

**Белорусский государственный университет**

**Факультет философии и социальных наук**

Кафедра социальной работы и реабилитологии

**КУРС ЛЕКЦИЙ  
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И СОХРАНЕНИЕ ТРУДОВЫХ  
РЕСУРСОВ**

**1-86 81 01 Реабилитология**

Автор: Вальчук Э.Э., кандидат медицинских наук, доцент

Одобрено и рекомендовано заседанием кафедры социальной работы и реабилитологии ФФСН БГУ, протокол № 5 от 27 декабря 2018 г.

Минск, 2018

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Пояснительная записка .....</b>	<b>ОШИБКА! ЗАКЛАДКА НЕ ОПРЕДЕЛЕНА.4</b>
<b>1. Теоретический раздел.....</b>	<b>6</b>
тезисы лекций по дисциплине «дифференциальная психология».....	<b>Ошибка!</b>
<b>Закладка не определена.6</b>	
<b>Тема 1.</b> общественное здоровье и общественное здравоохранение. инвалидность: медицинский, гуманитарный, социально-экономический аспект. ....	<b>ОШИБКА! ЗАКЛАДКА НЕ ОПРЕДЕЛЕНА.6</b>
<b>Тема 2.</b> декларация, правила, конвенция оон о правах инвалидов	<b>10</b>
<b>Тема 3.</b> стратегия профилактики инвалидности и сохранение трудовых ресурсов в законах и госпрограммах рб по проблеме.	
<b>Ошибка! Закладка не определена.16</b>	
<b>Тема 4.</b> приоритет реабилитации перед пенсией в системе сохранения трудовых ресурсов, социальная реабилитация, принцип равных социальных прав и возможностей.....	<b>ОШИБКА! ЗАКЛАДКА НЕ ОПРЕДЕЛЕНА.19</b>
<b>2. Вспомогательный раздел.....</b>	<b><u>25</u></b>
<b>Список рекомендуемых источников .....</b>	<b><u>25</u></b>

## ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

**Цель учебной дисциплины** «Общественное здоровье и сохранение трудовых ресурсов» -- подготовка магистра в области реабилитологии к реализации технологий профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов, как науки о социальной защите личности в условиях повышенного риска ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. Правовой статус нередко лишает его возможностей функционирования в обществе в рамках общепринятых принципов **биоэтики**: автономия личности, благодеяние, справедливость.

Указанные принципы удастся реализовать в рамках технологий достижения общественного здоровья; общественного здравоохранения; этических ценностей социальной работы: достоинство человека; свобода выбора; социальная справедливость; условия самореализации личности (профессиональные, семейные, творческие); условия реализации права на здоровье; условия реализации права на жизнь.

Эти ценности положены в основу специальности «социальная работа» (по направлениям). Социальная работа это профессиональная деятельность по социальному обслуживанию и социальной защите отдельных людей и социальных групп населения, страдающих социальной недостаточностью или повышенным риском таковой, посредством мер профилактики ограничений жизнедеятельности личности в социальной среде; реабилитации и ресоциализации, социальной помощи и поддержки.

**Задачи дисциплины:** Усвоить современную концепцию последствий болезней, характеристику основных критериев ограничений жизнедеятельности, приводящих к социальной недостаточности. Сформировать представление о современных подходах к оценке ограничений жизнедеятельности. Ознакомиться с методами исследования, используемыми в медико-социальной экспертизе и реабилитации.

Данная учебная дисциплина предусматривает усвоение основных положений государственной политики РБ, направленных на достижение целей усилий по профилактике инвалидности и сохранению трудовых ресурсов, изложенных в материалах и документах: Законов РБ по проблеме инвалидности и реабилитации инвалидов; Госпрограммы РБ по реализации указанных законов; Конвенции о правах инвалидов, 2006г., ратифицированной в РБ в 2016г и др.

**Связи с другими учебными дисциплинами.** Знания, полученные магистрами при изучении дисциплины «Общественное здоровье и сохранение трудовых ресурсов» могут быть использовано содержание дисциплин: " Социальной-медициной" и "Введение в специальность".

Дисциплина является государственным компонентом и относится к циклу специальной подготовки .

### **Требования к компетенциям магистра-реабилитолога по курсу «Общественное здоровье и сохранение трудовых ресурсов»**

**Академические.** Владеть историей, теорией, организационными навыками в рамках рассматриваемого курса в целях: обобщения результатов и социально-экономической эффективности профилактических программ; реабилитационной деятельности реабилитационных учреждений; формулирования более эффективных предложений и обучения новым технологиям подотчетного персонала; повышения собственной квалификации в системе сохранения трудовых ресурсов через меры профилактики инвалидности.

**Социально-профессиональные.** Уметь разрабатывать и формировать профилактические программы, оценивать эффективность работы социально-реабилитационных учреждений, быть способным реформировать таковые на необходимость достижения более высоких конечных результатов в плане сохранения трудовых ресурсов и реализации принципа приоритета реабилитации перед пенсией, этических принципов социальной защиты личности – принцип нищего, принцип барина, принцип равного.

**Социально-личностные.** Быть способным к совершенствованию личностных духовно-нравственных качеств, способствующих успешному решению реабилитационных проблем с эмоционально-позитивными последствиями, как для клиента, так и для себя, что является важным условием предупреждения эмоционального выгорания, предупреждения стрессов и депрессивных состояний, а в итоге охраняет специалиста от наиболее распространенных хронических болезней цивилизации.

**Общее количество часов:16**

**Количество аудиторных часов:**

- 8 часов для магистрантов заочной формы получения образования.

**Форма получения высшего образования второй ступени:**

- заочная

**Распределение аудиторного времени по видам занятий, курсам и семестрам:**

Форма обучения	Курс, семестр	Лекции (к-во час.)	Практические занятия (к-во час.)	Самостоятельная работа (к-во час.)
Заочная	1 курс 1 семестр	6	2	
Заочная	1 курс 2 семестр	6	2	

Курс лекций состоит из теоретического раздела и вспомогательного раздела.

## 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

### Тезисы лекций по дисциплине **ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И СОХРАНЕНИЕ ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ**

#### **Тема 1. Общественное здоровье и общественное здравоохранение. Инвалидность: медицинский, гуманитарный, социально-экономический аспект.**

Рост интереса к реабилитации как одному из аспектов медицинской и социальной деятельности в начале XXI века обусловлен многими факторами, ведущее значение среди которых имеют интенсификация темпов научно-технической революции, сопровождающихся дифференциацией трудовых процессов, возможностью выполнения части из них с ограниченным приложением человеческих усилий; большая ценность квалифицированных кадров из-за длительности и дороговизны их подготовки; изменение в демографической структуре общества (рост удельного веса лиц пожилого и старческого возраста); изменение в состоянии здоровья населения (рост хронических заболеваний, сопровождающихся ограничением жизнедеятельности); изменения условий жизни (урбанизация, частые поездки в транспорте, большая занятость в сфере производства, малочисленные семьи и др.), предъявляющие высокие требования к уровню само- и взаимообслуживания.

Методологической основой реабилитологии – науки о фундаментальных и прикладных аспектах реабилитации (медицинской, медико-профессиональной, профессиональной и социальной) является учение о саногенезе, о механизмах и закономерностях процессов повреждения и восстановления, о реакциях срочной и долговременной компенсации на всех интегративных уровнях организации, включая межличностный и социальный. Использование выявленных биологических закономерностей восстановления нарушенных функций позволяет обосновать конкретные сроки и кратность проведения реабилитационных мероприятий, виды, объемы и интенсивность реабилитационных методик и процедур, факторы прогноза успешности и неэффективности медицинской реабилитации. Использование такого подхода позволяет достичь ощутимого медицинского, социального, экономического эффекта.

Данные научных исследований и практический опыт доказывают, что ранняя и полноценная реабилитация при острых инвалидизирующих заболеваниях (при сохранении функциональных резервов для восстановления нарушенных функций) позволяет оптимизировать сроки временной нетрудоспособности, преодолеть инвалидность или снизить ее тяжесть, а своевременное начало и методичное проведение реабилитации у больных с хроническими инвалидизирующими заболеваниями позволяет отсрочить наступление инвалидности либо избежать ее вовсе, а также снизить частоту и

продолжительность каждого случая временной нетрудоспособности. В ситуациях, когда наступление инвалидности неизбежно, а медицинские меры мало эффективны, реабилитационные мероприятия на профессиональном и социальном уровне позволяют улучшить качество жизни инвалида, повысить степень его социальной адаптации (средства компенсации дефекта, технические средства, профконсультирование, профподбор, пенсионирование, патронаж).

Спектр вопросов, изучаемых реабилитологией, достаточно широк. К компетенции данной науки можно отнести как фундаментальные аспекты учения о болезни, рассматривающие причины, механизмы и условия возникновения длительных (стойких) и трудно преодолимых морфофункциональных нарушений на органном, тканевом, организменном уровнях, так и социальные аспекты, в частности вопросы адаптации лиц с ограниченными возможностями в семье и обществе, в профессиональной среде.

К более развернутому перечню, рассматриваемых вопросов, могут быть отнесены следующие:

- вопросы этиологии, патогенеза, эпидемиологии и профилактики инвалидизирующих заболеваний (то есть острых и хронических форм патологии, врожденных дефектов, ведущих к стойкому и выраженному нарушению или утрате функции, к ограничению критериев жизнедеятельности);

- вопросы диагностики и количественной оценки функциональных возможностей отдельных систем и организма в целом, физического развития, физической работоспособности, диагностические и прогностические критерии оценки тяжести преходящих и стойких морфофункциональных нарушений, приводящих к возникновению ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности;

- механизмы саногенеза, то есть восстановления и компенсации нарушенных функций, сохранения и реализации функциональных резервов, особенности компенсации нарушенных функций и адаптации к условиям окружающей среды у больных и инвалидов с различной степенью выраженности ограничений жизнедеятельности при различных формах патологии;

- нейрофизиологические и психофизиологические механизмы, лежащие в основе патогенетических и саногенетических реакций при инвалидизирующих заболеваниях;

- психологические аспекты восстановительного лечения больных и инвалидов, в частности вопросы взаимосвязи психических и соматических процессов при возникновении и развитии инвалидизирующих заболеваний, в период адаптации инвалидов и больных к факторам окружающей среды, включая социальное микроокружение;

- вопросы психодиагностики при инвалидизирующих формах патологии, особенности формирования адекватных личностных установок в процессе реабилитации, влияние мотивационных установок на процессы саногенеза;

- разработка научно-обоснованных и эффективных методов

психологической коррекции и психотерапии, воспитания, обучения, профессионального консультирования и профессионального отбора людей, имеющих психологическое и психическое нарушения и нуждающихся в реабилитационных мероприятиях;

- вопросы реабилитации (абилитации) в педиатрии (больные дети и дети-инвалиды, дети с особенностями психофизического развития), физиологические, психофизиологические и другие аспекты абилитации (реабилитации) больных детей, детей-инвалидов и детей с особенностями психофизического развития, изучение особенностей и закономерностей саногенетических механизмов в детском возрасте;

- профилактика врожденных пороков развития и генетических заболеваний, приводящих к инвалидизации, медико-биологические и социальные аспекты профилактики травматизма и инвалидности;

- разработка физиологических и психофизиологических аспектов профориентации лиц с особенностями психофизиологического развития и инвалидов, находящихся на различных возрастных этапах;

- разработка и обоснование физиологических и психофизиологических методов активного и целенаправленного формирования профпригодности больных и инвалидов и многие другие вопросы, когда аспекты лечения и реабилитации тесно переплетаются.

Важнейшим достижением каждого государства является здоровье его граждан. Этот основополагающий, непреходящий принцип приобретает особую значимость в наши дни, когда низкая рождаемость и продолжительность жизни, высокая смертность и как следствие уменьшение числа жителей приводит к сложной демографической ситуации во многих странах мира. В связи с этим одной из важнейших задач современного общества является сохранение и укрепление здоровья народа, снижение уровня первичного выхода на инвалидность и тяжести инвалидности, государственная поддержка и социальная защита инвалидов. А ведь сохранению и восстановлению здоровья способствует наряду с соответствующими политическими, экономическими, социальными, правовыми и другими условиями использование передовых идей и практики медицины в целом и реабилитации в частности.

На современном этапе развития общества задачей реабилитации является не только возможно быстрое и полное восстановление здоровья после перенесенных заболеваний, ранений, травм, но и ресоциализация человека - уменьшение или устранение имеющихся ограничений жизнедеятельности, возвращение его к труду, в семью, в общество. Реабилитация призвана вернуть человека в состояние максимально полного физического, духовного и социального благополучия, позволяющего эффективно участвовать в общественно полезном труде, способствовать процветанию своей страны.

Следует согласиться с мнением современных ученых - реабилитологов, что реабилитация – это общественно-необходимое функциональное и социально-трудовое восстановление больных и инвалидов, осуществляемое комплексным применением государственных, общественных, медицинских,

психологических, педагогических, профессиональных, юридических и других мероприятий, с помощью которых можно вернуть пострадавших к обычной жизни и работе, соответствующим их состоянию.

Система реабилитации весьма сложна и многообразна в своем проявлении и построена по-разному в различных странах, но основные виды ее одинаковы: это медицинская, профессиональная и социальная реабилитация. Определить кокой из этих видов важнее не возможно. Медицинская реабилитация направлена на максимальное восстановление здоровья и ликвидацию ограничений жизнедеятельности, вызванных заболеванием, травмой или дефектом: Профессиональная реабилитация своей целью ставит возвращение человека к труду в своей или в другой профессии, приспособление рабочего места для нужд больного человека, что также способствует уменьшению ограничений жизнедеятельности. Социальная реабилитация способствует реинтеграции больного в семью, в коллектив, в общество, также устраняя существующие барьеры в жизнедеятельности человека. Таким образом, реабилитация в целом, ее системное проведение, комплексное воздействие и многообразное содержание решает те основные задачи и проблемы человека, которые у него возникали как следствие перенесенного тяжелого заболевания, травмы, увечья, ранения.

К сожалению, контингент лиц, подлежащих реабилитации очень велик, а число так называемых «неполно функционирующих граждан» по данным ЮНЕСКО составляет около десяти процентов от населения нашей планеты. О масштабности и серьезности данной проблемы свидетельствует принятие Генеральной Ассамблеей ООН таких основополагающих документов, как Декларация о правах инвалидов, Декларация о правах умственно отсталых, Всемирная программа действий о правах инвалидов Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов.

Основой политики каждого государства в отношении инвалидов по созданию равных возможностей является их реабилитация, на которой строится обеспечение качества жизни инвалидов. В конечном итоге инвалидность служит интегральным показателем здоровья населения, условий жизни, труда, быта, среды существования.

Сегодня в мире принята новая концепция инвалидности, основанная на трехмерной модели болезни, разработанной ВОЗ: болезнь – нарушение (функций) – ограничение жизнедеятельности – социальная недостаточность. Согласно этой концепции инвалидом может быть признан и трудоспособный человек, имеющий выраженные ограничения в других сферах жизнедеятельности (мобильность, ориентация, общение, способность к обучению и др.), которые приводят к социальной недостаточности. Поэтому реабилитацию нельзя рассматривать в отрыве от медико-социальной экспертизы – как самостоятельной области научных знаний и системы практической деятельности, функционирующей на стыке здравоохранения, социального страхования и социального обеспечения. Тем более, что основой стратегической задачей медико-социальной экспертизы в нашем государстве

является профилактика заболеваемости и инвалидности, укрепление здоровья человека.

## **Тема 2. Декларация, правила, Конвенция ООН о правах инвалидов.**

В 1903 г. Франц Иозеф Раттер фон Бус впервые использует понятие «реабилитация» в книге «Система общего попечительства над бедными», подразумевая при этом благотворительную деятельность. По отношению к лицам с физическими недостатками термин «реабилитация» начал употребляться в 1918 г., когда в Нью-Йорке был организован Институт Красного Креста для инвалидов.

К. Viesalski, начав проводить в 1906 г. в Германии статистику инвалидов и создав их попечение, был пионером реабилитации. Позже, в 1924 г. он говорил о социальном движении, возникшем в системе здравоохранения, целью которого явилось восстановление социальной значимости всех инвалидов, получивших увечье в результате травм наследственных и приобретенных заболеваний, а также других факторов.

Мощным стимулом для развития реабилитации послужила Первая мировая война. Тысячи раненных и искалеченных, воинов получали восстановительное лечение и реконструктивную помощь. Это способствовало росту специалистов-реабилитологов, расширению сети их подготовки как в области физической, так и психологической реабилитации. Вторая мировая война значительно стимулировала развитие различных видов реабилитации: медицинской, психологической, социальной, в том числе профессиональной. В частности, в Великобритании были созданы ортопедические госпитали для лечения инвалидов войны. Особенностью этих учреждений являлось широкое применение трудотерапии, которая носила характер максимальной приближенности к профессиональному труду и проводилась под руководством квалифицированных рабочих, вышедших на пенсию.

Однако, официально понятие «реабилитация» впервые было применено только в 1946 г. в Вашингтоне, во время проведения конгресса по реабилитации. Согласно решения данного конгресса, «сущность реабилитации следует усматривать в восстановлении физических и духовных сил пострадавшего. Последнее условие становится возможным только при создании специальных учреждений, где осуществляется профессиональная адаптация больного».

Таким образом, уже в 1946 г. ученые рассматривали реабилитацию, не только как медицинские восстановительные мероприятия, но и как систему реализации возвращения человека в общество путем профессионального обучения, переобучения, трудоустройства.

В эти же годы во многих европейских странах появились общества реабилитации, объединяющие научных сотрудников и врачей – практиков, занимающихся реабилитацией. В 1959 г. комиссия экспертов по медицинской реабилитации ВОЗ пришла к выводу, что свыше 75% больных с двигательными нарушениями и 25% всех больных с соматическими нарушениями,

находящихся в больницах общего профиля, нуждаются в реабилитации, так как она способствует возвращению их к труду и в общество. То есть для врача реабилитация должна представлять собой распространение его деятельности за пределы терапии. Начиная с 50-х годов, стали выделять чистую терапию (лечение) и реабилитацию – проведение терапии в совокупности с другими реабилитационными методами и средствами, ориентированными на социальное восстановление пациентов.

Бурное развитие реабилитации сопровождалось различным трактованием как самого понятия «реабилитация», так и ее отдельных видов, аспектов и этапов. Так, на международном симпозиуме социалистических стран по реабилитации (г. Балле, 1964г.) под реабилитацией было решено понимать «деятельность коллектива медицинских работников, педагогов, экономистов, руководителей общественных организаций, направленную на восстановление здоровья (в физическом, психическом и социальном смысле) и трудоспособности инвалидов». В то же время по определению Международной организации труда «под реабилитацией следует понимать восстановление здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями с целью достижения максимальной полноценности их с физической, психической, социальной и профессиональной точек зрения». Первое определение довольно расплывчатое, неконкретное, а во втором уже более точно определяется контингент лиц, с которым должна проводиться реабилитация, но не указывается какими методами и средствами. На заседании экспертов по реабилитации Всемирной организации здравоохранения указывалось, что «реабилитация – это комбинируемое и координируемое использование медицинских, социальных, просветительных и профессиональных мер с целью обучения или переучивания инвалидов для достижения ими по возможности наиболее высокого уровня функциональных возможностей».

Уже в начале 60-х годов в научной литературе широко обсуждается цель реабилитации – это возвращение больного или инвалида к труду и пути ее достижения – создание оптимальных условий для активного участия инвалида в жизни общества.

Стремление к обмену опытом, координации и кооперации в области реабилитации привело в 1966 г. к образованию Международного Постоянного комитета экспертов по реабилитации. Комитет решал задачи обмена информацией, совместного проведения рабочих заседаний, подготовкой рекомендаций Министрам здравоохранения в области реабилитации, координации действий в решении международных вопросов.

В ноябре 1967 г. в Праге на IX конференции Министров здравоохранения и социального обеспечения социалистических стран было принято определение реабилитации, давшее дальнейший толчок развитию системы реабилитации и касавшееся взрослых и детей, больных и инвалидов, а также лиц с временной утратой трудоспособности.

Основные решения IX конференции министров здравоохранения:

1. Организация и систематическое углубление тесного сотрудничества государственных и общественных, особенно профсоюзных организаций Международного Красного Креста, организаций инвалидов и хозяйственных организаций для реализации мероприятий, которые обеспечат прогресс в деле реабилитации.

2. Создание в случае необходимости организаций на всех уровнях государственного руководства для координации деятельности всех учреждений, участвующих в процессе реабилитации.

3. Активизация санитарно-просветительной деятельности среди населения путем разъяснения целей и методов реабилитации в прессе, по радио и телевидению.

4. Создание сети учреждений реабилитации в системе здравоохранения, социального обеспечения и народного образования, совокупность которых обеспечит в полной мере необходимую всестороннюю помощь гражданам, нуждающимся в реабилитации. Использование всех учреждений здравоохранения, в том числе и курортов, для целей реабилитации. Создание комплексной системы реабилитации в ее полном объеме не только при повреждениях двигательного аппарата, но и при внутренних и психических заболеваниях.

5. Разработка нормативов потребности населения в стационарных и амбулаторных мероприятиях по реабилитации и уточнение медицинских и социальных критериев оценки трудоспособности больных.

6. Разработка индивидуальной программы реабилитации для каждого гражданина с нарушенным здоровьем и в рамках этой программы не только обеспечение своевременного начала реабилитации, но и ее дальнейшее непрерывное и координированное проведение до успешного завершения, т.е. вплоть до возвращения гражданина к активной производственной и общественной деятельности с максимальной эффективностью.

7. Разработка новых методов исследования, определение научных критериев объективной оценки получаемых с их помощью результатов и внедрение их в практику (необходимо предпринять максимальные усилия для ускорения научных исследований в области медицинской, профессиональной и социальной реабилитации).

8. Реализация разработанной программы реабилитации с помощью коллектива специалистов, которые должны осуществлять координирующую деятельность в отношении отдельных компонентов реабилитации. Решающую роль должен играть врач, хотя его роль на отдельных этапах осуществления программы реабилитации меняется.

9. Целесообразное дифференцирование обучения и подготовки специалистов со средним и высшим образованием, которые принимают участие в рабочем процессе реабилитации. Для ознакомления врачей с принципами реабилитации и обеспечения предварительной подготовки в этой области необходимо включить данную дисциплину в учебную программу высших медицинских учебных заведений и институтов усовершенствования врачей.

Целесообразно также, если это, возможно, организовать кафедру реабилитации при институте усовершенствования врачей.

10. Изучение связи мероприятий в области реабилитации, прежде всего трудотерапии, с критериями, которыми руководствуются при определении пенсии по инвалидности; необходимость проведения мероприятий по реабилитации больного и разработки трудовых рекомендаций при первичном и повторном назначении пенсии по инвалидности.

11. Изучение влияния научно-технического прогресса на возможность вовлечения граждан-инвалидов в трудовой процесс и возможность разработки мероприятий для полного претворения в жизнь этих целей.

Решения Пражской конференции сохраняют свою актуальность до настоящего времени.

В 70-е годы большое внимание вопросам реабилитации уделяет Организация Объединенных наций. Так, в 1975 г. на Генеральной ассамблее ООН была принята резолюция, призывающая государства – члены ООН укреплять веру инвалидов в права человека, в основные свободы и принципы мира, достоинства и ценности человека, в принципы социальной справедливости. Генеральная ассамблея ООН, провозгласила «Декларацию о правах людей с физическими или умственными недостатками» и призвала все страны к соблюдению ее положений, которые являются эталоном в защите прав увечных. Основные положения декларации:

1. Люди с физическими или умственными недостатками – это все те лица, которые на основании врожденного или приобретенного повреждения (физического или умственного) не в состоянии обеспечить себе полностью или частично собственными силами как люди, не имеющие физических или умственных недостатков, соответствующее положение на работе, в профессиональной деятельности и в обществе.

2. Лица с физическими или умственными недостатками должны пользоваться всеми содержащимися в этой декларации правами. Эти права должны предоставляться всем людям с физическими или умственными недостатками без всякого исключения, независимо от расы, цвета, кожи, пола, языка, религии, политических или других взглядов, национального или социального происхождения, независимо от имущественного положения, рождения или прочих обстоятельств как в отношении самого лица с физическими или умственными недостатками, так и в отношении его семьи.

3. Лица с физическими или умственными недостатками имеют неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства, имеют те же основные права, что и другие их сограждане, и, прежде всего право на жизнь, которая должна быть настолько нормальной и наполненной содержанием, насколько это возможно.

4. Лица с физическими или умственными недостатками имеют те же самые гражданские и политические права, что и все другие люди. Статья 7 этой декларации запрещает всякое возможное ограничение или подавление этих прав у лиц с умственными недостатками.

5. Люди с физическими или умственными недостатками имеют право на мероприятия, которые им помогут добиться максимальной самостоятельности.

6. Люди с физическими или умственными недостатками имеют право на медицинское, психологическое и функциональное лечение, включая обеспечение протезами и ортопедию, на медицинскую и социальную реабилитацию, профессиональное обучение, на мероприятия по реабилитации, способствующие профессиональной подготовке, на помощь, консультацию службы, занимающейся трудоустройством, и других служб, которые способствуют максимальному развитию способностей и навыков у лиц с физическими или умственными недостатками и ускоряют процесс их социального вовлечения или восстановления.

7. Люди с физическими или умственными недостатками имеют право на экономические и социальные гарантии и на соответствующий уровень жизни. Они имеют право найти себе рабочее место, соответствующее их навыкам, и сохранить его или возобновить работу и вступить в члены профсоюза.

8. Люди с физическими или умственными недостатками имеют право на то, чтобы их особые потребности учитывались на всех фазах экономического и социального планирования.

9. Люди с физическими или умственными недостатками имеют право жить со своей семьей или приемными родителями и принимать участие во всех сферах социальной и творческой жизни. Ни один человек с физическими или умственными недостатками не должен подвергаться никакому другому лечению, кроме того, которого требует его состояние или которое необходимо для улучшения его здоровья. Если необходимо пребывание человека с физическими или умственными недостатками в специальном учреждении, то окружающая среда и условия жизни там должны в высшей степени соответствовать тому окружению и тем условиям, в которых бы жил человек его возраста, не имеющий физических или умственных недостатков.

10. Люди с физическими или умственными недостатками должны быть защищены от всякого использования их в корыстных целях, от определений и обращений дискриминирующего, оскорбительного и дискредитирующего характера.

11. Люди с физическими или умственными недостатками должны иметь возможность обратиться за квалифицированной юридической помощью, если такая помощь окажется необходимой для защиты их личности или их собственности. Если судебное производство направлено против них, то на процессе следует полностью учитывать их физическое и умственное состояние.

12. По всем вопросам, касающимся прав людей с физическими или умственными недостатками, они могут обращаться к организациям людей с физическими или умственными недостатками.

13. Люди с физическими или умственными недостатками, их семьи и коллективы, в которых они живут, должны быть информированы всеми доступными средствами о правах, содержащихся в этой Декларации.

На 31-м заседании Генеральной ассамблеи ООН было принято решение

объявить 1981 г. «Международным годом инвалидов», а позднее 80-ые годы «Декадой инвалидов».

В 1982 г. ООН была принята Всемирная программа действий в отношении инвалидов, в которой предусматривались следующие направления:

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

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

В 1993 г. Генеральная ассамблея ООН приняла «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов политической и моральной основой которых являлись Международный билль о правах человека, включающий Всеобщую декларацию прав человека, Международный пакет об экономических, социальных и культурных правах, Международный пакет о гражданских и политических правах, Конвенция о правах ребенка, Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, а также Всемирная программа действия в отношении инвалидов.

В 1994 г. была разработана долгосрочная Стратегия осуществления Всемирной программы действий в отношении инвалидов до 2000 г. и далее, которая предусматривала механизм реализации целей отраженных в резолюции «Общество для всех к 2010 г.».

В 1999 г. на Ассамблее Международной реабилитации в Лондоне принята Хартия третьего тысячелетия, отражающая стремление создать «мир с равными возможностями для инвалидов и обеспечить полноценную включенность этой категории населения во все сферы жизни общества».

Таким образом, во всем мире за последние десятилетия произошли существенные изменения в плане подходов к реабилитации больных и инвалидов, создание системы оказания реабилитационной помощи, определения показаний и объемов реабилитационного вмешательства в зависимости от патологии и степени ее выраженности, наличия ограничений жизнедеятельности.

Усилия ученых и специалистов-практиков многих стран в настоящее время направлены на разработку современных программ и протоколов диагностики, лечения и реабилитации, создание новых реабилитационных технологий, с учетом имеющейся материально-технической базы. Это позволит добиться дальнейшей стабилизации уровня заболеваемости, стабилизации уровня временной нетрудоспособности и первичного выхода на инвалидность, достичь устойчивых показателей снижения первичного выхода на инвалидность. Снижение тяжести инвалидности будет достигнуто за счет высоких реабилитационных технологий, своевременности, полноты и преемственности реабилитационной помощи на этапах: медицинская реабилитация - медико-социальная экспертиза, в том числе, экспертиза профессиональной пригодности и профессиональный подбор - рациональное трудоустройство инвалида. Решение социальных аспектов реабилитации позволит добиться в значительной мере максимально полной интеграции инвалидов в общество.

### **Тема 3. Стратегия профилактики инвалидности и сохранение трудовых ресурсов в Законах и госпрограммах РБ по проблеме.**

В Республике Беларусь в 1991 г. был принят «Закон о социальной защите инвалидов в Республике Беларусь», который определил государственную политику в области социальной защиты инвалидов, ввел новое определение инвалидности. Согласно статьи 2 данного Закона «инвалидом является лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите». Следует отметить, что подобный Закон, защищающий права инвалидов, был принят в Республике Беларусь на несколько лет раньше, чем в России. Закон направлен на защиту прав инвалидов, он расширил возможности инвалидов заниматься трудом и ввел реабилитацию инвалида как вид социальной помощи инвалидам и обязанность лечебных и других учреждений оказывать услуги в области реабилитации.

Согласно статьи 13 Закона было введено понятие «индивидуальная программа реабилитации инвалидов». В соответствии с данной статьей «медицинская, профессиональная и социальная реабилитация инвалидов осуществляется в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, определяемой на основе заключения медико-социальной экспертизы государственными органами с участием представителей общественных организаций инвалидов». Индивидуальная программа реабилитации определяет конкретные объемы, виды и сроки проведения реабилитационных мер, виды социальной помощи и является «документом, обязательным для исполнения соответствующими государственными органами, а также предприятиями, учреждениями и организациями независимо от форм собственности и хозяйства».

После принятия «Закона о социальной защите инвалидов» в Беларуси была проведена существенная реорганизация служб врачебно-трудовой

экспертизы и реабилитации. ВТЭ была переименована в медико-социальную экспертизу (МСЭ). Произошло объединение службы МСЭ и реабилитации. Должность заместителя главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности была переименована в «заместителя главного врача по медицинской реабилитации и экспертизе» с расширением их функциональных обязанностей. Врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК) были переданы в систему здравоохранения с последующей реорганизацией в медико-реабилитационные комиссии (МРЭК) с приданием этой службе новых, более широких задач. Новое «Положение о медико-реабилитационных экспертных комиссиях» было утверждено постановлением Совета Министров Республики Беларусь № 801 от 31 декабря 1992 г. Для кадрового обеспечения реорганизованной службы МСЭ и реабилитации в номенклатуру врачебных специальностей были введены новые специальности «врач-эксперт-реабилитолог» и «врач-реабилитолог» и при республиканской аттестационной комиссии создана подкомиссия для аттестации врачей по данным специальностям.

Однако выход «Закона о социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» способствовал резкому увеличению показателей первичного выхода на инвалидность, так как был направлен на защиту только инвалидов, но не больных. Поэтому на МРЭК стали обращаться многие больные (в большинстве своем лица пенсионного возраста) за получением социальных льгот и гарантий, которые могли получить инвалиды.

Следствием данного роста первичной инвалидности стал выход нового Закона «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» утвержденного Постановлением Верховного Совета Республики Беларусь от 17 октября 1994 г.

Этот закон определяет государственную политику Республики Беларусь в области предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов как составной части охраны общественного здоровья в целях гарантий и обеспечения условий для его сохранения, восстановления и компенсации, нарушенных или утраченных способностей инвалидов к общественной, профессиональной и бытовой деятельности в соответствии с их интересами и потенциальными возможностями.

Согласно ст.19 Закона «при возникновении у больных дефекта здоровья в результате заболевания или травмы, в том числе при переходе заболевания в хроническую стадию реабилитационные учреждения составляют индивидуальную программу медицинской реабилитации». Таким образом, в республике получила свое дальнейшее развитие единая служба реабилитации и медико-социальной экспертизы.

Принятие Закона Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (1994г.) ознаменовало собой начало нового этапа в решении проблем, связанных с инвалидностью. Закон направлен на предупреждение инвалидности, на развитие государственных мер по активному

проведению реабилитации, на интеграцию инвалидов в общество путем гарантированной реализации индивидуальной программы реабилитации [24].

Для реализации вышеназванных Законов была разработана структурно-функциональная схема службы реабилитации в Республике Беларусь. Основной целью создания этой службы стало возвращение инвалида к труду, в общество. Все эти предложения нашли реальное отражение в приказе Минздрава Республики Беларусь от 25 января 1993 №13 “О создании системы реабилитации больных и инвалидов в Республике Беларусь”. В соответствии с ним утверждены положения о профильном и специализированном центре медицинской реабилитации; отделениях медицинской реабилитации поликлиники и стационара; заведующем отделения медицинской реабилитации и враче-реабилитологе; отделе, и секторе медико-социальной реабилитации и экспертизы управления здравоохранения облисполкомов; центре медико-профессиональной реабилитации областной больницы; Совете по медицинской и медико-профессиональной реабилитации больных и инвалидов; организации реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях. Было начато формирование единой системы медицинской реабилитации в республике. Следует сказать, что в 2000 г. принята новая редакция «Закона о социальной защите инвалидов в Республике Беларусь», а в 2008 г. принята новая редакция Закона «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» [16]. Кроме того, 20.06.2008г. Принят Закон «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении, [15] в котором говорится, что основными принципами государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения являются:

- создание условий для сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения;

- обеспечение доступности медицинского обслуживания, в том числе лекарственного обеспечения;

- приоритетность мер профилактической направленности;

- приоритетность развития первичной медицинской помощи;

- приоритетность медицинского обслуживания, в том числе лекарственного обеспечения, несовершеннолетних, женщин во время беременности, родов и в восстановительный период после родов, инвалидов в соответствии с законодательством Республики Беларусь;

- обеспечение санитарно-эпидемического благополучия населения и его будущих поколений;

- формирование ответственного отношения населения к сохранению, укреплению и восстановлению собственного здоровья и здоровья окружающих;

- ответственность республиканских органов государственного управления, иных государственных организаций, подчиненных Правительству Республики Беларусь, местных исполнительных и распорядительных органов и других организаций за состоянием здоровья населения;

- ответственность нанимателей за состояние здоровья работников.

Современные направления развития экспертно-реабилитационного направления нашли свое отражение в Государственной программе по предупреждению инвалидности и реабилитации инвалидов на 2006-2010 гг. (Утверждена Постановлением Совета Министров Республики Беларусь 27.09.2006 г. № 1269), Программе развития здравоохранения Республики Беларусь на 2006-2010 гг. (Утверждена Советом Министров Республики Беларусь 31.08.2006 г. № 1116), Национальной программой демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 гг. утвержденной Указом Президента Республики Беларусь №135 от 25.03.2007г.

Эти государственные программы предусматривают решение следующих задач:

реализацию мер по профилактике инвалидности;

развитие и совершенствование структур службы медицинской, профессиональной, трудовой и социальной реабилитации в соответствующих министерствах и других республиканских органах государственного управления;

расширение и укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, социальной защиты, образования, службы занятости и других организаций, занимающихся проблемами предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов;

развитие системы подготовки и переподготовки специалистов по реабилитации;

обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации;

улучшение системы управления службой реабилитации.

Системы реабилитации в разных странах имеют значительные различия и, поэтому поднимаются вопросы о необходимости международного сотрудничества разработки координированной программы реабилитации физически неполноценных лиц.

#### **Тема 4. Приоритет реабилитации перед пенсией в системе сохранения трудовых ресурсов, социальная реабилитация, принцип равных социальных прав и возможностей.**

Социальная реабилитация – это система и процесс восстановления способностей инвалида к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности, или комплекс мер, направленных на восстановление социальных навыков, обеспечивающих функционирование в окружающей среде и относительно независимое существование в быту.

Другими словами социальная реабилитация – это комплекс мероприятий, направленный на максимально возможную интеграцию инвалида в семью, в коллектив, в общество. Каждый человек, имеющий физические, умственные или психические недостатки, приводящие к различной степени выраженности ограничений жизнедеятельности имеет «социальное право» на получение помощи, которая необходима: для предотвращения, устранения, исправления, предупреждения осложнения или смягчения последствий инвалидности, а

также для обеспечения этому лицу места в обществе, в частности в трудовой сфере, соответствующего его индивидуальным наклонностям и способностям.

Среди основных положений, вытекающих из упомянутого «социального права», необходимо выделить следующие:

- задача интеграции инвалидов в общество;
- принцип внепричинности, в соответствии с которым все виды необходимой помощи любому инвалиду или лицу, которому угрожает инвалидность, должны быть оказаны вне зависимости от причины инвалидности;
- принцип вмешательства на возможно ранней стадии, когда в зависимости от возможности и необходимости должны быть приняты все меры для уменьшения масштаба и последствий инвалидности до минимума, а неизбежные последствия компенсированы наиболее эффективным образом.

Цель социального этапа реабилитации – уменьшение степени социальной дезинтеграции инвалидов и повышение уровня социальной адаптации, в основе которой лежит всестороннее развитие личности индивида, способствующее его активному и пассивному приспособлению к условиям социальной среды.

То есть, цель данного этапа реабилитации - восстановление способностей к бытовой, профессиональной, общественной деятельности и устранение препятствий к независимому существованию в быту (семье, жилище), производственной сфере (на рабочем месте, в трудовом коллективе), в условиях окружающей среды (самостоятельность в общественной деятельности, доступность транспорта, информации, общественных инфраструктур).

Формирование нового социального статуса – статуса инвалида происходит во времени, с годами выявляются новые потребности (в общении, обучении, приобретении профессии, выборе места работы и др.). Спонтанное формирование нового социального статуса не всегда адекватно окружающим условиям, социальной среды, которая нередко ставит жесткие условия и предъявляет повышенные требования.

Однако, следует помнить, что даже тяжелые повреждения и последствия болезни в большинстве случаев неодинаково сказываются на всех сферах жизни: у человека с поврежденным здоровьем нарушены лишь определенные функции и поэтому он является «инвалидом» также только по отношению к определенным видам деятельности, а в остальных сферах жизни его функциональные способности сохраняются в полной мере. Поэтому и потребности инвалидов в помощи могут иметь очень большие индивидуальные различия даже при одинаковых дисфункциях организма.

Особые, в зависимости от вида и тяжести инвалидности весьма и весьма различные виды помощи, в которой инвалиды нуждаются для включения в трудовую и социальную сферу жизни общества в целом, как правило, не зависят от предварительно формально установленной инвалидности. Наличие инвалидности как таковой является скорее одним из условий для предоставления помощи. Нередко такая помощь в соответствии с индивидуальными потребностями предоставляется и лицам, которым угрожает

инвалидность и которые – например при оказании содействия в медицинской и профессиональной реабилитации – приравниваются к инвалидам.

Поэтому на любом этапе формирования социального статуса – инвалида необходима социальная поддержка, помощь в социальной реабилитации, адекватном вхождении инвалида в жизнь, включение в социальную реальность через обретение нового статуса, включение в социальную реальность через обретение нового статуса, более приспособленного к проблемам общества. Социальная реабилитация инвалидов имеет широкий круг возможностей воздействия, используя и технические средства реабилитации, и создание специальных условий для овладения социальными навыками с помощью вспомогательных устройств, и вовлечение семьи в реабилитационную деятельность.

Как указывают Е.И. Холостова и Н.Ф. Дементьева (2006) «Изменение идеологии политики в отношении инвалидов, переход к восприятию социальной модели инвалидности привеле к тому, что на инвалидов и инвалидность распространяется ведущий принцип социального устройства современного общества – принцип равных социальных прав и возможностей индивидов, которые предоставляются каждому члену общества вне зависимости от его физических, психических, интеллектуальных и прочих особенностей. В соответствии с ним инвалиды рассматриваются не только как объект заботы общества, но также как субъекты своей собственной жизнедеятельности».

В связи с наличием (появлением) в семье инвалида претерпевает изменения и сама семья как реабилитационная среда. Помимо межличностных отношений внутри самой семьи, страдают и внешние связи семьи, распадается «социальная сеть» (реже осуществляются контакты с родственниками, друзьями), становится ущербным социальное функционирование семьи. Семья как бы делает крен в социальных связях в сторону контактов с лицами, осуществляющими медико-социальную помощь (медицинское и социальные работники, педагоги).

Инвалидность является одним из важнейших показателей социального неблагополучия населения, отражает социальную зрелость, экономическую состоятельность, нравственную полноценность общества и характеризует нарушение взаимосвязей человека-инвалида и общества. На протяжении многих лет политика в отношении инвалидов менялась: она прошла путь от обычного ухода за инвалидами в соответствующих учреждениях до получения образования и профессии детьми-инвалидами и реабилитации лиц, ставших инвалидами уже в зрелом возрасте. Благодаря образованию и реабилитации инвалиды стали более активно выступать за дальнейшее развитие современной политики в отношении инвалидов.

Социальная независимость инвалида в семье, жилище, на рабочем месте, в коллективе, транспорте, учреждениях, получении необходимой информации, участия в общественной жизни и др. достигается не только сохранностью способностей к общению, ориентации, передвижению, контролю за своим

поведением, уходу за собой и др., но в значительной степени возможностями окружающей реабилитанта среды.

Уровень социальной независимости человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности является показателем его интеграции в общество и во многом зависит от реабилитационного потенциала социальной среды, т.е. возможности общества предоставить человеку с риском инвалидности или инвалиду максимально равные, по сравнению со здоровыми людьми, возможности во всех социальных сферах: общественной, профессиональной, бытовой.

Социальная реабилитация включает в себя:

- социально-психологическую реабилитацию;
- социально-бытовую адаптацию;
- социально-средовую реабилитацию;
- социально-педагогическую реабилитацию;
- социокультурную реабилитацию;
- социально-правовую реабилитацию;

Социально-психологическая реабилитация – процесс восстановления (формирования) психологических способностей лица, имеющего ограничения жизнедеятельности (инвалида), позволяющих ему успешно выполнять различные социальные роли (семейные, профессиональные, общественные и т. п.) и осуществлять реальное включение в разные сферы социальных отношений и жизнедеятельности. Она подразумевает выработку у инвалида мотивации к реабилитации и социальной интеграции в семью, в общество.

Это связано с тем, что часто эмоциональное состояние инвалидов характеризуется повышенной требовательностью, неуверенностью в завтрашнем дне, неуверенностью в себе, в реализации своих потенциальных возможностей. Безусловно, это связано с тем, что жизнь человека, ставшего инвалидом существенно изменяется, он теряет работу, профессию, изменяется его роль в семье, часто изменяется отношение к нему как со стороны окружающих, так и, к сожалению, со стороны членов семьи. Поэтому очень важно переломить ситуацию с психологической точки зрения, показать «свет в конце тунеля», вернуть веру в себя, в выздоровление, в возвращение в той или иной степени к труду и в общество. Большое значение приобретают различные формы работы с семьей: индивидуальные беседы, групповая работа с семьями, в которых имеются инвалиды со сходной патологией. При этом содержание психотерапевтических бесед должно носить просветительный, информационный, обучающий характер. Однако, формирование нового социального статуса – статуса инвалида – длится длительно, годами выявляются и вырабатываются новые потребности в общении, обучении, приобретении профессии и др. И на любом этапе формирования этого нового социального статуса необходима социальная поддержка, помощь в адекватном вхождении инвалида в жизнь, включение в социальную реальность через обретение нового статуса, более приспособленного к проблемам общества.

Социально-бытовая адаптация – это специально разработанный комплекс мер, направленных на приспособление и активное функционирование инвалида в быту. Это приспособление жилых помещений, специальных инфраструктур к нуждам и потребностям инвалида, т.е. факторы социально-бытовой среды - составляют условия и средства, обеспечивающие возможность самостоятельного обслуживания и проживания. При этом понятие комфортности жилища должно включать не только возможность беспрепятственного перемещения инвалида внутри квартиры (что подразумевает наличие широких дверных проемов, отсутствие порогов, наличия поручней и др.), но и обеспечение бесперебойного электроснабжения для обогрева, освещения и приготовления пищи, обеспечение необходимых коммунальных услуг (водопровод, мусоропровод, телефоны и др.).

Социально-средовая реабилитация характеризует возможность участия инвалида в общественной жизни, максимально полную его интеграцию в общество. При этом следует учитывать, что необходимость данного аспекта в общей системе реабилитации инвалида весьма велика, так как человек, ставший инвалидом имеет порой не одно, а несколько ограничений жизнедеятельности различной степени выраженности, что значительно затрудняет его повседневную жизнедеятельность, а здоровый человек ведя обычный образ жизни об этом даже не задумывается. Особые требования должны предъявляться и неукоснительно выполняться местной администрацией в отношении оборудования среды для слабовидящих и слепых: перекрестки должны снабжаться рельефным покрытием, звуковыми сигналами, дорожными знаками, указывающими на частую возможность появления данной категории инвалидов.

Для инвалидов с двигательными нарушениями необходимо предусматривать обустройство пешеходных дорожек, наземных и подземных переходов, специальных лифтов, что будет не только помогать передвигаться инвалиду по улице, но и поможет ему самостоятельно попасть на другую сторону улицы в необходимое ему место. В последние годы все больше становится общественного транспорта, оборудованного специальными приспособлениями для удобного входа инвалидов во внутрь, имеются информационные табло с надписями или «бегущей строкой» для слабослышащих и глухих.

Социально-педагогическая реабилитация – это процесс преспособления инвалида к условиям социальной среды педагогическими методами и средствами.

Целью данного аспекта социальной реабилитации является приспособление инвалида к условиям социальной среды. При этом задачи социально-педагогической реабилитации формируются в зависимости от потребностей того или иного инвалида, степени выраженности ограничений жизнедеятельности, возраста реабилитанта.

Социокультурная реабилитация – это комплекс мероприятий (услуг), осуществляемых в интересах инвалидов и направленных на устранение или

возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, с использованием средств культуры, искусства, творчества.

Социокультурная реабилитация реализуется в разных видах (анимационная терапия, арттерапия, библиотерапия, музыкотерапия, эстетотерапия, художественно-эстетическое воспитание театральной деятельностью, терапия творческой фотографией, садоводотерапия, коммуникативные технологии, сказкотерапия, терапия физкультурой и спортом, иппотерапия, виртуальные реабилитационные технологии и др.).

Социально-правовая реабилитация - подразумевает наличие государственных правовых гарантий инвалидам, нуждающимся в различных видах и аспектах реабилитации.

В Законе «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» органам государственной власти и управления Республики Беларусь, предприятиям и организациям (независимо от форм собственности) предписано создавать и обеспечивать нуждающимся «необходимые условия для свободного доступа к объектам социальной инфраструктуры, жилым, общественным, производственным зданиям и сооружениям, беспрепятственного пользования общественным транспортом и транспортными коммуникациями, средствами связи и информации, местами отдыха и досуга». Инвалидам гарантирована социальная помощь со стороны государства в виде денежных выплат (пенсии, пособия, единовременные выплаты). Нуждающиеся в посторонней помощи и уходе обеспечиваются через органы социальной помощи медицинскими и бытовыми услугами на дому, либо в стационарных учреждениях.

При необходимости в предоставлении услуг социального этапа реабилитации организации здравоохранения направляют нуждающихся инвалидов на МРЭК, где им составляется индивидуальная программа реабилитации и в соответствии с Законом «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» предоставляются гарантированные Законом услуги.

Задача создания для инвалидов «насколько это возможно нормальной жизни» в обществе является обязанностью не только государства, но и всех его граждан. Услуги социального характера и прочие виды помощи способны лишь облегчить и стимулировать вовлечение инвалидов и лиц, которым угрожает инвалидность, в трудовую и социальную сферы жизни, но не заменить его. Там, где вместо них проявляется личное участие сограждан и общественности, там процесс вовлечения в жизнь общества протекает не только быстро, но одновременно уменьшается и объем «необходимых видов помощи».

## 2. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

### ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

#### Литература основная:

1. Вальчук Э.А. Основы медицинской реабилитации/Э.А.Вальчук.- Минск:МЕТ,2010.-320с.
2. Гиткина Л.С., Зборовский Э.И. Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации:Метод рекомендации.- Минск,1995.
3. Здоровье 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген, ВОЗ, 1999.-310с.
4. Лисицын Ю.П. Теории медицины XX века.– М.: Медицина,1999.– 176 с.
5. Лисицын Ю.П. Теории медицины XX века.– М.: Медицина,1999.– 176 с.
6. О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»: Закон Респ. Беларусь от 20.06.2008г. № 363-З.
7. О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь»: Закон Респ. Беларусь от 14 июля 2000г. № 418-З / / нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2000- № 69. – С. 22-32
8. О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов: Закон Респ. Беларусь от 23 июля 2008г. № 422 – З.
9. О социальной защите инвалидов в республике Беларусь: Закон Респ. Беларусь. – 1991. - № 14. – С. 611.
10. Организация и методика проведения социального этапа реабилитации инвалидов на базе муниципальных центров социальной защиты населения / Н.К. Гусева [ и др.] Н-Новгород, 1999 – 76 С.
11. Основы медико-социальной реабилитации инвалидов /С.Н. Пузин [и др:]/. М., 2003-320с.
12. Основы медико-социальной экспертизы.-М.:Медицина,2005.-448с.
13. Основы социальной реабилитации пожилых граждан и инвалидов / Э.Н. Демина [и др.]. С.-пет., 2005. – 99 с.
14. Пузин С.Н., Гришина Л.П., Кардаков Н.Л. Инвалидность в Российской Федерации.-М.:ОАО «Издательство «Медицина»,2006.-224с.
15. Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации / Под ред. А.И. Осадчих. М., 1999.
16. Смычек В.Б., Г.Я. Хулуп., Милькаманович В.К. Медико-социальная экспертиза и реабилитация.

17.Ткаченко В.С. Основы социальной медицины: Учеб.пособие.- М.:ИНФРА-М, 2004.-368с.

18.Черносвитов Е.В. Социальная медицина: учеб. пособие... – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. – 304 с.

19.Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник/Щепин О.П., Медик В.А.-М.:ГЭОТАР – Медиа, 2011.-592с.

20.WHO. World Health Organization International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease. – Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1980.

21.WHO Expert Committee on Medical Rehabilitation. Second Report. Geneva, WHO, 1969.

