать связь с организациями инвалидов и обеспечивать их участие в разработке государственной политики.

3. Организации инвалидов могли бы определять потребности и первоочередные задачи инвалидов, участвовать в планировании, осуществлении и оценке услуг и мер, касающихся жизни инвалидов, способствовать углублению понимания общественностью данной проблемы и выступать с предложениями о внесении изменений.

4. В качестве учреждений самопомощи организации инвалидов обеспечивают и расширяют возможности для приобретения навыков в различных областях, оказания взаимной поддержки и осуществления обмена информацией.

5. Организации инвалидов могли бы осуществлять свои консультативные функции самыми различными средствами, в том числе посредством таких методов, как представительство на постоянной основе в руководящих органах учреждений, финансируемых правительством, участие в работе общественных комиссий и использование своих знаний и опыта в связи с осуществлением различных проектов.

6. Организации инвалидов, предоставляющие консультативные услуги, должны функционировать непрерывно, чтобы расширять и углублять обмен мнениями и информацией между государственными органами и организациями инвалидов.

7. Организации инвалидов должны быть представлены в национальном координационном комитете или аналогичных органах на постоянной основе.

8. Следует расширять и укреплять роль организаций инвалидов на местах, с тем чтобы они оказывали влияние при решении вопросов на общинном уровне.

### **Правило 19. Подготовка персонала**

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

1 Государствам следует обеспечить, чтобы все органы, ответственные за предоставление услуг инвалидам, осуществляли должную подготовку своего персонала.

2. При подготовке специалистов по вопросам, касающимся инвалидов, а также при включении в общие учебные программы информации, касающейся инвалидов, следует должным образом осуществлять принцип равенства и полноправного участия.

3 Государствам следует по согласованию с организациями инвалидов разрабатывать учебные программы; инвалидов следует приглашать участвовать в осуществлении учебных программ для персонала в качестве преподавателей, инструкторов или консультантов.

4. Огромное значение, особенно в развивающихся странах, имеет подготовка специалистов для работы в общинах. К этой работе следует привлекать инвалидов, и она должна предусматривать развитие соответствующих ценностей, знаний и методов и выработку у них, их родителей, членов их семей и общины в целом соответствующих навыков, которые они могли бы использовать.

### **Правило 20. Национальный контроль и оценка программ, касающихся инвалидов, при осуществлении Правил**

Государства несут ответственность за постоянный контроль и оценку выполнения национальных программ и предоставления услуг, направленных на обеспечение равных возможностей для инвалидов.

1. Государствам следует периодически и систематически проводить оценку национальных программ, касающихся инвалидов, и распространять исходные данные и результаты таких оценок.

2. Государствам следует разрабатывать и использовать терминологию и критерии оценки программ и услуг, касающихся инвалидов.

3. Такие критерии и терминологию следует разрабатывать в тесном сотрудничестве с организациями инвалидов уже на **начальных** этапах разработки и планирования программ

4. Государствам следует участвовать в международном сотрудничестве в целях разработки общих стандартов для оценки положения инвалидов в своих странах. Государствам следует содействовать участию в этой деятельности также и национальных координационных комитетов

5. Оценку различных программ, касающихся инвалидов, следует предусматривать уже на этапе планирования программ, с тем чтобы можно было оценить общую эффективность выполнения поставленных задач.

### **Правило 21. Техническое и экономическое сотрудничество**

Государства, как промышленно развитые, так и развивающиеся, несут ответственность за принятие мер для улучшения условий жизни инвалидов в развивающихся странах и сотрудничество в этих целях.

1. Меры по обеспечению равных возможностей для инвалидов, включая беженцев-инвалидов, следует включать в программы общего развития.

2. Такие меры следует включать во все виды деятельности по техническому и экономическому сотрудничеству на двустороннем и многостороннем, правительственном и неправительственном уровнях. Государствам следует поднимать вопросы, связанные с инвалидами, в ходе обсуждения подобного сотрудничества со своими партнерами.

3. В ходе разработки и рассмотрения программ технического и экономического сотрудничества особое внимание следует уделять воздействию таких программ на положение инвалидов. Крайне важно, чтобы с инвалидами и с их организациями проводились консультации по всем проектам в области развития, предназначенным для инвалидов. Их следует непосредственно привлекать к разработке, осуществлению и оценке подобных проектов.

4. Приоритетные области технического и экономического сотрудничества предусматривают:

а) развитие людских ресурсов посредством развития навыков, способностей и потенциала инвалидов и посредством осуществления мероприятий, связанных с созданием рабочих мест для инвалидов;

б) разработку и распространение технологий и навыков, учитывающих особенности инвалидов.

5. Кроме того, государства должны содействовать созданию и укреплению организаций инвалидов.

6. Государствам следует принимать меры, направленные на углубление понимания проблем инвалидов лицами, занимающимися на всех уровнях осуществлением программ в области технического и экономического сотрудничества.

## **Правило 22. Международное сотрудничество**

Государства будут активно участвовать в международном сотрудничестве по вопросам политики, направленной на обеспечение равных возможностей для инвалидов.

1. Государствам следует в рамках системы Организации Объединенных Наций, специализированных учреждений и других заинтересованных межправительственных организаций участвовать в разработке политики в отношении инвалидов.

2. В соответствующих случаях государствам следует рассматривать в ходе переговоров вопросы, касающиеся инвалидов, в частности, стандартов, обмена информацией, программ в области развития и т. д.

3. Государствам следует поощрять и поддерживать обмен знаниями и опытом между:

а) неправительственными организациями, которые занимаются вопросами, связанными с инвалидами;

б) научно-исследовательскими институтами и отдельными исследователями, занимающимися проблемами инвалидов;

в) представителями программ на местах и профессиональных групп, занимающихся вопросами инвалидов;



- d) организациями инвалидов;
- e) национальными координационными комитетами.

4. Государствам следует обеспечить, чтобы Организация Объединенных Наций и ее специализированные учреждения, а также все межправительственные и межпарламентские организации на глобальном и региональном уровнях привлекали всемирные и региональные организации инвалидов к своей работе.

#### **IV. МЕХАНИЗМ КОНТРОЛЯ**

1. Цель механизма контроля заключается в том, чтобы содействовать эффективному осуществлению Правил. Он будет помогать каждому государству анализировать ход осуществления Правил и оценивать достигнутый прогресс. При осуществлении контроля должны выявляться трудности и рекомендоваться необходимые меры, способствующие успешному осуществлению Правил. Механизм контроля будет действовать с учетом экономических, социальных и культурных особенностей, существующих в конкретных государствах. Важным элементом деятельности должно также стать оказание консультационной помощи и обмен опытом и информацией между государствами.

2. Контроль за соблюдением Правил должен осуществляться в рамках сессий Комиссии социального развития. Для этого следует назначить — и в случае необходимости финансировать эту должность за счет внебюджетных ресурсов — специального докладчика, имеющего соответствующие обширные знания в области инвалидности и опыт работы в международных организациях, сроком на три года.

3. Международным организациям инвалидов, имеющим консультативный статус при Экономическом и Социальном Совете, и организациям, представляющим инвалидов, которые пока не сформировали свои собственные организации, следует предложить учредить свою группу экспертов, в составе которой организации инвалидов должны иметь большинство, с учетом различных видов инвалидности и необходимого географического распределения, для консультирования специального докладчика и, если необходимо, секретариата.

4. Специальный докладчик будет содействовать группе экспертов в осуществлении обзора, консультирования и представления информации и предложений в отношении пропаганды и осуществления Правил и контроля за ними.

5. Специальный докладчик рассылает государствам, подразделениям системы Организации Объединенных Наций и межправительственным и неправительственным организациям, включая организации инвалидов, перечень вопросов. Перечень вопросов касается планов государств по осуществлению Правил. Вопросы должны носить выборочный характер и охватывать ряд конкретных правил для углубленной оценки. При подготовке вопросов специальный докладчик консультируется с группой экспертов и секретариатом.

6. Специальный докладчик стремится к установлению прямого диалога не только с государствами, но также и с местными неправительственными организациями, запрашивая их взгляды и комментарии в отношении любой информации, которую предполагается включить в доклады. Специальный докладчик предоставляет консультативные услуги по вопросам осуществления Правил и контроля за ними и оказывает помощь в подготовке ответов на перечни вопросов.

7. Департамент по координации политики и устойчивому развитию Секретариата, являющийся координационным центром Организации Объединенных Наций по вопросам инвалидности, и Программа развития Организации Объединенных Наций, а также другие структуры и механизмы системы Организации Объединенных Наций, такие, как региональные комиссии, специализированные учреждения и межучрежденческие совещания, сотрудничают со специальным докладчиком в вопросах осуществления Правил и контроля за ними на национальном уровне.

8. Специальный докладчик с помощью секретариата подготовит доклады для представления Комиссии социального развития на ее тридцать четвертой и тридцать пятой сессиях. При подготовке этих докладов докладчику следует провести консультации с группой экспертов.

9. Государствам следует поощрять национальные координационные комитеты или аналогичные органы участвовать в осуществлении Правил и контроле за ними. В качестве координационных центров по вопросам инвалидности на национальном уровне их следует поощрять устанавливать процедуры координации контроля за осуществлением Правил. Организации инвалидов следует поощрять активно участвовать в осуществлении контроля на всех уровнях.

10. В случае обеспечения внебюджетных ресурсов следует создать одну или несколько должностей межрегионального консультанта по Правилам для оказания государствам непосредственных услуг, включая:

- а) организацию национальных и региональных учебных семинаров, касающихся содержания Правил;
- б) разработку руководящих принципов для оказания помощи в связи со стратегиями осуществления Правил и
- с) распространение информации о положительном опыте осуществления Правил.

11. На своей тридцать четвертой сессии Комиссии социального развития следует создать рабочую группу открытого состава для рассмотрения доклада специального докладчика и разработки рекомендаций о возможностях более эффективного применения Правил. При рассмотрении доклада специального докладчика Комиссия через рабочую группу открытого состава консультируется с международными организациями инвалидов и специализированными учреждениями в соответствии с правилами 71 и 76 Правил процедуры функциональных комиссий Экономического и Социального Совета.

12. На сессии Комиссии после истечения срока действия мандата специального докладчика Комиссии необходимо будет рассмотреть возможность продления его мандата, назначения нового специального докладчика или использования иного механизма контроля и представить соответствующие рекомендации Экономическому и Социальному Совету.

13. Государствам следует предложить вносить взносы в Фонд добровольных взносов Организации Объединенных Наций для инвалидов в целях содействия осуществлению Правил.

## ПОЛОЖЕНИЕ о Координационном совете по делам инвалидов при губернаторе Московской области

### 1. Общие положения.

1.1. Координационный совет по делам инвалидов при губернаторе Московской области (далее — Координационный совет) создается губернатором Московской области в целях координации деятельности центральных органов исполнительной государственной власти Московской области, областных организаций и учреждений, общественных объединений инвалидов, органов местного самоуправления в сфере социальной защиты и реабилитации инвалидов и является коллегиальным совещательным органом.

1.2. Координационный совет руководствуется в своей деятельности законодательством Российской Федерации, законодательством Московской области и настоящим Положением.

1.3. Решения, принимаемые Координационным советом, носят рекомендательный характер. По вопросам, требующим принятия решения органами государственной власти Московской области, Координационный совет вносит соответствующие предложения.

1.4. Состав Координационного совета утверждается губернатором Московской области. Председателем назначается министр Правительства Московской области по социальным вопросам, его заместителем — председатель Комитета социальной защиты населения Московской области.

1.5. Членами Координационного совета являются представители центральных органов исполнительной государственной власти Московской области, Московского областного отделения фонда социального страхования Российской Федерации и Департамента федеральной государственной службы

занятости населения по Московской области, а также представители общественных объединений инвалидов (МОО ВОИ, МОО ВОГ, МОО ВОС).

2. Основные цели и задачи деятельности Координационного совета.

2.1. Целью деятельности Координационного совета является повышение эффективности мероприятий по социальной защите и реабилитации инвалидов, проводимых в соответствии с государственными органами Московской области.

2.2. Основными задачами Координационного совета являются: создание на территории Московской области условий для эффективной реабилитации инвалидов и их интеграции в общество; содействие областным учреждениям социальной защиты, здравоохранения, образования, службы занятости населения, иным учреждениям и организациям, осуществляющим реабилитационные мероприятия, в совершенствовании работы с инвалидами; повышение уровня материального обеспечения и социально-бытового обслуживания инвалидов; обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры Московской области; создание инвалидам условий для полноценного отдыха, активного занятия спортом, реализации творческого потенциала.

2.3. Для достижения поставленной цели и в соответствии с вышеперечисленными задачами Координационный совет осуществляет следующие функции:

участвует в разработке государственных программ Московской области по проблемам инвалидов, анализирует и корректирует ход их выполнения, вырабатывает рекомендации по реализации этих программ; представляет в администрацию Московской области аналитические доклады о положении инвалидов и проблемах инвалидности в Московской области, разрабатывает и вносит на рассмотрение администрации Московской области и ее структурных подразделений предложения по вопросам, входящим в сферу деятельности Координационного совета; участвует в подготовке и экспертизе проектов, нормативно-правовых актов губернатора и вице-губернатора Московской

области, Правительства Московской области и Московской областной думы; рассматривает вопросы, требующие координации деятельности центральных органов исполнительной государственной власти Московской области, исполнительных органов муниципальных образований, организаций и общественных объединений, для подготовки рекомендаций по решению проблем инвалидов, рассматривает предложения центральных органов исполнительной государственной власти Московской области, областных учреждений и организаций по вопросам улучшения социально-экономических, правовых и других условий жизнедеятельности инвалидов в Московской области; заслушивает руководителей центральных и территориальных органов исполнительной государственной власти Московской области по вопросам, отнесенным к ведению Координационного совета; содействует проведению научных исследований в целях выявления реального положения инвалидов в Московской области и выработки мер по улучшению их социальной защиты, а также оказывает содействие территориальным органам исполнительной государственной власти Московской области в распространении и внедрении в практику передового опыта работы с инвалидами) взаимодействует со средствами массовой информации для более полного и системного информационного освещения деятельности органов исполнительной и представительной власти по решению проблем инвалидов в Московской области; содействует развитию межрегиональных и международных связей по вопросам социальной защиты и реабилитации инвалидов, осуществляет другие функции, вытекающие из задач Координационного совета по делам инвалидов.

### 3. Организация работы Координационного совета.

3.1. Заседания Координационного совета проводятся по мере необходимости, но не реже 1 раза в полугодие. О дате, месте проведения и повестке дня очередного заседания члены Координационного совета должны быть проинформированы не позднее чем за 5 дней до предполагаемой даты его проведения. В случае, если член координационного совета по каким-либо причинам не может присутствовать на заседании, он обязан известить об этом секретаря координационного совета.

3.2. Решения Координационного совета принимаются путем открытого голосования простым большинством голосов. Решение координационного совета считается правомочным, если на заседании присутствовало не менее 50% членов Координационного совета.

3.3. На заседание Координационного совета могут быть приглашены должностные лица и руководители центральных и территориальных органов исполнительной государственной власти Московской области, представители областных учреждений, общественных объединений граждан, средств массовой информации и др.

3.4. Организационно-техническое обеспечение деятельности Координационного совета возлагается на Комитет социальной защиты населения Московской области

4. Права Координационного совета. Координационный совет имеет право:

4.1. Запрашивать у центральных и территориальных органов исполнительной государственной власти Московской области, организаций, учреждений, предприятий информацию по вопросам социальной защиты и реабилитации инвалидов в пределах компетенции Координационного совета.

4.2. Создавать рабочие группы для подготовки материалов к заседаниям Координационного совета, для проведения экспертных и аналитических работ.

4.3. Заслушивать на заседаниях Координационного совета руководителей центральных и территориальных органов исполнительной государственной власти Московской области, руководителей организаций, учреждений, предприятий о выполнении законодательства Российской Федерации и законодательства Московской области о социальной защите инвалидов.

4.4. Разрабатывать и вносить на рассмотрение администрации Московской области предложения по совершенствованию законодательства Московской области, направленного на повышение (эффективности социальной защиты и реабилитации инвалидов.

5. Прекращение деятельности Координационного совета.

5.1. Деятельность Координационного совета прекращается Постановлением губернатора Московской области.

## Карта реабилитации проживающего в доме-интернате

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Диагноз (развернутый) \_\_\_\_\_

1. Наличие реабилитационного медицинского потенциала

2. Психологическое состояние

3. Социальная активность

4. Группа реабилитации (прогноз на основании рекомендаций  
ФЦЭРИ)

5. Активность реабилитационных мероприятий и их содержание



Реабилитационные мероприятия	Исполнитель	Срок исполнения	Материально-техническое обеспечение	Результат	Вывод
<b>Медицинская реабилитация</b>					
<i>Лечебно-оздоровительные мероприятия</i>					
Диета					
Режим, питание (столовая, буфетная, постороннее кормление)					
Витаминотерапия					
Профилактические курсы терапии					
<b>Физические методы реабилитации</b>					
Гигиеническая гимнастика					
Дыхательная гимнастика					
ЛФК					
Массаж					

Реабилитационные мероприятия	Исполнитель	Срок исполнения	Материально-техническое обеспечение	Результат	Вывод
<b>Физиотерапия</b>					
<b>Рефлексотерапия</b>					
<b>Фитотерапия</b>					
<b><i>Санаторно-курортное лечение</i></b>					
<b><i>Диспансерное наблюдение</i></b>					
<b><i>Протезирование и ортезирование</i></b>					
<b><i>Специализированные реабилитационные центры</i></b>					
<b><i>Другие методы медицинской реабилитации</i></b>					
<b>Психологическая реабилитация</b> <b><i>Групповая</i></b> Преодоление конфликтно-бытовых ситуаций					

Реабилитационные мероприятия	Исполнитель	Срок исполнения	Материально-техническое обеспечение	Результат	Вывод
Установка на формирование активной жизненной позиции					
Тренинг когнитивных навыков					
Арттерапия					
Психокоррекционная гимнастика					
Показ психотерапевтических и православных видеоматериалов					
Православные богослужения					
<b><i>Индивидуальная реабилитация</i></b>					
Коррекция памяти					
Коррекция внимания					

<b>Реабилитационные мероприятия</b>	<b>Исполнитель</b>	<b>Срок исполнения</b>	<b>Материально-техническое обеспечение</b>	<b>Результат</b>	<b>Вывод</b>
<b>Коррекция поведения</b>					
<b>Обучающие и развивающие занятия</b>					
<b><i>Логопедическая помощь</i></b>					
<b>Трудовая реабилитация</b> Обслуживание соседей и самообслуживание					
<b>Участие в работе кружков, клубов по интересам</b>					
<b>Эпизодические трудовые операции</b>					
<b>Регулярная профессиональная деятельность</b>					
<b>Трудоустройство на рынке труда инвалидов</b>					

Реабилитационные мероприятия	Исполнитель	Срок исполнения	Материально-техническое обеспечение	Результат	Вывод
Социальная реабилитация <i>Социально-бытовая адаптация</i> Обеспечение инвалида техническими средствами реабилитации (средства передвижения, ухода, тифло-, сурдотехника)					
Помощь в самообслуживании					
Оформление документов					
Помощь в проведении финансовых операций					

---

Рекомендации по проживанию корпус комната

Дата

Председатель КЭК (подпись)

Психолог (подпись)

Врач приемно-карантинного отделения (подпись)

Социальный работник (подпись)

## Оценка успешности и коррекция реабилитационных мероприятий {проводится один раз в три месяца}

Реабилитационные мероприятия	Исполнитель	Срок исполнения	Материально-техническое обеспечение	Результат	Вывод
Медицинская реабилитация					
Психологическая реабилитация					
Социальная реабилитация					
Трудовая реабилитация					

Дата \_\_\_\_\_

Врач отделения

Психолог

Социальный работник

Главный редактор — *А. Е. Илларионова*  
Художник — *В. А. Антипов*  
Верстка — *Ю. А. Кособокое*  
Корректор — *И. Ф. Солодкова*

Ответственный за выпуск — *С. А. Булатова*

**Евдокия Ивановна Холостова**

**Социальная работа с инвалидами**

**Учебное пособие**

Санитарно-эпидемиологическое заключение  
№ 77.99.02.953.Д.004609.07.04 от 13.07.2004 г.

Лицензия № 06473 от 19 декабря 2001 г.  
Подписано в печать 03.04.2006. Формат 60x84 1/16.

Печать офсетная Бумага газетная.

Печ. л. 15,0. Тираж 2500 экз. (1-й завод 1–800 экз.) Заказ № **4866**.

Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°»  
129347, Москва, Ярославское шоссе, д. 142, к. 732.

Для писем: 129347, Москва, п/о И-347

Тел./факс: (095) 182-01-58, 182-11-79, 183-93-01

E-mail: [sales@dashkov.ru](mailto:sales@dashkov.ru) — отдел продаж  
[office@dashkov.ru](mailto:office@dashkov.ru) — офис;

<http://www.dashkov.ru>

Отпечатано в соответствии с качеством предоставленных диапозитивов  
в ФГУП «Производственно-издательский комбинат ВИНТИИ»,  
140010, г. Люберцы Московской обл., Октябрьский пр-т, 403. Тел.: 554-21-81

# ИЗДАТЕЛЬСКО-ТОРГОВАЯ КОРПОРАЦИЯ «Дашков и К<sup>0</sup>»

специализируется на издании и распространении учебной, методической и справочной литературы для системы высшего и среднего профессионального образования, а также специальной литературы для практических работников.

## Предоставляет комплекс услуг:

- Комплектование библиотек учебной литературой, в том числе книгами других издательств по издательским ценам
- Изготовление любых книг и брошюр по заказу (есть лицензия на издательскую деятельность)
- Изготовление различных видов печатной продукции (всевозможных бланков, рекламных листовок, ценников на товары и т. п.)

## Приглашает

к взаимовыгодному сотрудничеству:

- Авторы с целью заключения договоров на издание и переиздание книг по бухгалтерскому учету, экономике, юриспруденции и различным вопросам предпринимательства
- Менеджеров по реализации книжной продукции
- Торговых представителей в областных центрах Российской Федерации

*С предложениями и вопросами просим обращаться по тел.:  
(095) 182-01-58 и 183-03-98 или письменно по адресу:  
129347, Москва, почтовое отделение И-347,  
ИТК «Дашков и К<sup>0</sup>».*





Холостова Евдокия Ивановна — доктор исторических наук, профессор, заместитель министра социальной защиты населения Московской области, заведующая кафедрой теории и методологии социальной работы Российского государственного социального университета, президент Региональной общественной организации "Общественная академия проблем социальной работы".

Автор более 250 публикаций, в том числе около 30 монографий, учебных пособий по проблемам социальной политики, теории и технологиям социальной работы, по истории социальной работы, социальной реабилитологии.

Область ее научных интересов также составляют проблемы семьи и ее развития в современном обществе, старения населения, социальная работа на селе, социальная работа с детьми.

ISBN 5-91131-054-6



9 785911 310547