

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ФИЛОСОФИИ И СОЦИАЛЬНЫХ НАУК

Кафедра социальной работы и реабилитологии

УЧЕБНО - МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

РЕАБИЛИТОЛОГИЯ

1-86 81 01 «Реабилитология»

Автор-составитель: Милькаманович В.К., кандидат медицинских наук,
доцент

Одобрено и рекомендовано к утверждению на заседании кафедры социальной работы и реабилитологии.

Протокол № 5 от 27. 12. 2018

Утверждаю
Зав. Кафедрой



Н.Н. Красовская

Одобрено и рекомендовано советом факультета
Протокол № 6 от 22. 01 2019.

Утверждаю
Зам. Декана

По учебной и воспитательной работе



А.М. Бобр

Минск 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА.....	3
1.ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ.....	6
Тезисы лекций по дисциплине «Реабилитология».....	6
ТЕМА 1. ИСТОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ РЕАБИЛИТОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ.....	6
ТЕМА 2. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТАНОВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ.....	11
ТЕМА 3. ПРОБЛЕМЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И АРХИТЕКТУРНО - ПЛАНИРОВОЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОСТРАНСТВ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ.....	18
ТЕМА 4. ИНТЕГРАТИВНЫЙ МНОГОУРОВНЕВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ СОЦИАЛЬНЫХ ОГРАНИЧЕНИЙ, МОДЕЛИ ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА.....	21
ТЕМА 5. СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ.....	26
ТЕМА 6. СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОМА-ИНТЕРНАТА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ ИНВАЛИДОВ И ДЛЯ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ.....	32
2.РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ	
Вопросы к экзамену по дисциплине.....	36
3.ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ	
Учебная программа дисциплины (фрагмент).....	37
Список рекомендуемых источников.....	42

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Учебно-методический комплекс (УМК) по учебной дисциплине «Реабилитология» предназначен для системного освоения магистрантами актуальных вопросов реабилитологии, её современных принципов, целей и задач. Повышение общей реабилитационной культуры в рамках технологических основ социальных практик, представляемыми данной дисциплиной, обеспечит магистрантам более эффективного решения проблем с лиц с ограниченными возможностями.

Задачи данного курса:

Определить место реабилитологии в системе подготовки магистранта. *Изучить* контингенты, нуждающиеся в реабилитационной помощи, теоретические основы реабилитологии, фазы и этапы, основные принципы реабилитации, восстановительные механизмы в реабилитологии, психологические факторы в реабилитации.

В результате изучения учебной дисциплины магистранты должны знать:

- ✓ контингенты, нуждающиеся в реабилитационной помощи;
- ✓ принципы формирования, оценки и коррекции ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности вследствие различных причин;
- ✓ принципы, механизмы и основные методы реабилитации и коррекции;
- ✓ законодательство о социальной защите инвалидов и лиц с особенностями психофизического развития;

Магистрант должен уметь:

- ✓ организовывать работу реабилитационных служб и структур, нацеленных на оказание помощи различным социально - уязвимым контингентам;
- ✓ осуществлять деятельность в качестве руководителя комплексных реабилитационных бригад;
- ✓ формировать комплексный социальный диагноз клиента с различного уровня ограничениями жизнедеятельности и социальной недостаточностью вследствие различных причин;
- ✓ осуществлять социальное, социально-психологическое, социомедики-психологическое, социально-педагогическое сопровождение клиента в реабилитационном и постреабилитационном периодах.

Место учебной дисциплины в системе подготовки специалиста с высшим образованием (второй степени).

Компетенции, сформированные в ходе изучения курса, могут быть реализованы в самых различных сферах практической деятельности специалиста по социальной работе посредством:

- ✓ способности формировать адекватные представления о роли и месте полученных знаний в работе специалиста по социальной работе занимающегося социальной реабилитацией личности;
- ✓ способности анализировать и интерпретировать научную и научно-популярную литературу;
- ✓ способности формировать представления о роли технических средств в реабилитации больных с различной инвалидизирующей патологией;
- ✓ способности анализировать и интерпретировать научную и научно-популярную литературу по реабилитации при основной инвалидизирующей патологии.

По учебному плану курс «Реабилитология» относится к циклу дисциплин специальной подготовки «Государственного компонента» для II степени образования.

Магистрант должен:

- ✓ АК-1. Уметь применять базовые научно-теоретические знания для решения теоретических и практических задач.
- ✓ АК-2. Владеть системным и сравнительным анализом.
- ✓ АК-3. Владеть исследовательскими навыками.
- ✓ АК-4. Уметь работать самостоятельно.
- ✓ АК-5. Быть способным выработать новые идеи (обладать креативностью).
- ✓ АК-6. Владеть междисциплинарным подходом при решении проблем.
- ✓ АК-7. Иметь навыки, связанные с использованием технических устройств, управлением информацией и работой с компьютером.
- ✓ АК-8. Обладать навыками устной и письменной коммуникации.
- ✓ АК-9. Уметь учиться, повышать свою квалификацию в течение всей жизни.

Специалист должен:

- ✓ СЛК-1. Обладать качествами гражданственности.
- ✓ СЛК-2. Быть способным к социальному взаимодействию.

- ✓ СЛК-3. Владеть способностью к межличностным коммуникациям.
 - ✓ СЛК-4. Владеть навыками здоровьесбережения.
 - ✓ СЛК-5. Быть способным к критике и самокритике (критическое мышление).
 - ✓ СЛК-6. Уметь работать в команде.
 - ✓ СЛК-7. Владеть способностью формирования этического сознания.
 - ✓ ПК-21. Определять структуру ограничений жизнедеятельности лиц, страдающих социальной недостаточностью вследствие медицинских, социальных, психологических причин: инвалиды; дети-инвалиды; лица, страдающие зависимостями; пожилые; лица, пострадавшие при чрезвычайных ситуациях; бывшие заключенные и др.
 - ✓ ПК-22. Обеспечивать социальный блок работы в деятельности медико-реабилитационных экспертных комиссий.
 - ✓ ПК-23. Формулировать социальный диагноз с учетом ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности, исходя из соответствующей международной классификации.
 - ✓ ПК-24. Выполнять социально-реабилитационные функции в бригадной форме организации реабилитационной работы, разрабатывать и обеспечивать реализацию социального и профессионального блоков индивидуальной программы реабилитации.
 - ✓ ПК-25. Обеспечивать профессиональную диагностику и профориентацию лиц с ограничениями жизнедеятельности.
 - ✓ ПК-26. Осуществлять комплекс социально-реабилитационных мер, диктуемых Конвенцией о правах инвалидов, проводить информационно-просветительскую работу по социальным проблемам инвалидности и социальной недостаточности.
 - ✓ ПК-27. Анализировать и представлять в органы госстатистики показатели результативности реабилитационной деятельности.
- На изучение дисциплины «Реабилитология» учебным планом отводится 134 часов, из них 12 – аудиторных, 122 - самостоятельная работа.
- Форма отчетности – экзамен.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ
ТЕЗИСЫ ЛЕКЦИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «РЕАБИЛИТОЛОГИЯ»
Тема 1. ИСТОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ РЕАБИЛИТОЛОГИИ В
РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Два события современной истории Республики Беларусь делают весьма актуальной проблему здоровья в контексте прав человека. Первое — повсеместные попытки подвести какой-то социальный итог к 100-летию Октябрьской революции 1917 г., второе — подписание республикой в конце 2016 г. Конвенции о правах инвалидов, принятой ООН 13.12.2006. В традиционной медицинской науке нечасто прибегают к поиску параллелей или взаимосвязей права и здоровья. Однако именно Конституция Республики Беларусь подталкивает науку к подобным поискам:

— статья 1. Республика Беларусь — унитарное демократическое социальное правовое государство, то есть подчеркивается направленность на интересы общества на основе совершенства права;

— статья 2. Человек, его права, свободы и гарантии их реализации являются высшей ценностью и целью общества и государства. Государство ответственно перед гражданином за создание условий для свободного и достойного развития личности. Гражданин ответственен перед государством за неукоснительное исполнение обязанностей, возложенных на него Конституцией.

Путь к Конвенции о правах инвалидов был трудным и весьма интеллектуально напряженным. Он начат на руинах, оставленных Второй мировой войной, когда нельзя было не осознать, что невозможно серьезно говорить о сохранении здоровья, когда не ценилась сама жизнь многих десятков миллионов людей Европы, Азии и иных континентов.

Осознание необходимости общественного договора во имя сохранения здоровья и жизни людей привело к «Всеобщей декларации прав человека», принятой ООН 10.12.1948, с серией последующих документов, ориентированных на права и свободы отдельных категорий: от Декларации о правах инвалидов (1971) до Конвенции о правах инвалидов (2006).

Между этими датами выделились этапы формирования Конвенции:

1. Международный год инвалидов (1981);
2. Всемирная программа действий в отношении инвалидов (1982);
3. Десятилетие инвалидов ООН (1983— 1992);
4. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (1993).

Каждый шаг к мерам по защите инвалидов тщательно взвешивался экспертами. Ими же в 1987 г. дано философское определение концепции социальной защиты инвалидов. В 1987 г. в Стокгольме глобальное совещание экспертов положило в основу защиты признание прав инвалидов.

В серии событий 30-летнего пути от Декларации к Конвенции был и период становления Республики Беларусь с появлением первых законов, касающихся социальной защиты инвалидов и создания новой науки — реабилитологии.

Именно с этой наукой, а точнее организацией системного процесса с технологиями реабилитации, связано конституционное право — «создание условий для свободного и достойного развития личности».

Актуальной представляется дискуссия о том, как эффективнее решать задачи Конвенции как на уровне реализации прав инвалидов на достойное развитие личности, так и выбора новых путей для улучшения показателей общественного здоровья в целом.

В 2015 г. по сравнению с 2014 г. в республике, например, отмечалось уменьшение заболеваемости по большинству позиций госстатистики. Однако по трем важным позициям имеется неуклонный рост:

- ✓ новообразования: 2002 г. — 81 000; 2005 г. — 97 000; 2010 г. — 108 000; 2015 г. — 114 000;
- ✓ болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ: 2002 г. — 70 000; 2005 г. — 70 000; 2010 г. — 70 000; 2015 г. — 87 000;
- ✓ врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения: 2002 г. — 10 000; 2005 г. — 11 000; 2010 г. — 12 000; 2015 г. — 17 000.

Показатели за 2015 г. обращают внимание и на то, что хотя заболеваемость по большинству позиций (нозологий) уменьшилась, имеется явное увеличение первичной инвалидности:

- ✓ 2000 г. — 53 041;
- ✓ 2005 г. — 50 054;
- ✓ 2010 г. — 43 262;
- ✓ 2015 г. — 56 056.

Эти данные обосновывают необходимость реальной (не декларативной) профилактики и реабилитации инвалидности.

Исходя из опыта западных стран, реабилитология, в ее современном понимании, может быть одним из важнейших механизмов (вслед за профилактикой) улучшения общественного здоровья и социальной защиты населения в рамках рыночных отношений. Реабилитация людей с ограниченными возможностями, действующая, например, в Германии более 100 лет, доказала свою эффективность и на уровне защиты личности, и в рамках экономической рентабельности.

С этих позиций написаны и первые законы Республики Беларусь, касающиеся социальной защиты и реабилитации инвалидов, согласно которым «инвалидом признается лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите».

Эти законы, принятые в стране, ставят акцент не на болезни и трудоспособности, как было в законодательстве СССР, а на более широком понятии — ограничении жизнедеятельности личности. При этом «ограничение жизнедеятельности лица выражается в полной или частичной утрате им способности или возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью».

Принципиально важной особенностью упомянутого закона было то, что «заключение медико-реабилитационной экспертной комиссии является официальным документом, удостоверяющим группу и причину инвалидности, а также индивидуальную программу реабилитации (ИПР)». Без ИПР и усилий по ее реализации не должен остаться ни один инвалид, по крайней мере в трудоспособном возрасте.

Это обусловило и переименование врачебно-трудовых экспертных комиссий (ВТЭК), действовавших в СССР, в медико-реабилитационные экспертные комиссии (МРЭК). Это правовое положение диктует необходимость дальнейшего развития реабилитологии.

Как явствует из анализа исторических материалов, в экономически сложные периоды медицинская наука активно обращалась к социальным проблемам, решая их через организацию здравоохранения. Она всегда отзывалась на последствия для общественного здоровья в поисках выхода из социального кризиса в СССР, характерного для второй половины 80-х годов, в период становления независимого государства с 1991.

Так, например, реабилитация на первом этапе экономического кризиса привязывалась, в первую очередь, к промышленным предприятиям, хотя и не

оставалась в стороне и самая значительная часть инвалидов, которую к тому времени еще составляли инвалиды — участники войны. В стране к этому времени вышел ряд рекомендаций, благодаря деятельности БелНИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов Минсобеса БССР. Это хорошо оснащенное и обеспеченное кадрами научно-практическое учреждение, по нынешней терминологии — научно-практический центр, было организовано в соответствии с решением Государственного комитета по науке и технике Совета Министров СССР и Постановления Совета Министров БССР № 297 от 01.09.1967 о создании лаборатории экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов Минсобеса БССР.

В 1968 г. для нее была открыта хорошо оснащенная клиника на 300 коек с отделениями по профилю основных инвалидизирующих патологий: офтальмологии, оториноларингологии, травматологии, неврологии, терапии. В строительстве клинического корпуса значительные средства, наряду с государством, внесены общественными организациями слепых и глухих.

Постановлением Совета Министров БССР от 23.11.1993 лаборатория преобразована в Белорусский научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности (БНИИЭТИН).

Постановлением Совмина БССР № 340 от 21.11.1986 БНИИЭТИНу были утверждены основные направления деятельности: — изучение и подготовка рекомендаций по профилактике нетрудоспособности населения; — совершенствование методов и форм врачебно-трудовой экспертизы больных и инвалидов; — разработка и внедрение методов медицинской и социально-трудовой реабилитации инвалидов.

БНИИЭТИН, располагая необходимой коечной базой, обслуживал, кроме БССР, Литовскую ССР, Молдавскую ССР, работал в тесном контакте с подобными институтами СССР: ЦНЭТИН (Москва) с филиалом в Ростове-на-Дону, Днепропетровске, Виннице, Ташкенте. В Ленинграде работал специальный институт по подготовке кадров для ВТЭ.

Все они имели единое методическое руководство (Госкомтруд), что позволяло активно обмениваться опытом в рамках единой программы по проблеме инвалидов в СССР [32].

После распада СССР в Российской Федерации проведено комплексное многоаспектное социально-гигиеническое исследование инвалидности за 10 лет (1994—2003). Изучены все классы болезней в соответствии с МКБ. Этот материал представляет интерес и для нашей страны.

В Беларуси развитие социальной защиты и реабилитации инвалидов проходило под влиянием двух законов «О социальной защите инвалидов»

(1991) и «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (1994).

Главное учреждение по проблеме инвалидности (БНИИЭТИН) тесно сотрудничало в течение 1991—1999 гг. с Боннским неврологическим реабилитационным центром и Дортмундским центром переобучения инвалидов в рамках международной программы «Трансформ».

Опыт профилактики инвалидности и сохранения трудовых ресурсов приобретен в процессе взаимодействия с 27 центрами Европы и Канады по интегрированной программе профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI) под эгидой ВОЗ. Освоению международного опыта медико-социальной экспертизы и реабилитации способствовало изучение «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья».

Важной особенностью белорусского опыта становления реабилитологии явилось развитие таковой в рамках разработки образовательных стандартов по социальной работе и реабилитологии на кафедре социальной работы Государственного института управления и социальных технологий (ГИУСТ) БГУ (1999—2016) и кафедры реабилитологии ГИУСТ БГУ (2004—2016).

Возможность готовить кадры с университетским образованием по профилактике инвалидности и реабилитации позволяет ставить более сложные задачи перед службой, в том числе начать по отработке принципа приоритета реабилитации перед пенсией, обоснованный в отечественной и зарубежной науке.

Он положен в основу специальности «социальная работа» и представлен в виде модели трехуровневой системы соцзащиты - профилактика, реабилитация, помощь и уход. Данная модель позволяет решать ряд проблем здоровья личности через систему образования, подставляя плечо системе здравоохранения, чтобы не свести высоко специализированного врача, обязанного мыслить категориями холизма, к ремесленнику.

Следует осознавать, что коммерциализация образования, здравоохранения, введение универсальных протоколов лечения, повышающих его эффективность, не должны оставлять вне медико-социальной науки проблемы индивидуализации, без чего невозможно удовлетворить условия, обеспечивающие физическое, душевное и социальное благополучие личности.

Реабилитология предлагает варианты социальной защиты с позиций холизма, опирающиеся не столько на самого инвалида, где дефект

сформировался, а на общественную и индивидуальную окружающую среду, технические средства, рабочее место, то есть условия полноценного функционирования личности.

Именно к этому призывает Конвенция о правах инвалидов: «признавая, что инвалидность — это эволюционирующее понятие и что инвалидность является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими».

Реабилитология как наука медико-социальной защиты личности — есть рычаг к экономически обоснованным стратегиям здравоохранения. Термин «реабилитация» пока в основном используют там, где речь идет об известном традиционном восстановительном лечении. Несомненно, что восстановительное лечение имеет право называться медицинской реабилитацией, поскольку она является первой фазой, затрагивающей органический или организменный уровень восстановления здоровья, без чего не бывает активной личности.

Но если эта фаза не переходит в медико-профессиональную, профессиональную в синтезе с атрибутами социальной, она не достигает того социально значимого уровня, что представлен под термином «реабилитация» в энциклопедическом словаре русского языка (С. И. Ожегов, 1970). В нем нет пока понятия «реабилитологии» как науки, а обозначается сам процесс — «реабилитировать, восстанавливать прежнюю незапятнанную репутацию (или в прежних правах)». Любая фаза (этап) может применяться, условно обозначая процесс реализации по крайней мере 4-стадийной реабилитации.

Только в этом случае, когда речь идет о функционировании не органа, сустава, системы органов, а личности в социальной среде, способной реализовать ценности социальной работы, можно ставить точку, оценивая комплекс реабилитационных мер тем или иным баллом — высокая, хорошая, удовлетворительная, неудовлетворительная.

Основные направления реабилитации инвалидов в Республике Беларусь включают:

1. восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение; профессиональную ориентацию, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственную адаптацию;
2. социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию;

3. физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Проблемы медико-социальной защиты больных и инвалидов в нашей стране разрабатываются в рамках НПЦ МСЭР, на ряде кафедр БелМАПО (Э. А. Вальчук, Э. Э. Вальчук, Г. Емельянов, К. А. Самушия, В. Б. Смычек, И. С. Сикорская и др.), представлены в медицинской печати, приказах Минздрава.

Таким образом, в Республике Беларусь накоплен богатый опыт для реализации задач Конвенции ООН о правах инвалидов. Белорусская реабилитология — наука и практика медико-социальной защиты личности с ограничениями жизнедеятельности, обеспечивающая условия реализации права взаимодействия ее с социальной средой наравне с другими, во имя реализации собственного потенциала, физического, духовного и социального благополучия.

Осознание и решение задач Конвенции ООН о правах инвалидов может быть важным шагом в преодолении многолетних проблем экономического кризиса, где обостряются проблемы инвалидов и престарелых.

Их решение не может быть полноценным, пока стратегии социальной защиты будут базироваться на перераспределении результатов труда, порождая порочный круг: бедность порождает болезнь, а болезнь не позволяет вырваться из бедности. При этом формируется иждивенчество вокруг защищаемых и бедность защищающих.

Тема 2. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТАНОВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Участие в производстве – важнейшее звено сложной и длинной цепи социальной реабилитации человека как личности. Традиционно к лицам с ограниченными возможностями относили инвалидов. Именно эта категория населения имеет ограничения жизнедеятельности, наиболее идентифицируемые в обществе и наиболее разработанные.

Международная классификация ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности позволяет специалистам разных стран свободно обмениваться информацией по различным проблемам инвалидов.

Ограничения жизнедеятельности находятся в основе определения понятия «инвалид», изложенного во 2-й статье Закона Республики Беларусь «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь»:

1. Инвалидом признается лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите.

2. Ограничение жизнедеятельности лица выражается в полной или частичной утрате им способности или возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью.

Следует обратить внимание, что в основе понятия инвалид находится медицинский диагноз, отражающий нарушение функций организма.

Однако ампутация или паралич конечностей, полная слепота или глухота не оставляют надежды на медицинскую помощь. В то же время социальными мерами можно уменьшить ограничения жизнедеятельности инвалида, которые выражаются в полной или частичной утрате им способности или возможности осуществлять те виды деятельности, о которых говорится во второй части приведенного выше определения понятия «инвалид».

Исходя из упомянутых ограничений жизнедеятельности, явствует принципиальное различие в методах воздействия на человека традиционной и социальной медицины.

В первом случае усилия специалиста направлены на организм человека, во втором – преимущественно на его окружение, так как лица с ограниченными возможностями страдают в первую очередь от нарушения гармонии между личностью и внешним миром. При этом психологический комфорт и социальное благополучие являются определяющими условиями функционирования личности в социуме.

Устав Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) также свидетельствует, что здоровье – это не только отсутствие болезни или увечья, но и полное физическое, психическое и социальное благополучие.

В СССР, а затем и в Республике Беларусь проблемы здоровья связывались, в первую очередь, с социальной гигиеной и медико-санитарной помощью, где достигнуты несомненные успехи. Свидетельством значительных достижений в этой области является международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, проведенная в Алма-Ате в 1978 г.

Несомненны достижения в решении проблем инфекционных заболеваний, обеспечении низкого уровня младенческой смертности и другие. Однако социальные факторы, определяющие здоровье, традиционно недооценивались.

Проблемы инвалидности практически во всех странах Запада решаются, в первую очередь, в рамках социальных проблем человека. Более того, Европейское бюро ВОЗ, определяя стратегию охраны здоровья на

первую четверть XXI века, обращает внимание стран, что надежды на улучшение здоровья через традиционную систему здравоохранения не оправдались (документ «Здоровье всем – XXI век»). Средняя ожидаемая продолжительность жизни не только не растет, а последние десятилетия заметно снижается, особенно в странах постсоветского пространства и Восточной Европы.

При этом сформулированы основные социальные детерминанты здоровья человека:

- ✓ доходы;
- ✓ занятость;
- ✓ образование.

Особое внимание обращается на качество жизни человека.

В Республике Беларусь впервые широко и системно проблема социальной защиты человека через труд, занятость поставлена в решениях и рекомендациях Республиканской научно-практической конференции «Социальные и медицинские проблемы профилактики инвалидности и сохранения трудовых ресурсов». Конференция состоялась 13-15 октября 1988 г. при самом активном участии четырех ведомств БССР:

- Министерство социального обеспечения;
- Белорусский Республиканский совет профессиональных союзов;
- Министерство здравоохранения;
- Государственный Комитет БССР по труду и социальным вопросам.

В конференции участвовали первые лица указанных ведомств и заместитель председателя Госкомтруда СССР. Это позволило выйти на системные рекомендации, которые в последующем использованы при подготовке Закона Республики Беларусь о социальной защите инвалидов, который принят Верховным Советом в 1991 г., а также закона «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», принятого в 1994 г.

Государственным механизмом реализации указанных законов явилась «Государственная программа по предупреждению инвалидности и реабилитации инвалидов», одобренная Постановлением Совета Министров Республики Беларусь 30.05.1997 № 613.

В указанной программе определены конкретные задачи и мероприятия для:

- Министерства здравоохранения;
- Министерства труда;
- Министерства образования;
- Министерства социальной защиты;

- Министерства внутренних дел;
 - областных и Минского городского исполнительных комитетов.
- В Государственной программе выделены три основных раздела:
- Предупреждение инвалидности и реабилитация инвалидов медицинскими мерами.
 - Профессиональная реабилитация.
 - Социальная реабилитация.

Для координации работы Министерств и ведомств по выполнению принятых в республике законов и Государственной программы по проблемам инвалидов был создан Межведомственный совет, возглавляемый Заместителем Председателя Совета Министров Республики Беларусь. Координирующие функции возложены на Министерство здравоохранения.

Кроме государственных органов большая работа по проблемам инвалидов проводилась в общественных организациях инвалидов, Белорусском товариществе инвалидов по зрению, Белорусском обществе глухих.

Была обеспечена научная поддержка двумя республиканскими научно-техническими программами по разработке методов и технологий реабилитации 1991-1995 гг. и 1996-1998 гг. Привлекались для консультаций специалисты ООН.

Например, Республиканская научно-техническая программа 69.04р«Разработать методы и технические средства для медицинской и социально-трудовой реабилитации больных и инвалидов» на 1991-1995 гг. уже на начальном этапе выполнялась силами 17 научно-исследовательских и других учреждений, в том числе:

от Министерства социального обеспечения БССР – Белорусский научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (головное учреждение по программе), Белорусский протезно-ортопедический восстановительный центр;

от Министерства здравоохранения БССР – Белорусский научно-исследовательский институт кардиологии, Белорусский научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии, Белорусский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Белорусский научно-исследовательский институт пульмонологии и фтизиатрии, Минский государственный медицинский институт;

от Министерства народного образования БССР – Белорусский государственный университет, Белорусский научно-исследовательский институт народного образования, Специализированное конструкторско-

технологическое бюро с опытным производством при Белорусском государственном университете;

от Министерства здравоохранения СССР – Белорусский государственный институт усовершенствования врачей;

от Министерства радиотехнической промышленности СССР – Специализированного конструкторское бюро Минского завода вычислительной техники;

от других предприятий и организаций – Специализированное конструкторское бюро с опытным производством республиканского объединения «Инвасервис» при Белорусском обществе инвалидов, Научно-производственный комплекс при Академии наук БССР, Научно-производственный инженерный центр «Микроинтех», Научно-производственное объединение «КОМПЛЕКС».

Приведенный перечень учреждений-исполнителей научно-технической программы демонстрирует широту спектра проблем инвалидности, которые разрабатывались при координирующей роли Республиканского межведомственного совета по проблемам инвалидов, возглавляемого Заместителем Премьер-министра Республики Беларусь. Полученные результаты использованы при разработке законов, касающихся проблем инвалидов, Государственной программы их реализации.

Благодаря этой программе разработан ряд технических средств, позволивших расширить рамки независимости инвалидов, необходимые для переобучения на новые профессии. Постановлением Кабинета Министров № 190 от 18 марта 1996 г. был утвержден первый Государственный реестр (перечень) технических средств социальной реабилитации, выделяемых инвалидам бесплатно или на льготных условиях (41 наименование).

Большую методическую помощь становлению технологий медико-профессиональной реабилитации оказал Боннский неврологический центр Германии (директором центра был Ганс Янцык), по развитию идеологии профессионального переобучения инвалидов – Дортмундский центр переобучения (ранее директор Артур Мертен, в последующем – Людгер Пешкес). С благодарностью вспоминаю многолетнюю активную работу с представителями упомянутых центров по адаптации их реабилитационных технологий к условиям Республики Беларусь. Проведено несколько содержательных республиканских семинаров по профессиональным, медико-профессиональным проблемам реабилитации, использованию при этом эрготерапевтических, медицинских, психологических, психофизиологических методов.

22 января 1996 г. с материальной и методической поддержкой Германии в г. Минске был открыт первый в Республике экспериментальный центр по переобучению инвалидов на специальность менеджер в торговой сфере. Эта дата является исторической для становления профессиональной реабилитации в нашей стране.

Этот центр обучает 25 инвалидов с помощью современных информационных технологий. Срок обучения 1 год 10 месяцев. Уже состоялось 5 выпусков. Около 95 % инвалидов, получивших специальность менеджера в торговой сфере, находят работу на общем рынке труда. По этому центру на семинаре представляется специальный доклад. Высокая профессиональная подготовка при социальном, медицинском, психологическом сопровождении переобучения является главной гарантией конкурентоспособности инвалида на рынке труда. Идея, многие десятилетия широко используемая на Западе, может успешно функционировать в реальных условиях Республики Беларусь.

Второй центр с помощью ФРГ открыт на базе Белорусского протезно-ортопедического восстановительного центра.

Важной вехой в становлении стратегии и технологий социальной и профессиональной реабилитации в Республике Беларусь явилась Международная научно-практическая конференция «Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов», которая состоялась в г. Минске 29-31 октября 1996 г. Проведена также совместно со специалистами Дортмундского центра переобучения инвалидов, с участием специалистов России, Польши, представителей ООН. На конференции обсуждено около 320 докладов. Принимали участие ряд министерств, Заместитель Премьер-министра Республики Беларусь В.В. Русакевич.

Наряду с решением конференции на ней была принята Минская декларация «О направлениях развития реабилитации в системе социальной защиты больных и инвалидов в условиях рыночных отношений».

Материалы конференции были изданы достаточным тиражом и направлены заинтересованным организациям.

В ряде государственных и негосударственных высших учебных заведений организована подготовка специалистов по социальной работе. С 1999 г. в Белгосуниверситете открыта кафедра социальной работы и началась подготовка специалистов по специализации социально-психологическая помощь населению, а с 2003 г. – и специалистов по специализации социальная реабилитация личности.

Перечислены только наиболее крупные акции по проблемам инвалидов, проведенные на государственном уровне.

Однако, несмотря на принятые прогрессивные законы и государственные программы по социальной защите инвалидов, реальное положение в обществе лиц с ограниченными возможностями настоятельно требует глубокого анализа нарастающих отрицательных тенденций и принятия дополнительных, более эффективных мер.

1. Первым шагом на этом пути представляется информационная работа по осознанию разными уровнями общества, что решение проблем людей с ограниченными возможностями – задача общегосударственная. От ее решения зависит социальная безопасность всех членов общества, а не только судьба самих защищаемых. Требуется систематическая работа по обучению нравственности всего населения, без чего невозможно качественное выполнение законов о социальной защите.

2. Проблема инвалидности является медицинской только на первом этапе. После стабилизации нарушения функций и ограничений жизнедеятельности проблема должна решаться комплексными социальными мерами.

При этом должны четко дифференцироваться задачи **медико-профессионального этапа реабилитации**, как переходного от медицинского к профессиональному, где объем медицинских мер постепенно заменяется нарастающим объемом мер профессионального характера; **этапа профессиональной реабилитации** – системы мер, обеспечивающих возможность и реализацию способности к профессиональному обучению лиц, у которых она снижена; **социальной реабилитации** – системы мер, возвращающих лиц с ограниченными возможностями к семейной, профессиональной, политической и культурной жизни в обществе. По отношению к лицам, освобождаемым из мест лишения свободы, термин социальная реабилитация, видимо, более приемлем как ресоциализация.

3. Медико-социальная экспертиза, устанавливающая ограничения жизнедеятельности и ответственная за индивидуальную программу реабилитации, не должна ограничиваться этапом медицинской реабилитации, а обеспечивать включение полноценного профессионального и социального разделов программы, где конечный результат – занятость, обеспечивающая достойную жизнь инвалиду. Ответственность за составление профессионального и социального разделов индивидуальной программы реабилитации должны нести специалисты ведомства, выделяющего материальные средства на их реализацию и обеспечивающего пенсионирование инвалида в случае неэффективности реабилитации.

4. Нарастание отрицательных тенденций в социальной защите лиц с ограниченными возможностями, особенно детей-инвалидов, требует

пересмотра стратегии социальной защиты. Профессиональная реабилитация, обеспеченная системой обучения и переобучения на профессии, востребованные рынком труда, должна стать альтернативой социальной защите через пенсионирование молодежи. Полученные нами ранее данные показывают, что не менее 30 % лиц, признаваемых инвалидами в трудоспособном возрасте, и большинство лиц третьей группы инвалидности трудоспособного возраста могут успешно трудиться при полноценной реализации мер профессиональной и социальной реабилитации.

5. В решении проблем инвалидов и других лиц с ограниченными возможностями основные материальные затраты (социальная и профессиональная реабилитация, занятость, создание рабочих мест) реализуются через структуры Министерства труда и социальной защиты. Это Министерство, на наш взгляд, должно координировать и Государственную программу по предупреждению инвалидности и реабилитации инвалидов.

6. Целесообразно научными силами высших учебных заведений, занятых подготовкой специалистов по социальной работе и социальной реабилитации личности, совместно со структурами Министерства труда и социальной защиты и МВД подготовить научно-техническую программу, обеспечивающую создание технологий полноценной социальной и профессиональной реабилитации лиц с ограниченными возможностями и их трудоустройства в соответствии с принятыми в республике законами. Заказчиком программы должно выступить Министерство труда и социальной защиты. В основу программы целесообразно заложить оправдавшие себя в ФРГ и других странах идеи о приоритете профессиональной и социальной реабилитации перед пенсионированием. При этом право выбора варианта защиты должно быть за гражданином.

Необходимость решительного шага к созданию механизма социальной защиты на основе приоритета реабилитации перед пенсией диктуется как этическими мотивами защиты человека как личности, так и демографической ситуацией

7. В научно-технической программе по совершенствованию технологий и организационных форм профессиональной и социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями необходимо выделение раздела по совершенствованию законодательства по рассматриваемой проблеме, охватывающего страхование по безработице лиц высокого социального риска и меры по содействию труду этих лиц.

Лица высокого социального риска, подлежащие первоочередному превентивному страхованию по безработице и содействию конкурентоспособности на рынке труда:

- дети-инвалиды и инвалиды молодого возраста, имеющие шанс через профессиональное обучение на рабочее место на рынке труда;
- молодые рабочие и служащие, не имеющие рабочего места, готовые к переобучению;
- молодые люди, получающие профессию в учебных заведениях с производственным обучением;
- лица молодого возраста, заключенные под стражу или освобожденные из мест лишения свободы.

Первоочередные задачи по содействию труду и страхованию по безработице:

- содействие профессиональному образованию (обучение, переквалификация, повышение квалификации);
- профессиональное научно-обоснованное психофизиологическое и медико-социально-психологическое консультирование;
- профессиональная реабилитация;
- посредническая и консультативная деятельность;
- содействие возобновлению работы и развитию частного предпринимательства;
- создание новых рабочих мест;
- содействие научным исследованиям и формированию общественного мнения о приоритете профессиональной деятельности перед формами социальной защиты через пенсии, пособия и пр.;
- формирование общественной социальной защиты (навыки и умения, мотивация к мерам само- и взаимозащиты).

Тема 3. ПРОБЛЕМЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И АРХИТЕКТУРНО-ПЛАНИРОВОЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОСТРАНСТВ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ

В настоящее время в Республике Беларусь численность инвалидов превысила 510 000 человек, из них более 30 000 детей-инвалидов.

Что чувствует каждый из этих нескольких сотен тысяч человек, родители детей-инвалидов и дети родителей-инвалидов? Физическую и психологическую боль, моральные и материальные проблемы, беспомощность, одиночество, иногда отчаяние? Они обусловлены ограничением жизнедеятельности, которое формируется при несоответствии физических возможностей человека социальным и архитектурно-пространственным параметрам его окружения.

В данной теме обсуждаются вопросы функциональной и архитектурно-пространственной организации центров реабилитации инвалидов. Сделана

попытка посмотреть на эту проблему не только глазами архитектора, но и специалиста в области реабилитации инвалидов, тем самым осуществляя междисциплинарный подход. Это является наиболее эффективным методом, который позволяет учесть новые направления в науке и опыт практической работы в условиях существующих в Республике Беларусь реабилитационных центров.

В начале 2000-х гг. в нашей стране появились первые реабилитационные центры, которые размещались в самостоятельных зданиях и были построены по пилотным архитектурным проектам. В них осуществляется медицинская, медико-профессиональная, профессиональная и социальная (включает результаты всех вышеуказанных процессов) реабилитация. В зависимости от характера и степени нарушений она может проводиться в стационаре, амбулаторно или в домашних условиях.

Как показала практика, **организация реабилитации в условиях стационарных реабилитационных центров** или отделений является наиболее эффективной.

Главная отличительная черта стационарной формы – комплексность одномоментного воздействия на степень ограничений жизнедеятельности человека (передвижения, общения, ориентации, контроля за своим поведением, самообслуживания).

Это требует совместных усилий врачей разного профиля и их взаимодействия со вспомогательными службами (лечебной физкультуры, эрготерапии, голосоречевой терапии, психологии, психотерапии, нейропсихологии, трудотерапии, профессиональной диагностики и профессиональной терапии и др.).

Данное обстоятельство диктует определенные требования к функциональному зонированию и архитектурным решениям подобных центров.

Необходимо организовать максимальную взаимосвязь помещений для работы специалистов различных направлений по принципу комплексной реабилитации, а не по принципу максимального приближения к месту нахождения реабилитанта (например, палате), как это считалось ранее.

Во-первых, такое решение позволяет поддерживать и совершенствовать профессиональный уровень специалистов, осуществляющих конкретную специализированную реабилитационную помощь.

Во-вторых, работа нескольких специалистов одного профиля со своими пациентами в одном помещении способствует максимальному исключению тактических и методических ошибок.

В-третьих, одновременная работа нескольких реабилитантов со схожими проблемами в одном помещении дает значительный групповой психотерапевтический эффект.

В-четвертых, перемещение из места проживания (пребывания) в отделение реабилитации, а также между отделениями и помещениями реабилитационного центра (столовая, игровые комнаты, кинозал и др.) дает человеку возможность расширения ощущений социума, появления уверенности в собственных силах.

Выделение цветом и фактурой функциональных зон, опасных участков, конструктивных элементов, устройство направляющих поручней, подъемников и других вспомогательных приспособлений позволяют увеличить степень мобильности и самообслуживания, легче ориентироваться в пространстве, тем самым повышая степень социальной адаптации и физической независимости человека.

Наряду с безбарьерной средой, позволяющей легко ориентироваться и осуществлять самостоятельный доступ человека с ограничениями жизнедеятельности ко всем реабилитационным структурам центра, должны быть созданы условия для постоянной, постепенной активизации реабилитанта, включения его в процесс самореабилитации.

Данное направление достигается через оборудование коммуникационных пространств зеркалами, позволяющими пациенту осуществлять постоянный самоконтроль, разной степени сложности подъемами между уровнями здания, начиная от лифтов и пологих пандусов и заканчивая ступенями лестничных маршей стандартных размеров.

Открывание и закрывание дверей также наряду с полной доступностью для различных категорий инвалидов должно требовать от них определенных усилий и приобретения простейших навыков. Создание идеальных, «тепличных» средовых условий в реабилитационном центре снижает степень мотивации к реабилитации, не позволяет подготовиться к реалиям окружающей жизни.

Функционально-планировочная структура амбулаторных реабилитационных центров полностью (с заменой помещений для проживания комнатами отдыха) или частично соответствует структуре стационарных центров.

Возможен вариант амбулаторных центров, когда в них применяется ограниченный круг реабилитационных технологий (например, организация работы групп самопомощи), направленных на выработку и стимуляцию общих реинтеграционных возможностей человека. В данном случае технологии характеризуются значительно более низкой себестоимостью из-за

отсутствия специализированных отделений и необходимости привлечения специалистов для обеспечения круглосуточного пребывания реабилитантов.

Как правило, в подобных центрах сужен круг профильных специалистов, и их деятельность четко профилирована (например, центр социально-психологической, социально-юридической и других видов помощи). При организации подобной формы реабилитации создаются лишь кабинеты профильных специалистов (например, психолога, юриста, логопеда) и помещения для групповых занятий.

При создании как стационарных, так и амбулаторных реабилитационных центров следует особое внимание уделять оборудованию помещений. Особенностью их организации является предоставление различных вариантов вспомогательных приспособлений и технических средств реабилитации, позволяющих расширить уровень социально-бытовой адаптации реабилитанта.

Наполнение архитектурной среды реабилитационного центра должно быть максимально приближено к обычным, домашним условиям. Дополнительные элементы, позволяющие человеку с различными дефектами здоровья или развития расширить рамки своей, в первую очередь социально-бытовой, независимости, должны иметь универсальный характер, а также впоследствии легко приобретаться либо воспроизводиться в домашних условиях.

Тема 4. ИНТЕГРАТИВНЫЙ МНОГОУРОВНЕВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ СОЦИАЛЬНЫХ ОГРАНИЧЕНИЙ, МОДЕЛИ ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА

Для выяснения содержания процесса реабилитации необходимо проанализировать сущность социальных ограничений и рассмотреть те барьеры, которые воздвигает перед человеком инвалидность.

Социальные ограничения, вызванные дефектом здоровья, особенно трудно поддаются компенсации, поскольку носят комплексный характер. Именно поэтому они требуют привлечения усилий специалистов различных научных направлений.

В первую очередь необходимо сказать о *физическом ограничении* — это физические, сенсорные, либо интеллектуально-психические недостатки, мешающие инвалиду самостоятельно передвигаться и/или ориентироваться в пространстве.

Второй барьер — это *трудовая сегрегация*. Из-за своего заболевания инвалиды имеют более узкий доступ к рабочим местам или могут не иметь его вовсе. Такое положение обусловлено не столько ограниченностью их индивидуальных физических и/или интеллектуальных ресурсов, сколько

неразвитым характером рынка труда для лиц с ограниченными возможностями. В условиях 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, работают же не более 11 % из них. Это вызвано не только отсутствием специальных рабочих мест, но и доминирующей ориентацией инвалидов на получение льгот и пособий вместо труда.

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, что закрепляет иждивенческий образ мышления.

Поэтому естественно, что следующим барьером в жизни инвалидов выступает *малообеспеченность*, которая является следствием социально-трудовых ограничений.

Отсутствие или слабая сформированность безбарьерной среды является для инвалида еще одним серьезным препятствием (*пространственно-средовой барьер*). Даже в тех случаях, когда лицо с физическими ограничениями имеет средства передвижения (протез, кресло-коляска, специально оборудованный автомобиль), организация жилой среды и транспорта не является дружественной к инвалиду.

К тому же современная реабилитационная индустрия выпускает недостаточное количество оборудования и приспособлений для бытовых процессов, самообслуживания, свободного передвижения, игр, занятий спортом.

Вероятно, для всех типов инвалидов важное препятствие представляет *информационный барьер*, который имеет двусторонний характер. С одной стороны, инвалиды испытывают затруднения в получении информации как общего плана, так и имеющей непосредственное значение для них (например, о мерах государственной поддержки инвалидов). Это вызвано экономическими причинами (например, невозможность купить газету) и дефицитом специальных носителей информации (например, телепередачи с сурдопереводом, книги брайлевского шрифта, кассеты и диски для слепых и т.д.).

С другой стороны, существует информационный барьер, который отгораживает общество от инвалида: лицам с ограниченными возможностями гораздо труднее презентовать свои взгляды и позиции, донести до общества свои нужды и интересы.

Эмоциональный барьер тоже может быть двусторонним. Он может складываться из непродуктивных эмоциональных реакций 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 среды.

Наконец, комплексный характер имеет *коммуникативный барьер*. Он обусловлен сочетанием действия всех вышеперечисленных ограничений.

Поэтому закономерно, что расстройство общения является одной из наиболее трудных социальных проблем инвалида, а восстановление нормальных для возраста и социального статуса коммуникаций - одной из наиболее важных целей социальной реабилитации инвалида.

Сущность и содержание социальной реабилитации в значительной мере зависит оттого, как понимают инвалидность ведущие субъекты этого процесса, из каких, идейно-методических оснований они исходят.

Господствовавшая прежде *медицинская модель* инвалидности исходила из ведущей роли медицины в лечении дефекта, рассматривая инвалида как пациента. Реабилитация, таким образом, рассматривается исключительно с одной стороны - со стороны восстановления трудовых возможностей. В связи с этим в общественном сознании понятия «инвалидность» и «нетрудоспособность» воспринимаются как равнозначные и взаимозаменяющие термины. Необходимость опровержения такого подхода привела к появлению в научной литературе 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 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.

В последнее время получает также распространение «*политико-правовая модель инвалидности*». Эта модель 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.

Утверждение понятия «лицо с ограниченными возможностями» находится также в русле этих изменений 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 личных ресурсов, которые препятствуют индивиду нормально жить и развиваться в обществе.

В рамках нового подхода *сущность реабилитации* рассматривается не только (или не столько) в восстановлении здоровья, сколько в восстановлении (или создании) возможностей для социального функционирования при том состоянии здоровья, которым после излечения располагает инвалид.

Таким образом, инвалидность трактуется как проблема не столько медицинская, сколько социальная. Цель общества - максимально полно обеспечить возможность для всех людей, с их специфическими, в том числе ограниченными, возможностями социального функционирования и развития.

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, обеспечивающим инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Содержание реабилитации рассматривается как процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную

компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушениями здоровья со стойким расстройством функций организма.

Цель реабилитации - восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальной адаптации. К сожалению, в современных условиях именно эта социальная цель встречает наибольшие трудности, т.к. кризис трудовой сферы, отсутствие трудовой мотивации и возможности трудовой самообеспеченности ведут к предпочтению в ряде случаев статуса иждивенца, получателя пособий по инвалидности (это касается и вполне здоровых людей, которые не могут обеспечить себя и свою семью за счет собственного труда).

Поэтому 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 люди с ограниченными возможностями являются не столько объектами реабилитационного процесса, сколько полноправными участниками этой деятельности, субъектом социальной реабилитации, успех которой в значительной степени зависит от степени глубины их установки на восстановление их действенной социальной роли, а отсутствие сотрудничества может минимизировать эффективность социальной реабилитации или сделать ее совершенно невозможной.

Необходимо понять и принять, что основным действующим началом реабилитации является сам инвалид, а не врач или социальный работник. Поскольку столбовая дорога реабилитации проходит через личность, определение реабилитационного потенциала личности и разработка психологического аспекта реабилитации являются наиболее актуальными и насущными задачами.

В современном представлении содержание реабилитационного процесса неразделимо связано с понятием «реабилитационный потенциал».

Реабилитационный потенциал — это биологические и социально-психологические возможности индивида, компенсирующие ограничения жизнедеятельности, которые возникли вследствие болезни или дефекта.

При оценке реабилитационного потенциала инвалида основным является оценка сохранившихся возможностей организма и личности, а не констатация утраченного.

Реабилитационный потенциал индивида складывается из медико-биологических возможностей организма, реабилитационных возможностей

личности и реабилитационных возможностей микросоциума (общества в целом и значимого окружения), в котором существует и действует инвалид.

Реабилитационный потенциал организма включает:

—биоэнергетический потенциал организма - оценка состояния иных органов и систем, задействованных в медико-биологическом аспекте реабилитации;

—генетико-конституционный потенциал организма — оценка наследственности, особенности конституции, пола и возраста индивида с ограниченными возможностями;

—организационно-медицинский потенциал — как, где, с чьей помощью и т.п. будет конкретно организован медико-биологический аспект реабилитации.

Реабилитационный потенциал личности (аутопсихологический реабилитационный потенциал) анализируется и оценивается также по нескольким направлениям:

—состояние психических процессов (память, внимание, эмоции, особенности мышления);

—особенности личности (темперамент, характер, интеллект, мотивация);

—особенности внутренней модели болезни (представление самого больного о сущности его заболевания и возможностях терапии).

Человек, имеющий болезнь или дефект, существует и действует в определенном социальном окружении, так называемом «реабилитационном поле». Следовательно, возникает необходимость проанализировать и оценить реабилитационный настрой общества в целом. Поэтому при оценке *реабилитационного потенциала общества* необходимо проанализировать несколько составляющих:

—реабилитационную ориентацию конкретного микросоциума, в котором существует инвалид (семья, соседи, группа по интересам, учебная группа и т.п.);

—представление о реабилитационных возможностях больного с тем или иным заболеванием в общественном сознании референтной группы (например, юристы, военнослужащие, врачи и т.д.), что позволяет уточнить возможности профессиональной и социально-трудовой реабилитации при интеграции в такую социальную группу;

—необходимо также составить представление о реабилитационной направленности общества в целом, т.е. насколько общественное сознание приемлет, одобряет, понимает значимость для больного восстановление его социального статуса.

Обычно оценка реабилитационного потенциала социума проводится по трем направлениям:

1. социально-правовой (юридический) реабилитационный потенциал общества: насколько совершенны и внедрены в реальную практику законодательные акты и подзаконные инструкции, нормативные материалы и т.п., защищающие права больных и инвалидов;
2. научно-технический и экономический реабилитационный потенциал общества: возможности общества оказать инвалиду эти виды помощи для реализации ИПР;
3. нравственно-этический реабилитационный потенциал общества: моральная поддержка микросоциальной референтной группы (значимого близкого окружения) и социума в целом в деятельности инвалида по реализации ИПР.

Таким представляется понимание интегративного, системного многоуровневого подхода к оценке реабилитационного потенциала индивида, имеющего болезнь или дефект стойкого характера.

Тема 5. СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

В настоящее время каждый человек должен иметь возможность проживать как можно дольше в привычной для него домашней обстановке. Именно здесь он чувствует себя полноценной личностью, которая не отделена от общества и продолжает активно жить. В связи с этим социальная работа на дому более перспективна, нежели наблюдение и уход в социальном специализированном учреждении. К тому же обслуживание одного человека на дому обходится государству в несколько раз дешевле, чем содержание его в доме – интернате. С учетом этой концепции цель социального обслуживания на дому состоит в том, чтобы максимально продлить нахождение клиента в привычной для него среде обитания, поддержать его личностный и социальный статус, защитить его права и законные интересы.

Задачи социального обслуживания на дому:

- оказание гражданам социально-бытовой и доврачебной медицинской помощи, квалифицированного ухода в домашних условиях;
- организация социально-бытового обслуживания граждан предприятиями торговли, общественного питания, бытового и

коммунального хозяйства, учреждениями здравоохранения, нотариальными учреждениями, шефствующими предприятиями, другими учреждениями и общественными организациями;

- установление и поддержание связи с трудовыми коллективами, где ранее работали обслуживаемые граждане, а также с другими государственными и негосударственными структурами по оказанию социальной поддержки гражданам;
- оказание морально-психологической поддержки обслуживаемым гражданам и членам их семей;
- обучение родственников обслуживаемых граждан практическим навыкам общего ухода за больными.

Для обслуживания на дому задействованы специалисты по социальной работе и социальные работники, младший медицинский персонал, медицинские сёстры, врачи (в основном участковые терапевты и врачи общей практики) и специалисты по лечебной физкультуре. Значимую помощь на дому оказывают волонтеры (добровольцы), среди которых много пожилых людей проживающих в том же доме либо на той же улице. Следует отметить, что наличие родственников не всегда помогает организовать качественный уход на дому. Как показывает опыт, эти родственники сами весьма преклонного возраста, живут далеко и обычно очень заняты. Нередко семья или родственники, проживающие вместе с клиентом, не могут справиться с оказанием помощи при тяжёлом физическом либо психическом состоянии клиента. Так, например, многие пожилые люди, страдающие выраженным старческим слабоумием, живут дома под присмотром родственников, являясь источником проблем. Социальное обслуживание таких людей на дому не только позволяет обеспечить присмотр и квалифицированный уход за ними, но и даёт возможность для отдыха их родственникам.

В настоящее время накоплен разнообразный интересный опыт по оказанию социальной помощи на дому в различных общественных, в том числе церковных организациях, коммерческих фирмах.

В Республике Беларусь в рамках минимального государственного стандарта налажено социальное обслуживание на дому через соответствующую структуру территориального центра социального обслуживания населения (ТЦСОН). Такие центры действуют во всех административных районах республики, предлагая гражданам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, широкий спектр социальных услуг (от оказания гуманитарной помощи до психологической помощи и

реабилитации), предоставляя возможность выбора отдельных услуг или целого комплекса.

Клиента, который ранее не обращался в ТЦСОН, по месту его жительства посещает специалист по социальной работе – руководитель социального патронажа. Целью его визита является выявление особенностей физического, психического и социального состояния, определение потребностей в патронажных и иных услугах, налаживание сотрудничества с вероятными помощниками – соседи, друзья или родственники. В процессе посещения руководитель рассказывает клиенту о его социальном работнике, определяет виды социальной помощи, объём работы по патронажу, частоту визитов и т.п. Он узнаёт мнение клиента об объёме необходимых ему услуг, о частоте посещения социального работника. Правильно сформированный клиентом и специалистом по социальной работе, план ухода – есть первая ступень достижения конечной цели. Сразу определяют и налаживают надёжное средство связи с клиентом – телефон, кнопка или браслет безопасности и др., поскольку социальный патронаж предполагает оказание срочной социальной и медико-социальной помощи в случае необходимости экстренной консультации по телефону или оказания медицинской помощи при угрожающем для жизни клиента состоянии.

Для каждого клиента отделения надомного обслуживания ТЦСОН составляется индивидуальный план ухода на дому в зависимости от состояния здоровья и потребностей. Важная часть плана - всесторонняя оценка индивидуальных потребностей клиента, что позволяет эффективнее планировать деятельность по уходу. В основу индивидуального плана ухода положено обеспечение клиенту права на независимость и личную жизнь. Этот план включает в себя информацию о видах предоставленных клиенту услуг. Виды социальной помощи на дому, объём работы по патронажу, частота визитов социального работника во многом определяются степенью функциональных нарушений клиента. Если подопечный способен к самообслуживанию и может самостоятельно выходить из дома, то социальный работник посещает его 1-2 раза в неделю для оказания, например, помощи в уборке жилого помещения или принятия ванны. Клиента, который не может самостоятельно выйти из квартиры, пользуется инвалидной коляской, либо передвигается с помощью костылей или ходунков, социальный работник посещает 3-4 раза в неделю, строго выполняя все предписанные функциональные обязанности. Лиц, находящихся на постельном режиме, социальный работник посещает 5-6 раз в неделю.

При организации индивидуального обслуживания также учитываются жилищные условия (комфортность, безопасность жилища, телефонизация, наличие соседей), право на занимаемое жильё.

Периодически производится пересмотр индивидуального плана, причём состав услуг определяется в основном состоянием клиента.

Социальное обслуживание граждан на дому может осуществляться с различной периодичностью - на разовой, временной (на срок до 6 месяцев) или постоянной основе. В перечень социальных услуг включены услуги по осуществлению почасового дневного ухода, которые оказываются социальными работниками отделений срочного обслуживания территориальных центров.

При отказе граждан от обслуживания при условии, что такой отказ может повлечь ухудшение их состояния, гражданам или их законным представителям разъясняются последствия принятого решения, о чём получают письменное подтверждение.

Перспективным направлением является практика проживания и социального обслуживания клиентов в социальном жильё, которое обычно доступно для людей с ограниченными доходами. Маломобильный человек чувствует себя достаточно комфортно и свободно, находясь вместе с тем под опекой обслуживающего персонала. Если социальное жильё расположено на одной улице, то это значительно облегчает организацию социального обслуживания проживающих и отодвигает срок их перехода в дома-интернаты.

При обслуживании на дому социальный работник активно помогает клиенту самому справиться с физическими, психологическими и социальными ограничениями. В результате такой работы подопечный должен восстановить свою жизнедеятельность у себя дома. С помощью социального работника члены семьи и родственники обучаются приёмам ухода и неотложной помощи.

Обучение социальных работников отделений социальной помощи на дому и отделений срочного социального обслуживания проводится в школах социальных работников центров, а также на специальных курсах ухода за больными.

При подборе социального работника для обслуживания на дому отдают предпочтение тому, кто проживает недалеко от своего клиента. Это значительно уменьшает затраты времени на переезды, позволяет в большей степени сосредоточить усилия социального работника на организации социального обслуживания. Если исполнение служебных обязанностей связано с использованием общественного транспорта, работникам отделения

социального обслуживания на дому выдаются проездные документы или компенсируются расходы по проезду.

Социальным работникам и медицинским сестрам выдаются удостоверения, предоставляющие право на внеочередное обслуживание их предприятиями торговли, общественного питания, связи, аптеками и другие преимущества, устанавливаемые местными органами власти.

Основным документом для учёта и контроля работы социального работника служит дневник посещений клиента. В дневнике отмечается дата визита и содержание проведенной работы. В конце каждого месяца подводится итог социального патронажа в форме рапорта, который является источником информации о различных аспектах состояния клиента. Подопечные при желании могут в этом дневнике письменно поблагодарить социального работника, либо высказать критические замечания или пожелания по улучшению качества работы.

Перечень общедоступных социальных услуг, предоставляемых отделениями социальной помощи на дому

Услуги по организации питания, быта и досуга:

- покупка и доставка на дом продуктов питания, горячих обедов, промышленных товаров первой необходимости;
- содействие в заготовке овощей на зиму;
- доставка воды;
- помощь в растопке печей, содействие в обеспечении топливом (для проживающих в жилых помещениях без центрального отопления и водоснабжения);
- сдача стеклопосуды, вещей в стирку, химчистку, ремонт и обратная их доставка;
- содействие в организации ремонта и уборки жилых помещений;
- внесение платы из средств обслуживаемого лица за пользование жилым помещением и коммунальные услуги;
- содействие в организации предоставления услуг организациями торговли, коммунально-бытового обслуживания, связи и другими организациями, оказывающими услуги населению;
- оказание помощи в написании писем;
- содействие в обеспечении книгами, журналами, газетами;
- содействие в посещении театров, выставок и культурных мероприятий;
- доставка на дом благотворительной и другой помощи.

Социально-реабилитационные услуги:

- помощь в получении талонов на прием к врачу;

- содействие в проведении реабилитационных мероприятий (медицинских, социальных), в том числе для инвалидов на основании индивидуальных программ реабилитации;
- содействие в обеспечении по заключению врачей лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения;
- оказание психологической помощи;
- содействие в госпитализации, при необходимости сопровождение в лечебно-профилактические учреждения;
- посещение в стационарных учреждениях здравоохранения в целях оказания морально-психологической поддержки;
- содействие в получении зубопротезной и протезно-ортопедической помощи, а также в обеспечении техническими средствами ухода и реабилитации.

Консультативно-информационные услуги:

- помощь в оформлении документов;
- помощь и содействие в истребовании необходимых документов для получения предусмотренных законодательством льгот, гарантий и их предоставление в соответствующие органы для рассмотрения;
- предоставление консультаций по вопросам пенсионного обеспечения и предоставления других социальных выплат;
- содействие в получении юридических консультаций;
- содействие в организации ритуальных услуг.

Дополнительные услуги по оказанию специализированной помощи:

- наблюдение за состоянием здоровья;
- оказание первичной медицинской помощи;
- выполнение медицинских процедур (измерение температуры тела, артериального давления, наложение компрессов, перевязка, обработка пролежней, раневых поверхностей, выполнение очистительных клизм), внутримышечных и подкожных инъекций по назначению лечащего врача;
- оказание санитарно-гигиенических услуг (обтирание, обмывание, гигиенические ванны, стрижка ногтей, причесывание, смена белья);
- забор материалов для проведения лабораторных исследований (при наличии направления от лечащего врача);
- кормление ослабленных больных и при необходимости организация горячего питания на дому;

- уборка жилых помещений;
- проведение санитарно-просветительной работы.

Работа по обслуживанию граждан, утративших способность к самообслуживанию, осуществляется при поддержке территориальных учреждений здравоохранения и Службы милосердия Общества Красного Креста. Социальные работники, оказывающие специализированную помощь, взаимодействуют с медсестрой социального отделения ТЦСОН.

В свою очередь медицинская сестра социального отделения прикреплена к территориальному учреждению здравоохранения.

Для оказания первой медицинской помощи социальное отделение должно располагать минимальным набором лекарственных препаратов (за исключением наркотических и сильнодействующих) и перевязочных средств.

Выполнение медицинскими сестрами плановых медицинских назначений обслуживаемым лицам производится только по назначению лечащего (участкового) врача.

Медицинские сестры могут оказывать платные услуги гражданам, утратившим способность к самообслуживанию и проживающим в семье. Услуги включают помощь в удовлетворении повседневных жизненных потребностей, основные гигиенические процедуры, предписанный доктором уход и по мере возможности также обеспечение контактов с окружающими.

В зависимости от социального и материального положения обслуживаемого лица социальные услуги могут оказываться бесплатно, на условиях частичной либо полной оплаты.

При социальном обслуживании и (или) предоставлении социальных услуг на условиях частичной либо полной оплаты государственное учреждение социального обслуживания заключает с нетрудоспособным гражданином или с его законным представителем (семьей) договор, определяющий объем социального обслуживания и виды предоставляемых услуг, сроки, в которые они должны быть предоставлены, порядок и размер их оплаты, а также ответственность сторон.

Заключение, изменение условий и расторжение договора осуществляются в соответствии с законодательством.

Размер оплаты за социальное обслуживание отделением социальной помощи на дому пересматривается:

- ежегодно в феврале на основании среднедушевого дохода нетрудоспособного гражданина (семьи), исчисленного по фактически полученным в декабре предшествующего года доходам, и бюджета прожиточного минимума в среднем на душу

населения, утвержденного в ценах декабря предшествующего года;

- при изменении состава семьи нетрудоспособных граждан (семей);
- при изменении облисполкомами и Минским горисполкомом цен (тарифов - стоимости нормо-часа) на социальное обслуживание и социальные услуги.

Размер оплаты за социальное обслуживание пересчитывается с месяца, следующего за месяцем, в котором наступили соответствующие обстоятельства.

Если при социальном обслуживании отделением социальной помощи на дому нетрудоспособных граждан (семей) посещения составили менее установленного норматива в месяц, плата взимается пропорционально количеству посещений социальным работником нетрудоспособных граждан (семей).

Более половины всех получателей услуг, а это пожилые люди и инвалиды, находятся на бесплатном обслуживании. *Бесплатные социальные услуги* — услуги, предоставление которых гарантируется государством за счет финансирования из республиканского и местных бюджетов, а также государственных внебюджетных страховых фондов и которые доступны для всех по возможности приобретения и пользования.

Социальные услуги, предусмотренные специальным перечнем, предоставляются бесплатно:

- малообеспеченным одиноким гражданам;
- малообеспеченным одиноко проживающим гражданам (семьям), не имеющим на территории Республики Беларусь трудоспособных лиц, обязанных по закону их содержать;
- семьям в случае рождения в семье тройни и более детей до достижения детьми двухлетнего возраста.

Кроме того, согласно действующему законодательству местным исполнительным и распорядительным органам предоставлено право принимать решение о бесплатном надомном обслуживании отдельных граждан в порядке исключения.

Социальные услуги, не предусмотренные *специальным перечнем*, предоставляются нетрудоспособным гражданам (семьям) на условиях полной оплаты.

Тема 6. СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОМА-ИНТЕРНАТА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ ИНВАЛИДОВ И ДЛЯ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ

Стационарное обслуживание осуществляется в домах-интернатах для инвалидов общего типа, психоневрологических интернатах, специальных домах-интернатах.

Все они являются учреждениями медико-социального обслуживания системы Министерства труда и социальной защиты и создаются, реорганизируются и по решению облисполкомов.

Контроль за качеством медицинского обслуживания инвалидов, проживающих в учреждениях социальной защиты населения, соблюдением в них санитарно-противоэпидемического режима и оказание специализированной медицинской помощи осуществляют органы здравоохранения. Бытовое обслуживание инвалидов в стационарах включает наряду с представлением им благоустроенного жилья с мебелью и инвентарем, постельных принадлежностей, одежды и обуви, организацию рационального и диетического питания с учетом состояния здоровья, создание благоприятного микроклимата, проведение культурно-массовой работы. В стационарных учреждениях осуществляются диспансеризация инвалидов, проведение эпидемических мероприятий, лечение, организация консультативной медицинской помощи специалистов, реабилитационные мероприятия медицинского, социального и лечебно-трудового характера. Нуждающиеся инвалиды обеспечиваются слуховыми аппаратами, очками, протезно-ортопедическими изделиями, а также немоторными средствами передвижения.

1. Дом-интернат для престарелых и инвалидов общего типа является медико-социальным учреждением, предназначенным для постоянного и временного проживания на полном государственном обеспечении либо за плату одиноких престарелых и инвалидов, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании. В зависимости от контингента проживающих дома-интернаты общего типа могут подразделяться на:

- дома-интернаты для престарелых и инвалидов;
- дома-интернаты для инвалидов в возрасте от 18 до 40 лет.

В дома-интернаты общего типа принимаются инвалиды старше 18 лет I и II группы, а в дом-интернат для инвалидов - только инвалиды I и II групп в возрасте 18-40 лет, не имеющих трудоспособных родственников, обязанных содержать их, либо чьи родственники проживают за пределами РБ. Неполное государственное обеспечение включает все бесплатные виды обслуживания, за исключением одежды и обуви.

Прием в дом-интернат производится по путевке областных отделов, управлений, Минского городского управления социальной защиты, выдаваемой в соответствии с Инструкцией о медицинских показаниях и противопоказаниях к приему в дома-интернаты, и на основании заявления о приеме в дом-интернат, медицинской карты, оформляемых районным (городским) отделом социальной защиты и лечебно-профилактическим учреждением, справки МРЭК.

При наличии свободных мест в дома-интернаты престарелые и инвалиды могут приниматься на временное проживание сроком от 2 до 6 месяцев на общих основаниях. В доме-интернате могут открываться отделения дневного, недельного содержания, платные отделения.

Выписка инвалидов из дома-интерната производится с разрешения областных отделов, управлений, Минского городского управления социальной защиты при наличии жилплощади, средств к существованию и возможности самообслуживания или при наличии родственников которые могут его содержать и обеспечить необходимый уход за ним, в следующих случаях:

- по личному заявлению инвалида;
- если при очередном переосвидетельствовании инвалиду I и II группы устанавливается III группа инвалидности;
- за систематическое нарушение правил внутреннего распорядка, грубое нарушение общественного порядка, привлечение к административной ответственности проживающие отчисляются из дома-интерната независимо от наличия жилплощади и средств к существованию.

2. *Стационарное социальное обслуживание*, нуждающихся в уходе по состоянию здоровья, а также бытовом обслуживании и медицинской помощи осуществляется Республиканским интернатом ветеранов войны и труда, который создается, реорганизуется и ликвидируется Советом Министров Республики Беларусь. В интернат ветеранов войны и труда, среди отдельных категорий лиц, принимаются:

- инвалиды ВОВ;
- инвалиды Советской армии I и II группы;
- инвалиды I и II группы, инвалидность которых связана с катастрофой на ЧАЭС.

В интернат на полное государственное обеспечение принимаются инвалиды I и II группы, которым пребывание в интернате не противопоказано в соответствии с Инструкцией "Медицинские показания и противопоказания к приему в дом-интернат" и не имеющие трудоспособных родственников.

Прием в интернат ветеранов войны и труда производится по путевкам Министерства социального обеспечения, которые выдаются на основании следующих документов:

- заявление о приеме в интернат;
- едической карты;
- акта обследования материально-бытового положения;
- ходатайства отдела социального обеспечения райисполкома;
- справки о размере получаемой пенсии.

При выписке из интерната инвалиду выдаются закрепленные за ним одежда, белье и обувь по сезону, личные вещи и ценности, а также справка с указанием времени пребывания в интернате.

3. *Психоневрологический интернат* является медико-социальным учреждением, предназначенным для постоянного, временного (2-6 месяцев) и пятидневного в неделю проживания инвалидов, страдающих хроническими психическими заболеваниями, признанных в установленном порядке недееспособными и нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании.

Прием в психоневрологический интернат производится по путевкам областных отделов и управления социальной защиты г. Минска, выдаваемых на основании заявления самого гражданина либо его родственников или решения органа опеки и попечительства.

Администрация психоневрологического интерната обязана не реже одного раза в год проводить комиссионное освидетельствование лиц, проживающих в них, с целью решения вопроса о дальнейшем содержании в этом учреждении, а также о возможности пересмотра решения об их недееспособности.

Лица, проживающие в психоневрологическом интернате, имеют право:

- обращаться непосредственно к директору, заведующему медицинской частью или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования и охраны своих прав;
- подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, а также обращаться в общественные организации инвалидов, встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;
- отправлять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны;
- выписывать газеты и журналы;
- получать наравне с другими гражданами вознаграждения за участие в производительном труде в соответствии с его количеством и качеством.

Проживающие в психоневрологическом интернате имеют также следующие права, которые по рекомендации лечащего врача могут быть ограничены в интересах здоровья или безопасности самого проживающего и окружающих лиц:

- вести переписку без цензуры;
- получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;
- пользоваться телефоном;
- принимать посетителей;
- иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой, принадлежащими им радиобытовыми приборами, телевизором, музыкальными инструментами, книгами, настольными играми.

Временное выбытие психоневрологического интерната инвалидов может быть разрешено с учетом заключения врача о возможности выезда при наличии письменного обязательства родственников или других лиц об обеспечении ухода за больными и с согласования директора на срок не более 3 месяцев в году в общей сложности.

Выписка из психоневрологического интерната производится:

- по личному заявлению лица при наличии заключения врачебной комиссии;
- по заявлению членов семьи, других родственников, обязующихся осуществлять уход за лицом, признанным в установленном порядке недееспособным, при наличии у них соответствующих нормативов жилой площади.

4. Специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов

является медико-социальным учреждением, предназначенным для постоянного проживания потерявших социальные связи инвалидов I и II группы, престарелых граждан из числа освобожденных из мест лишения свободы, а также направляемых из приемников-распределителей лиц из числа указанных инвалидов и престарелых, ранее судимых или неоднократно привлекавшихся к административной ответственности за нарушение общественного порядка, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании, систематическом и воспитательном воздействии.

Направление этих инвалидов в специальный дом-интернат производится с их согласия на основании заключения медицинской комиссии о том, что они нуждаются в постороннем уходе. В специальный дом-интернат могут направляться лица, проживающие в домах-интернатах для инвалидов общего типа, нарушающие общественный порядок.

Прием в специальный дом-интернат производится по путевке, выдаваемой управлением социальной защиты облисполкомов и Минского

горисполкома, в ведении которых находится этот дом-интернат, на основании представления местных и распорядительных органов.

Выписка инвалида из специального дома-интерната производится по его заявлению с разрешения управления социальной защиты, в ведении которого находится дом-интернат, а также в случае установления инвалиду I и II группы - III группы. Местные исполнительные и распорядительные органы принимают меры по трудоустройству и обеспечением жильем инвалидов, которым установлена III группа.

2.РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

Вопросы к экзамену

1. Конвенция о правах инвалидов, принятой ООН 13.12.2006 и Конституция Республики Беларусь.
2. Исторические этапы формирования Конвенции о правах инвалидов.
3. Законы, касающиеся социальной защиты инвалидов и создания реабилитологии в Республике Беларусь.
4. Особенности и источники опыта развития медико-социальных и реабилитационных технологий в Беларуси.
5. Основные направления реабилитации инвалидов в Республике Беларусь.
6. Международная классификация ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.
7. Закон Республики Беларусь «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь»:
8. Различие в методах воздействия на человека традиционной и социальной медицины.
9. Решение проблемы инвалидности в рамках социальных проблем человека в странах Запада и Республики Беларусь.
10. Ограничение жизнедеятельности как результат несоответствия физических возможностей человека архитектурно-пространственным параметрам его окружения.
11. Функциональная и архитектурно-пространственная организация центров реабилитации инвалидов.
12. Требования к функциональному зонированию и архитектурным решениям при организации реабилитации в условиях стационарных реабилитационных центров.
13. Необходимые условия для активизации реабилитанта, включения его в процесс самореабилитации через оборудование коммуникационных пространств.

14. Требования к функционально-планировочной структуре амбулаторных реабилитационных центров.
 15. Сущность социальных ограничений и барьеров, которые воздвигает перед человеком инвалидность.
 16. Сущность медицинской модели инвалидности.
 17. Сущность социальной модели инвалидности.
 18. Сущность политико-правовой модели инвалидности.
 19. Понятие «реабилитационный потенциал» организма.
 20. Понятие «реабилитационный потенциал» личности.
 21. Понятие «реабилитационный потенциал» общества.
 22. Задачи социальной адаптации и реабилитации инвалидов на дому.
 23. Организация социальной адаптации и реабилитации инвалидов на дому.
 24. Практика проживания и социального обслуживания инвалидов в социальном жилье.
 25. Обучение социальных работников отделений социальной помощи на дому.
 26. Перечень общедоступных социальных услуг, предоставляемых отделениями социальной помощи на дому.
 27. Задачи социальной адаптации и реабилитации инвалидов в доме-интернате.
 28. Организация социальной адаптации и реабилитации инвалидов в домах-интернатах для инвалидов общего типа.
 29. Организация социальной адаптации и реабилитации инвалидов в психоневрологических домах-интернатах.
- Организация социальной адаптации и реабилитации инвалидов в специальных домах-интернатах.

3. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

Тема 1. ИСТОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ РЕАБИТОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Конвенция о правах инвалидов, принятой ООН 13.12.2006 и Конституция Республики Беларусь.

Исторические этапы формирования Конвенции о правах инвалидов.

Законы, касающиеся социальной защиты инвалидов и создания реабилитологии в Республике Беларусь.

Особенности и источники опыта развития медико-социальных и реабилитационных технологий в Беларуси.

Основные направления реабилитации инвалидов в Республике Беларусь.

Тема 2. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТАНОВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Международная классификация ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Закон Республики Беларусь «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь»:

Различие в методах воздействия на человека традиционной и социальной медицины.

Решение проблемы инвалидности в рамках социальных проблем человека в странах Запада и Республики Беларусь.

Тема 3. ПРОБЛЕМЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И АРХИТЕКТУРНО - ПЛАНИРОВОЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОСТРАНСТВ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ

Ограничение жизнедеятельности как результат несоответствия физических возможностей человека архитектурно-пространственным параметрам его окружения.

Функциональная и архитектурно-пространственная организация центров реабилитации инвалидов.

Требования к функциональному зонированию и архитектурным решениям при организации реабилитации в условиях стационарных реабилитационных центров.

Необходимые условия для активизации реабилитанта, включения его в процесс самореабилитации через оборудование коммуникационных пространств.

Требования к функционально-планировочной структуре амбулаторных реабилитационных центров.

Тема 4. ИНТЕГРАТИВНЫЙ МНОГОУРОВНЕВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ СОЦИАЛЬНЫХ ОГРАНИЧЕНИЙ, МОДЕЛИ ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА

Сущность социальных ограничений и барьеров, которые воздвигает перед человеком инвалидность

Сущность медицинской модели инвалидности.

Сущность социальной модели инвалидности.

Сущность политико-правовой модели инвалидности.

Понятие «реабилитационный потенциал» организма.

Понятие «реабилитационный потенциал» личности.

Понятие «реабилитационный потенциал» общества.

Тема 5. СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Задачи социальной адаптации и реабилитации инвалидов на дому.

Организация социальной адаптации и реабилитации инвалидов на дому.

Практика проживания и социального обслуживания инвалидов в социальном жилье.

Обучение социальных работников отделений социальной помощи на дому.

Перечень общедоступных социальных услуг, предоставляемых отделениями социальной помощи на дому.

Тема 6. СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОМА-ИНТЕРНАТА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ ИНВАЛИДОВ И ДЛЯ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ

Задачи социальной адаптации и реабилитации инвалидов в доме-интернате.

Организация социальной адаптации и реабилитации инвалидов в домах-интернатах для инвалидов общего типа.

Организация социальной адаптации и реабилитации инвалидов в психоневрологических домах-интернатах.

Организация социальной адаптации и реабилитации инвалидов в специальных домах-интернатах.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

Номер раздела, темы	Название раздела, темы	Количество аудиторных часов					Количество часов УСР	Форма контроля знаний
		Лекции	Практические	Семинарские занятия	Лабораторные занятия	Иное		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	История формирования реабилитологии в Республике Беларусь	2						Собеседование
2	Актуальные вопросы становления социальной и профессиональной реабилитации лиц с ограниченными возможностями	2						Собеседование
3	Проблемы функциональной и архитектурно-планировочной организации реабилитационных пространств для инвалидов	2						Собеседование
4	Интеграционный многоуровневый подход к оценке социальных ограничений, модели инвалидности и реабилитационного потенциала	2						Собеседование
5	Социальная адаптация и реабилитация инвалидов в деятельности отделения социальной помощи на дому территориального центра социального обслуживания населения	2						Собеседование
6	Социальная адаптация и реабилитация в деятельности дома-интерната для взрослых инвалидов и для детей-инвалидов	2						Собеседование
	Всего	12						

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

Основная литература

1. Бронников, В.А, Надымова, М.С. Современные основы социальной и психологической реабилитации в учреждениях социального обслуживания / Бронников, В.А, Надымова, М.С. //Социальное обслуживание. - 2009. - №2. -С.5-34.
2. Васильева, Л. П. Профессиональная реабилитация: профориентация и отбор на профессиональное обучение лиц с ограниченными возможностями / Л. П. Васильева, К. Э. Зборовский. – Минск : ГИУСТБГУ, 2012. – 124 с.
3. Зборовский, К.Э. Технология исследования социального статуса человека с ограничениями жизнедеятельности вследствие дефектов здоровья и социальный диагноз /К.Э.Зборовский //Социальная работа . - 2008. - №4. -С. 10-14.
4. Зборовский, Э.И., Зборовский, К.Э. Формирование реабилитологии в Республике Беларусь /Зборовский , Э.И., К.Э.Зборовский //Здравоохранение . - 2017. - №10. -С. 44-54.
5. Конвенция о правах инвалидов: Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей ООН, А/RES/61/106.
6. Лазовская, Н.А. Универсальный дизайн открытых пространств, зданий и сооружений /Н.А. Лазовская. — Минск : Ковчег, 2016. — 144 с . : ил
7. Профессиональная реабилитация – социальная защита лиц с ограниченными возможностями: материалы Междунар. науч.-практ. семинара, 28-29 окт. 2003 г., Минск / редкол.: Э.И. Зборовский [и др.]. – Мн.: ГИУСТ БГУ, 2006. – 200 с.
8. О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов: Закон Респ. Беларусь, 23 июля 2008г., №422 -3// Национальный реестр правовых актов Респ. Беларусь. - 2008. - №184. - 2/1519.
9. О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь: Закон Респ. Беларусь, 11 нояб. 1991 г., № 1224-ХП с изм. и доп. по сост. на 17 июля 2009г. //Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь.- 2000. -№69. - 2/193; 2009. -№173. - 2/1600. // Ведамасц Вярхоунага Савета Рэсп. Беларусь. - 1991. -№34 (611).-2/304.
10. Постановление совета министров Республики Беларусь 11 декабря 2007 г. № 1722 «О Государственном реестре (перечне) технических

средств социальной реабилитации и порядке обеспечения ими отдельных категорий граждан».

11. Смычек В. Б. Реабилитация больных и инвалидов / В. Б. Смычек. — М.: Мед. лит., 2009.— 560 с.

Дополнительная литература

1. Дроздовский, С.Е. Руководство по мониторингу объектов, зданий и сооружений для людей с инвалидностью / С.Е. Дроздовский, Е.М. Шевко ; под общ. ред. Г.Н. Крот. – Минск : А.А. Згировский, 2013. – 32 с.
2. Лазовская Н.А., Зборовский К.Э., Дроздовский С.Е. Социальные, правовые, архитектурные аспекты всеобщей среды // Социальная работа: теория, подготовка кадров, практика: Материалы Международной научно-практич. конф. г. Минск, 2–3 ноября 2006. Мн.: ГИУСТ БГУ, 2007. С. 57–60.
3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева : ВОЗ, 2001. – 342 с.
4. Смычек, В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б. Смычек, Г.Я.Хулуп., В.К.Милькаманович. - Минск: Юнипак, 2005. - 420 с.
5. Специальные здания для физически ослабленных лиц. Общие положения по проектированию = Спецыяльныя будынкi для фізічна аслабленых асоб. Асноўныя палажэнні па праэктаванню : ТКП 45-3.02–187–2010. – Введ. 01.11.10. – Минск : Минстройархитектуры Респ. Беларусь, 2010. – 56 с.
6. Среда обитания для физически ослабленных лиц. Основные положения = Асяроддзе пражывання для фізічна аслабленых асоб. Асноўныя палажэнні : СТБ 2030–2010. – Введ. 01.08.10. – Минск : Минстройархитектуры Респ. Беларусь, 2010. – 32 с.