

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Кафедра социальной работы и реабилитологии

СОГЛАСОВАНО

Заведующий кафедрой
социальной работы и реабилитологии

 Н.Н. Красовская

« » 2018г.

СОГЛАСОВАНО

Директор ГИУСТ БГУ

 П.И. Бригадин

« » 2018 г.

Регистрационный номер № 53

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

«РЕАБИЛИТОЛОГИЯ»

для специальности: 1-86 01 01 Социальная работа (по направлениям):
направление специальности 1-86 01 01-02 Социальная работа (социально-
психологическая деятельность)

Автор: К.Э.Зборовский, кандидат медицинских наук, профессор

Одобрено и рекомендовано к утверждению учебно-методической комиссией
ГИУСТ БГУ, протокол № 2 от 25 10 2018 г.

Рассмотрено и утверждено

на заседании Совета 25 октября 2017 г.,
протокол № 1

Минск
2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА.....	4
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ.....	8
ВВЕДЕНИЕ.....	8
ТЕМА 1. РЕАБИЛИТАЦИЯ - ОСНОВНАЯ МЕРА СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ЛИЧНОСТИ.....	10
ТЕМА 2. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	16
ТЕМА 3. КОНЦЕПЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЛЕЗНИ, РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЧЕЛОВЕКА С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ	23
ТЕМА 4. ОГРАНИЧЕНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СОЦИАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, КАК ОСНОВА ПОСЛЕДСТВИЙ БОЛЕЗНИ	31
ТЕМА 5. МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ.....	41
ТЕМА 6. ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В КОНТЕКСТЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МКФ	60
ТЕМА 7. ТЕХНОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА КЛИЕНТА И СОЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.....	68
ТЕМА 8. ФАКТОРНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛИЧНОСТИ. РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕАЛЬНОМ СОЦИАЛЬНО-СРЕДОВОМ ОКРУЖЕНИИ	74
ТЕМА 9. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ..... БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ	79
ТЕМА 10. БРИГАДНЫЙ МЕТОД В РЕАБИЛИТАЦИИ.....	87
ТЕМА 11. УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ДИЗАЙН В СТРАТЕГИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЧНОСТИ	96
ТЕМА 12. ГРУППЫ САМОПОМОЩИ В ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	101
ТЕМА 13 МЕЖДУНАРОДНЫЕ И НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРАВОВЫЕ ПРИНЦИПЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ИНВАЛИДОВ.....	108
ТЕМА 14. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ВО МРЭК. ОСНОВЫ МСЭ.....	140
ТЕМА 15. ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ ИНВАЛИДОВ В СИСТЕМЕ ИХ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ	169

ТЕМА 16. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ СПЕЦИАЛИСТА ПО СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	182
ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ.....	192
РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ.....	199
ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ ПО КУРСУ «РЕАБИЛИТОЛОГИЯ».....	199
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ.....	203
УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА.....	203
СПИСОК ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	215

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Характеристика учебной дисциплины. Концепция социальной работы в Республике Беларусь предполагает три основных направления профессиональной деятельности специалиста по социальной работе. Данные направления иерархически выстроены в зависимости от наибольшей социальной эффективности и внутрипопуляционного охвата людей, имеющих социальную депривированность. Первое – это профилактика ограничений жизнедеятельности людей, попавших в затруднительную жизненную ситуацию вследствие воздействия биологических, социальных, экологических, экономических и других факторов. Второе – это реабилитация лиц, у которых уже сформировались стойкие ограничения жизнедеятельности. Третье – это помощь и поддержка людям, имеющим значительные и резко выраженные ограничения жизнедеятельности, которые не могут быть нивелированы при помощи профилактических и реабилитационных технологий. Реабилитология, как учебная дисциплина призвана объяснить базисные реабилитационные принципы, стратегии и технологические аспекты, подготовив студентов к освоению частных вопросов реабилитации и дисциплин направленных на формирование компетенций прикладного реабилитационного спектра.

Знания, полученные студентами в ходе изучения курса «Реабилитология», могут быть использованы в самых различных сферах практической деятельности специалиста по социальной работе:

- *в практике образования и воспитания*, где необходимо выявление ограничений жизнедеятельности детей с нарушениями психофизического развития и здоровья, для осуществления индивидуального подхода к ним в обучении и профориентации, а в будущем - для оценки профпригодности, оказания им абилитационной или реабилитационной помощи и т.д.;
- *в области медицины, экспертизы и реабилитации*, где указанные знания помогут в оценке характера и степени ограничений жизнедеятельности, формирующих социальную недостаточность, оценке профпригодности и подборе профессий для обучения и труда, при проведении мероприятий по медико-социальной экспертизе и реабилитации лиц с ограничениями жизнедеятельности;
- *для оказания социально-психологической помощи индивидам*, оказавшимся в ситуации объективного или субъективного неблагополучия при проведении мероприятий социальной и профессиональной реабилитации;
- *при коррекционной и профилактической деятельности с лицами с ограничениями жизнедеятельности и индивидами*, оказавшимся в социально – депривационной ситуации.

Целью изучения дисциплины «Реабилитология» является подготовка студентов к практической работе в области социальной и профессиональной реабилитации лиц с ограничениями жизнедеятельности и социальной недостаточностью вследствие дефектов здоровья, нарушения поведения, других негативных социальных ситуаций; обеспечить преемственность и непрерывность медицинского и социального аспектов в медико-социальной защите человека.

Задачи дисциплины:

1. Дать теоретические понятия о восстановительных механизмах реабилитации (реституции, различных видах компенсации), их физиологических и патофизиологических аспектах.

2. Познакомить будущих специалистов с основами реабилитационной терминологии, применяемой при вынесении заключений, о нуждаемости человека в социальной помощи и различных видах социальной защиты, применении технических средств, преобразовании жилища, рабочего места и т.д.

3. Показать составные части дефекта здоровья, как исхода болезни или увечья, в чем проявляются при этом ограничения жизнедеятельности, например при инвалидности (способность к самообслуживанию, перемещению, ориентации, взаимоотношениям, занятию трудовой деятельностью, контролю за своим поведением), приводящие к социальной недостаточности.

Студенты после изучения дисциплины 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, вытекающие из Конвенции о правах инвалидов;
- законодательство Республики Беларусь о социальной защите инвалидов и лиц с особенностями психофизического развития;
- реабилитационные возможности и показатели деятельности учреждений социальной защиты, реабилитации и коррекции.

уметь:

формировать комплексный социальный диагноз клиента с различного уровня ограничениями жизнедеятельности и социальной недостаточностью вследствие различных причин;

разрабатывать комплексную индивидуальную программу реабилитации (ИПР), ориентированную на проведение медико-профессионального, профессионального и социального этапов (фаз) реабилитации;

реализовывать социальный, социально-психологический, социально-медико-психологический, профессиональный, социально-педагогический, социально-культурный разделы ИПР;

осуществлять социальное, социально-психологическое, социально-медико-психологическое, профориентационное, профадаптационное, социально-педагогическое сопровождение клиента в реабилитации и постреабилитационном периодах;

владеть:

– навыками формирования комплексного социального диагноза клиента с различного уровня ограничениями жизнедеятельности и социальной недостаточностью вследствие различных причин;

– навыками разработки комплексной индивидуальной программы реабилитации (ИПР);

навыками реализации социального, профессионального разделов (ИПР);

навыками социального, социально-психологического, социо-медико-психологического сопровождения клиента в реабилитационном и постреабилитационном периодах.

Дисциплина «Реабилитология» связана с основами таких дисциплин, как «Реабилитация в психиатрии и наркологии», «Психология труда», «Реабилитационный практикум», «Эргономика и охрана труда», «Психодиагностика», «Психология», «Медицинская психология», «Эрготерапия», «Профессиональная ориентация и реабилитация», «Частная реабилитация».

В соответствии с учебным планом по специальности 1-86 01 01 «Социальная работа (по направлениям)» направление специальности 1-86 01 01-03 «Социальная работа (социально-реабилитационная деятельность)», 1-86 01 01-02 «Социальная работа (социально-психологическая деятельность)» **(всего часов 150) изучается в четвертом семестре** для студентов **очной** формы получения образования и рассчитана на **68 аудиторных учебных часа** (состоит из **20 часов лекций, 8 часов практических занятий, 40 часов лабораторных занятий**). Для студентов **заочной** формы получения образования дисциплина изучается в **четвертом семестре** (состоит из **6 часов лекций, 2 часов практических занятий, 8 часов лабораторных занятий**). Для студентов **заочной - сокращенной** формы получения образования дисциплина изучается в **четвертом семестре** (состоит из **6 часов лекций и 8 часов лабораторных занятий**) Форма текущей аттестации – **экзамен**. Форма получения образования – очная и заочная.

Учебно-методический комплекс по дисциплине «Реабилитология» включает в себя следующие разделы:

- теоретический раздел;
- практический раздел;

- раздел контроля знаний;
- раздел с ученой программой по курсу реабилитология;
- список основной и дополнительной литературы.

Теоретический раздел включает в себя введение и основной материал курса, структурированный в 16 темах. В данном разделе представлены современные представления о разноплановых аспектах реабилитологии.

Практический раздел, включает в себя 15 тем занятий с вопросами, которые необходимо рассмотреть в их процессе.

Раздел контроля знаний представлен перечнем вопросов к экзамену по курсу реабилитология.

Вспомогательный раздел учебно-методического комплекса включает учебную программу курса, а также список основной и дополнительной литературы.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

ВВЕДЕНИЕ

Выделение реабилитологии как отдельного предмета специальности социальная работа (по направлениям) определяется высоким удельным весом социально – депривированных лиц, (инвалиды, дети – инвалиды, лица с различного рода химическими и нехимическими зависимостями, пожилые люди, лица пострадавшие от аварии на ЧАЭС и др.) в общей структуре населения Республики Беларусь. Реабилитация, как социально – экономическая категория, является одной из важнейших составляющих социальной политики государства. Значительные негативные тенденции в динамике инвалидности за последние годы, с примерно 3% конец восьмидесятых до, практически 6% в настоящее время, рост удельного веса неработающих пенсионеров на фоне общемировых тенденций к постарению населения, рост удельного веса граждан с различного рода химическими и не химическими зависимостями, высокая активность миграционных процессов и другое определяют как высокий социально-экономический статус проблемы так и подталкивают к рассмотрению данной проблемы с позиции реализации концепции социальной безопасности государства.

Главной задачей реабилитологии является сохранение и оптимизация трудового ресурса в государстве и сохранения личности гражданина страны, а не только улучшения функций организма людей пострадавших от болезней травм и т. д. Основным принципом реабилитологии является приоритет возврата человека либо его адаптация к конструктивной созидательной профессиональной деятельности вместо пожизненного содержания иждивенца. Принципиальным моментом в реабилитологии для государства является эффективное использование личностного и профессионального потенциала человека создаваемого на протяжении жизни, что сопряжено в том числе и со значительными затратами государства на формирование необходимого уровня его профессиональной квалификации. То есть чем выше уровень профессиональной квалификации человека, тем более рентабельно для государства проведение реабилитационных мероприятий.

Система реабилитации в Республике Беларусь начала формироваться в 1991 года после принятия закона о социальной защите инвалидов в Республике Беларусь, а также закона о предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов подписанного действующим президентом в 1994 году. Однако, необходимо отметить, что с 1991 года система реабилитации, в нашей стране, формировалась преимущественно с акцентом на медицинские технологии. Развитие высокотехнологичной медицины, в нашей стране, серьезным образом повлияло

на увеличение уровня выживаемости людей после тяжелых заболеваний в том числе онкологических. Так у детей выживаемость после перенесенных злокачественных новообразований выросла с чуть более 10% до 75%. Данные обстоятельства определяют необходимость совершенствования социальных и профессиональных технологий реабилитации. Т.е. совершенствование реабилитационных подходов не только на био-функциональном уровне, но и на социальном уровне. Конечная цель реабилитации – возврат человека к профессиональной деятельности и включение его, наравне с другими, в финансирование расходов государства.

Принципиальным моментом, подталкивающим к развитию реабилитологии, в Республике Беларусь, стала ратификация страной в 2016 году Конвенции ООН «О правах инвалидов». Важнейшим положением, определяемым конвенцией, явился перенос акцентов в инвалидности с проблем человека с нарушениями на невозможность его функционирования с учетом особенностей реального социально-трудового окружения.

Специалист по социально – реабилитационной деятельности – это на сегодняшний день собирательное понятие, включающее значительное количество разноплановых компетенций. В целом, набор профессиональных компетенций, необходимых для эффективного проведения комплексной реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности в следствии медицинских социальных и других причин реализуется посредством привлечения значительного количества специалистов и структур различного профиля.

Организация реабилитационного процесса должна включать в себя, как высокотехнологические этапы в профильных реабилитационных центрах, так и реализация завершающего этапа реабилитации в реальном социально – средовом окружении реабилитанта – по месту его жительства. Именно этот этап, четко регламентируется вышеупомянутой Конвенцией.

На социальном и профессионально-реинтеграционном уровнях, социально-реабилитационная подготовка специалиста по социальной работе позволит сэкономить значительные средства на подготовке кадров в систему реабилитации повысить уровень их профессиональной компетентности и разносторонности. В тоже время главным, является обеспечение проведения реабилитационных мероприятий в реальном реабилитационном пространстве человека с учетом реальных возможностей индустриальных, инфраструктурных, социально-экономических возможностей региона непосредственного проживания реабилитанта, в том числе и сельской местности.

Сегодня применение комплексных реабилитационных технологий возможно лишь в условиях Мегалополиса с развитой реабилитационной инфраструктурой и обилием всевозможных кадров.

Таким образом, учебная дисциплина «Реабилитология» призвана заложить базис социально – реабилитационной подготовки специалиста по социальной работе и выполнить модерлирующую функцию во взаимосвязи широкого спектра социальных, психологических, медицинских, правовых дисциплин специальности.

ТЕМА 1. РЕАБИЛИТАЦИЯ - ОСНОВНАЯ МЕРА СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ЛИЧНОСТИ

Начиная изучение курса реабилитологии необходимо остановиться на некоторых мотивирующих цифрах. Статистика свидетельствует о неуклонном расширении круга лиц, которые включаются в систему социальной защиты через инвалидность. Если в 1986, 1987, 1988 годах инвалидов, получающих пенсии, было 3,1%, т.е. уровень был стабилен, то с 1989 г. он начал нарастать, достигнув в 2000 году 4,1 %. Численность инвалидов, получающих пенсии в 2000 г. составила 412981 человек, а в 2017 данное число превысило 550000.

Все это показывает необходимость переосмысления стратегий и задач реабилитологии в нашей стране и направления в социальной политике государства.

В курсе "Истории социальной работы" мы познакомились с различными формами социальной защиты населения в различные исторические периоды. Возвращаясь к материалу того курса можно отметить несомненную эволюцию форм социальной защиты.

Если ранее главным элементом социальной защиты инвалида являлась пенсия, что чаще всего влекло за собой дезинтеграцию инвалида со средой обитания и затраты государства на постоянное содержание данных категорий, то в последующем перенесение акцентов на реабилитацию предполагает интегративный принцип интеграции дезадаптированного человека в нормальный социальный, интеллектуальный, профессиональный круг.

Это влечет за собой необходимость реализации ряда мер, обеспечивающих приоритет реабилитации перед пенсией, что является ключевым элементом в переходе к концепции защиты на основе интеграции инвалидов в общество.

Новые подходы, опирающиеся на мировой опыт становления реабилитационных служб в ряде стран, на международные документы о правах человека.

В нашей стране пока не решено множество вопросов, касающихся проблемы реабилитации инвалидов как на уровне страны, так и отдельных этапов системы, относящихся к определенным Министерством, но они явственнее обозначены и предполагают последовательное, терпеливое превращение форми-

рующей новой идеологии в реальную действительность, доходящую до конкретного человека.

В последнее время в медицинской литературе большое внимание уделяется реабилитации различных категорий больных и инвалидов. Рассматриваются различные технологии и методы реабилитации. Авторы в рамках медицинской реабилитации детально выясняют вопросы эффективности тех или иных методов физического, психологического, медикаментозного, физиотерапевтического, логопедического, хирургического и других воздействий при различных заболеваниях и травмах. Основной моделью "конечного результата" вышеперечисленных воздействий является снижение выраженности двигательного, сенсорного дефектов и повышение функциональных возможностей организма. Эффективность реабилитации измеряется, как правило в градусах увеличения объема активных или пассивных движений конечностей, килограммах или граммах увеличения силы, метрах или сантиметрах увеличения дистанции, проходимой пациентом, увеличении количества функционирующих двигательных единиц в мышцах (на основании миограмм), изменении реограмм, компьютерных томограмм и т. д. В дальнейшем все эти изменения экстраполируются на Международную номенклатуру ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности и выносятся медико-социальный вердикт. Пациенту предлагаются повторные курсы реабилитации, начинающиеся опять-таки комплексным медико-функциональным обследованием и заканчивающиеся "оценкой эффективности".

Между тем понятие реабилитации в широком смысле этого слова, определенного в Законе "О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов" указывает на то, что реабилитация — это процесс, имеющий целью помочь инвалидам достигнуть оптимального физического, интеллектуального, психического и социального уровня деятельности и поддерживать его, предоставив им тем самым средства для изменения их жизни и расширения рамок их независимости. Таким образом, в понятие реабилитации вкладывается больше социально-экономический смысл нежели медицинский. В Законе "О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь", принятом в 1991 году и Законе "О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов", принятом в 1994 году указаны также разновидности реабилитации такие как медицинская, медико-профессиональная, профессиональная, трудовая и социальная, которые, некоторыми специалистами рассматриваются порой как отдельные виды со своими целями и задачами, хотя из определения реабилитации явствует, что упомянутое является только лишь этапами или фазами реабилитации, предусматривающей конечную социальную сущность.

В самом деле, основной социальный и экономический смысл реабилитационного процесса заложен в бытовой, интеллектуальной, профессиональной, а в конечном счете - полной социальной реинтеграции или интеграции человека в нормальный интеллектуальный, профессиональный, социальный круг, т.е. выделенные виды реабилитации являются не чем иным, как звеньями одной неразрывной цепи и рассматривать их необходимо лишь в виде преемственных фаз или этапов.

Говоря об экономической эффективности реабилитации, необходимо отметить, что при существующей системе государство затрачивает огромные средства на восстановительные мероприятия пациента, а в последующем и на выплату пенсий, и пособий не чем не уступающих тем, которые пациент получал бы и без проведения реабилитации. Между тем, система реабилитации, сложившаяся в европейских странах, предусматривает выплату лишь пособий на период проведения реабилитации, а в последующем реабилитированный человек (около 80%) должен обеспечить себя самостоятельно. Сэкономленные средства в некоторой части своей перераспределяются тем, кто по состоянию здоровья и выраженности нарушений не может трудиться. В нашей же ситуации получается наоборот - даже лица которые в состоянии трудиться продолжают получать пенсии на основании разнообразных формулировок (по анатомическому дефекту, по социальному фактору и т.д.), а лиц, возвратившихся к труду, остается около 15% - многие из которых также получают пенсии и пособия.

Успешность интеграции человека с ограниченными возможностями зависит от трех основных составляющих: - желание самого человека, его объективные возможности и возможности рынка труда способного принять этого человека. Как правило камнем преткновения является именно третья составляющая, которая не позволяет реализоваться человеку с ограниченными возможностями даже при нормальном состоянии двух первых. Этот момент нельзя объяснять недостатком рабочих мест «даже для здоровых».

Во-первых, у здорового совсем другого диапазона выбора, и здоровый человек полностью остается без работы не потому, что ему нет вообще работы, а потому, что его претензии к характеру работы (меньше работать, но больше получать) гораздо выше возможностей и оценка собственных способностей не коррелирует с оценкой его возможностей окружающими, например, работодателем.

Во-вторых, у лиц с ограниченными возможностями - эти возможности ограничены, как правило, в какой-то определенной сфере: двигательной, сенсорной, интеллектуальной и т.д., что компенсируется более тонким и дифференцированным развитием других сфер.

В-третьих, как показывает опыт работы с людьми, имеющими ограниченные возможности, если им удастся прорваться на работу, получить специальность и трудоустроиться, то они выполняют свои трудовые обязанности ничуть не хуже «здоровых», а даже как правило и лучше потому, что им необходимо доказать свою равноправность и поэтому работать лучше. В тоже время «здоровому» этого доказывать не надо и как бы он не работал трудовой кодекс не позволит его уволить (лишь бы не прогуливал, не пил - на работе, приходил на работу и уходил с работы вовремя, а работать можно и «спустя рукава»).

Есть еще целый ряд причин в значительной степени тормозящих процессы интеграции людей с ограниченными возможностями в нормальную профессиональную, социальную среду. Одна из них это существующий подход к определению степени социальной зависимости человека на основании диагноза, а не на основании его возможностей, жизненного и профессионального опыта.

Так в Германии, экспертиза способностей интеграции человека с ограниченными возможностями осуществляется социальными работниками служб министерства труда и социального порядка, работающими в тесной связи с рынком труда. У нас же сложилась система многоуровневой диагностики физического, психического или какого-то другого дефекта человека. При чем клинико-функциональный диагноз, выставляемый непосредственно лечащим врачом, затем подтверждается врачебно - консультативной комиссией (ВКК) поликлиники, а затем медико-реабилитационно-экспертной комиссией врачей (порой забывших как выглядит настоящий больной) - звено исключение которого только сэкономить государству значительные средства и упростит саму изнуряющую и оскорбительную процедуру так называемой медико-социальной экспертизы заканчивающуюся подтверждением клинико-функционального диагноза и определением соответствующей ему группы инвалидности с фиксированным размером пенсии.

По нашему мнению, реабилитационный процесс должен выглядеть следующим образом.

Безусловно **первым этапом или фазой** реабилитации является медицинская, направленная на "восстановление и компенсацию медицинскими и другими методами функциональных возможностей организма человека, нарушенных вследствие врожденного дефекта, перенесенных болезней и травм". Этот этап не может быть бесконечно растянут во времени и должен завершиться выставлением четкого резидуального клинико-функционального диагноза, подробно показывающего имеющиеся необратимые функциональные нарушения пациента и нарушения, требующие дополнительного проведения медицинских мероприятий.

Вторым этапом для пациентов, имеющих еще благоприятный прогноз в восстановлении функций (с не сформировавшимся резидуальным дефектом) является этап медико-профессиональной реабилитации, предусматривающий "восстановление трудоспособности, сочетающий медицинскую реабилитацию с определением и тренировкой профессионально значимых функций, подбором профессии и адаптацией к ней". Пациенты с сформированным резидуальным дефектом после выставления ВКК окончательного клинико-функционального диагноза должны переходить сразу на третий этап.

Третий этап профессиональная реабилитация - система мер, обеспечивающих инвалиду возможность получить подходящую работу или сохранить прежнюю и продвигаться по службе (работе), способствуя тем самым его социальной интеграции или реинтеграции.

Переход между медицинским и профессиональными этапами должен осуществляться через службы социальной экспертизы (работающие в тесном контакте с рынком труда), которые, получив развернутый функциональный диагноз от ВКК поликлиник или из стационаров, определяют возможности и способности клиента в его прежней профессии, при необходимости подберут новую, обеспечат процесс трудоустройства и адаптации к профессии.

При невозможности участия клиента в трудовой деятельности служба социальной экспертизы определяют пособия и передает клиента в социальные службы осуществляющие дальнейшую ему помощь в организации быта и создания удовлетворительных жизненных условий (оборудование вспомогательными техническими средствами жилища расширяющие, на сколько это возможно, рамки физической независимости, решения вопроса организации ухода у одиноких, различного рода другая адресная помощь), как для самого клиента, так и для его семьи в целом попавшей в затруднительную жизненную ситуацию не меньше самого пострадавшего.

Таким образом, в настоящее время назрела острая необходимость кардинального реформирования системы реабилитации, научной проработки вопросов, связанных с экономической эффективностью этого процесса и целесообразностью отдельных его звеньев, разработки эффективных технологий оказания адресной помощи лицам, попавшим в затруднительную жизненную ситуацию, разработки принципов и методов социальной экспертизы, а также принципов и подходов к назначению пенсий, пособий и всевозможных льгот.

Первой, на наш взгляд, трудностью в создании системы реабилитации является отсутствие интереса к ней у значительной части самих больных, особенно с хроническими заболеваниями, вследствие незначительной разницы между уровнем зарплаты и пенсии.

Вторая это – рыночные отношения и конкуренция на рынке труда резко снижают возможности социальной защиты инвалида в рамках прежней системы, особенно если учесть, что в Беларуси нуждаются в социальной защите вследствие дефектов здоровья не 4,2 % населения, получающего пенсии по инвалидности, а не менее 10%. Число безработных в первую очередь будут пополнять лица с дефектами здоровья, конкурентоспособность которых без реабилитационных мер снижена. Но применение последних может в большинстве случаев полностью вернуть этим лицам способность к труду и экономической самостоятельности.

В становлении службы реабилитации инвалидов в Республике Беларусь важную роль сыграла Республиканская научно-практическая конференция «Социальные и медицинские проблемы профилактики инвалидности и сохранения трудовых ресурсов» (13-15 октября 1988 г.) учредителями которой были Министерство социального обеспечения БССР, Белорусский Республиканский Совет профессиональных союзов, Министерство здравоохранения, Государственный комитет БССР по труду и социальным вопросам.

Учредителями конференции по ее результатам было принято Постановление № 4/25/2/2 от 8 февраля 1989 г. «Об утверждении рекомендаций республиканской научно-практической конференции «Социальные и медицинские проблемы...». Были выработаны рекомендации по трем основным направлениям в решении проблем инвалидности: предупреждение, реабилитация, создание равных возможностей.

Основы научно-методического обеспечения подхода и создания службы реабилитации разработаны в рамках первой, посвященной реабилитации инвалидов, республиканской научно-технической программы «Разработка методов и технических средств для медицинской и социальной реабилитации больных и инвалидов» на 1991-1995 гг. (РНТП 69.04р), где Государственным заказчиком было определено Министерство социального обеспечения, а головным учреждением БНИИЭТИН. Основные положения, полученные в рамках РНТП 69.04р, нашли отражение в первом законе, принятом по проблеме реабилитации инвалидов на территории бывшего СССР – «Закон Республики Беларусь о социальной защите инвалидов в Республике Беларусь», подписанный 11 ноября 1991 г., что позволяет этот день считать днем рождения системы реабилитации инвалидов в Республике Беларусь. В 2009 году данный закон претерпел изменения, связанные с принятием в 2006 году ООН Конвенции о правах инвалидов. Данная конвенция ратифицирована в Республике Беларусь в 2016 году.

Развитие законодательной базы позволило Верховному совету в 1994 г. принять следующий закон РБ «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов».

Законодательство РБ предусматривает создание этапов (фаз) реабилитации, закрепленных за определенными министерствами.

1. Медицинская реабилитация – процесс, направленный на восстановление и компенсацию медицинскими и другими методами функциональных возможностей организма человека, нарушенных вследствие врожденного дефекта, перенесенных болезней или травм.

2. Медико-профессиональная реабилитация – процесс восстановления трудоспособности, который объединяет медицинскую реабилитацию с подбором профессии, оценкой трудоспособности, с определением и тренировкой новых профессионально-значимых функций, если восстановление нарушенных невозможно; при ампутациях, потерях зрения, постинсультных или травматических параличах и т.д.

3. Профессиональную реабилитацию – система мер (в первую очередь образовательных), которые обеспечивают инвалиду возможность получить подходящую работу или сохранить прежнюю перемещаться по службе (работе), содействуя тем самым его социальной интеграции или реинтеграции. Продолжением этого этапа является трудовая реабилитация – процесс трудоустройства и адаптации инвалида на конкретном рабочем месте. Преемственность этих этапов требует тесного взаимодействия соответствующих служб министерств образования и труда.

4. Социальная реабилитация – система мероприятий, которые обеспечивают улучшение уровня и качества жизни инвалидов, создание им равных возможностей для полного участия в жизни общества. Социальная реабилитация осуществляется во всех фазах, ориентирована на обучение реабилитанта навыкам самообслуживания и обеспечение независимости методами эрготерапии, педагогическими, психологическими, техническими средствами, включая оборудование квартиры, создание безбарьерной среды, материальную помощь, пенсионирование и др.

Более подробно исторический аспект будет рассмотрен в темах следующих лекций.

ТЕМА 2. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Проблема инвалидности всегда и практически в каждой стране привлекала пристальное внимание общества. Этот вопрос всегда приобретал важное общественное звучание. Так, еще в старой России в 1837 году, в журнале «Русский инвалид», который издавался в Петербурге, выступил Шарль Фурье - один из основоположников утопического социализма, открывший «закон общественной гармонии». Он писал, что невозможно достичь гармонии в обществе, если какая-то социальная группа или нация будет ущемлена другой. Это всеце-

ло относится к основополагающим принципам социальной защиты не только инвалидов, а любой категории лиц, нуждающихся в ней: одиноких престарелых, сирот, безработных, бомжей, беженцев, переселенцев, алкоголиков, наркоманов, лиц, освобожденных из мест лишения свободы и т.д. Однако именно модель инвалидности наиболее разработана, и из ее опыта ряд принципов может переноситься на организацию защиты других категорий населения, где также не должна забываться идея гармонизации общества.

Одним из механизмов, разрушающих общественную гармонию, является перекося в принципах социальной защиты в сторону льгот и пенсий в ущерб защите через труд. Мало того, что чрезмерное увлечение льготами ведет к социальной несправедливости, оно неизбежно ведет к явлению социальных ножиц, работающему на принципе размещения жидкости в сообщающихся сосудах. Когда мы говорим о защите через пенсии или льготы, например, инвалидов или любой незащищенной группы людей, то часто подчеркиваем, что это делает государство. Однако государство само по себе ничего не имеет. Все материальные ценности являются результатом труда людей. А результат принадлежит именно тем, кто произвел этот результат, или прибавочную стоимость. Если мы захотим осчастливить какую-то группу людей за счет труда другой, мы обязательно несем несчастье другой, нарушая гармонию. А если не иметь меры в этом процессе, то подобный принцип социальной защиты неизбежно ведет к ряду негативных последствий, к которым применим термин социальная опасность страны.

Во-первых, нарушается основополагающее право человека на здоровье, которое в соответствии с уставом ВОЗ рассматривается не только как отсутствие болезни или увечья, но и как полное физическое, психическое и социальное благополучие человека.

Во-вторых, низкий уровень оплаты труда перестает быть главным и наиболее реальным стимулятором роста производительности труда отдельных работников, главным механизмом поддержания рентабельных производств, ведущим средством усиления экономической мощи государства, а соответственно и реального осуществления им социально ориентированных мер. В результате те, кого надо защищать, оказываются незащищенными, а те, за счет кого они защищаются, сами пополняют армию незащищенных.

Так, с нарушением социальной гармонии нарушается социальное равновесие в обществе. Оно усугубляется тем, что незащищенные люди неизбежно теряют саморазвитие личности. Так как страдает качество жизни личности, предпринимаются всевозможные усилия по защите хотя бы биологической сущности человека в ущерб его духовной, в результате чего проявляются его животные инстинкты. Нарастает бездуховность, теряется совесть, понятие че-

сти и достоинства, истинного гуманизма, т.е. основополагающих человеческих ценностей.

Единственным, или важнейшим ключом, открывающим храм социальной гармонии, является труд. Как же этот ключ работает в нашей стране на защиту хотя бы инвалидов, не говоря о множестве других социально незащищенных групп.

Ежегодно около 60 тысяч человек, т.е. целый административный район переводится на защиту через пенсию или другие льготы. При очередном переосвидетельствовании через год признаются здоровыми около 5 процентов человек и то в основном за счет восстановления людей после травм. Получается, что система работает, как говорят в одни ворота. Идет накопление инвалидности. На пенсионировании в итоге содержится 550 тысяч человек, т.е. ~ 6% всего населения пенсионировуется только по инвалидности (в начале 80-х годов пенсионировалось 3,0-3,1 %).

Надо подчеркнуть, что в республике многое делается по улучшению распределения средств. Например, за счет адресной помощи, интернатного и домашнего обслуживания, протезирования, социальной защиты семьи, женщин и детей и т.д. Не всех удастся защитить в требуемой мере, нередко человек защищается только на уровне биологического существования (поесть, обогреться, поспать). А ведь он требует защиты своей человеческой сущности, запросы которой выше. В Республике Беларусь действует ряд законов, касающихся социальной защиты инвалидов, и за последние 14 лет кое-что сделано в этом отношении.

Однако проблема инвалидности не исчерпывается 5% населения. Когда ООН объявила 1983-1992 гг. десятилетием инвалидов, и на уровне ООН была принята Всемирная программа действий в отношении этой категории людей, то подчеркивалось, что в каждой стране не менее 10 процентов инвалидов, и не только те, которые получают пенсии. Это положение требует кардинального пересмотра принципов социальной защиты, так как действующая система оставляет за бортом внимания еще 5,8 проц., т.е. около 600 тыс. человек.

Как правило, это люди, имеющие ограничения жизнедеятельности физического или психического характера, которые не вкладываются в административно установленные критерии инвалидности, принятые в практике медико-социальной экспертизы. Да и методы защиты для них нужны другие. Эти люди обращаются во все инстанции, но по действующим юридическим нормам не находят защиты, как не имеющие на нее права. Не случайно, например, в конце 80-х годов только в Минсобес БССР ежегодно приходило около 10 тысяч жалоб, а на уровне СССР принимались специальные решения ЦК КПСС о работе с письмами и жалобами трудящихся.

В Финляндии, на пример, оказывается, вовсе нет жалоб в письмах. Законы защищают человека труда, а не чиновника от этого человека, что, к сожалению, нередко наблюдается при административных подходах к организации этого сложнейшего дела. У них чиновник обязан, выполняя закон, сам, найти того, кто нуждается и подпадает под защиту. Жалоба - это грубейшее нарушение закона госслужащим.

Действует профилактический принцип, что устраняет саму почву для жалоб по вопросам социальной защиты. И главный профилактический принцип основан на занятости всех, кто может работать, реабилитации и возвращении к труду тех, кого можно реабилитировать. Именно в реабилитацию вкладывают часть средств, что позволяет сократить число пенсионлируемых.

Главным экспертным решением является эффект реабилитации и возможность трудиться, а не «приговор» знаменитой тройки специалистов - экспертов, пусть даже и состоящих из врачей.

Незащищенность около 6% населения пополняет целый ряд социальных групп населения, относимого к лицам с девиантным (отклоняющимся) поведением. Отсюда растет число безработных, которым трудно подобрать работу, бомжей, трудновоспитуемых подростков, воров и т.д. А если человек не хочет идти на сделку с совестью, ему остается суицид. По сообщениям печати известно, что ВОЗ считает 20 суицидов на 100 тысяч населения критической величиной. В Республике Беларусь цифра превысила 3,0 тысячи человек, которые разуверились в возможности устроить свою жизнь. К этому надо добавить, что, по мнению специалистов, число людей, которые пытаются покончить жизнь самоубийством, в 10 раз больше, т.е. 30 тысяч. Это контингент для медико-социально-психологической защиты населения.

Есть другие технологии социальной защиты человека, основанные на профилактике асоциальных действий и три основных принципа социальной защиты, которые сложились исторически и были сформулированы еще в 1992г. Эти принципы базируются на имущественной принадлежности средств, используемых для социальной защиты человека. Мы живем в период перераспределения собственности, и важно, чтобы не была упущена необходимость параллельного изучения и разработки новых принципов социальной защиты.

А. Принцип нищего - самый древний, самый распространенный и достаточно справедливый принцип социальной защиты. Основан на милосердии и разделении с ближним собственных средств, т.е. средств собственного труда. Этот принцип родился в древности, в рамках милосердия, практики религиозных общин. Как правило, это небольшая помощь каждого, кто может чем-то пожертвовать, а эффект защиты складывается из посильного участия в помощи

конкретному индивиду за счет многих людей. При этом никто не беднеет, а кому-то оказывается помощь.

Метод можно принимать в качестве скорой или временной неотложной помощи инвалиду или другому лицу. Его слабые стороны - выработка установки на пассивное иждивенчество с постепенным разрушением активного начала личности. В условиях свободного общества принцип не может быть долговременным, так как будет порождать армию иждивенцев, безвольных людей, для которых нищенство становится профессией. Они ведь тоже люди и требуют другой защиты.

Б. Принцип барина. Основан на законодательном или насильственном изъятии результатов чужого труда и передачи их нуждающимся. Этот принцип используется лицами, присваивающими результат чужого труда. По их усмотрению или повелению часть плодов труда других передается нуждающимся. Таким барином мог быть помещик, капиталист, царь, правитель, государство. Метод хорош тоже как временная мера. Его недостатки проистекают из того, что он основан на социальной несправедливости и опять-таки порождает иждивенчество.

Он также порождает огромный аппарат чиновников-распределителей результатов чужого труда и не лишен недостатков, а именно:

- объем помощи полностью зависит от нравственных качеств благотворителя, барина;
- метод позволяет благотворителю, условно барину, в качестве которого у нас представляется государство, как бы законно изымать в неконтролируемом объеме заработок одних людей и передавать его другим. Это снижает интерес к труду первых, так как зарплата не отражает объем вкладываемых затрат и не позволяет восстанавливать затраченную на труд энергию;
- принцип порождает иждивенческие устремления того, кто защищается.

Этот принцип защиты разрушает защищаемого как личность, хотя он наиболее простой, основан на силе и создает иллюзию благополучия в обществе. Но, возможность выжить без трудовых усилий привлекает все больше людей под эту защиту. Число льготников растет, как снежный ком. Достигая критической массы, он угрожает социальным взрывом, т.е. нарушает основу социальной безопасности любой страны.

Порождаются такие понятия как желание быть «дважды инвалидом», инвалидность в сознании людей становится делом чести, хотя это всегда было делом интимным. Не случайно, в ряде западных стран не знают истинного количества инвалидов. Многие скрывают дефекты своего здоровья, чтобы не снизить свою конкурентноспособность на рынке труда. Если инвалидность

поддерживается государством и обществом больше, чем здоровье, она становится притягательной.

При этом теряется чувство собственного достоинства. Человек как личность деградирует. Он создает себе кумира, молится на благодетеля, и довольствуется низменным: животными инстинктами - поесть, поспать, а если перепадет удовольствие выпить или получить сексуальное удовлетворение, то он и вовсе считает себя счастливым. Но это не человеческое счастье. Животные тоже удовлетворяются пищей и верно служат хозяину именно за то, что он поддерживает в нем условный рефлекс на питание.

Но в социуме осознанно могут жить только люди. Любое явление, основанное на саморазвитии, стремится к бесконечности. Такой бесконечностью в системе защиты на принципе барина является постепенное и неуклонное нарастание числа защищаемых при уменьшении числа защищающих. Этот принцип привел к падению Римской и других империй, основанных на рабстве. На его смену приходит следующий принцип.

В. Принцип равного. Средства, которые используются в принципе барина для пассивного пенсионирования, направляются не на объект помощи, а на предмет, т.е. на установление связей между человеком и социумом. После этого человек начинает сам себе зарабатывать, оставаясь личностью, несмотря на дефекты собственного здоровья. Примеры этому Рузвельт, Николай Островский, Бетховен, Сметана, Гомер, Эйнштейн, Стив Хокинг и др. Есть немало таких примеров в Беларуси.

Статья «Беда не вина» (Неман, 1989, № 4) впервые подняла эти вопросы.

Принцип равного будет двигать общество к развитию, если даже все в обществе будут инвалидами. А условия экологии и социальной среды теперь развиваются таким образом, что численность нездоровых растет и будет расти.

Зная эти принципы и исходя из имеющихся средств и возможностей, всегда можно выстроить конкретную оптимальную схему действий по социальной защите инвалида. Поэтому основными принципами социальной защиты инвалида нам представляются следующие:

1. Гуманизм, обусловленный объектом исследования.
2. Индивидуализация, т.е. учет индивидуальных психофизиологических особенностей, интересов и возможностей человека.
3. Приоритет реабилитации перед выплатой пенсии.

Именно введение этого принципа законодательным путем в Германии еще в 1884 г. Бисмарком создало условие для поступательного движения к формированию той системы социальной защиты инвалидов через реабилитацию с огромной структурой и законодательством, которая имеется в Германии сегодня. Действует около 30 центров, непосредственно направленных на пере-

обучение инвалидов на новую профессию, чтобы приоритет реабилитации перед пенсией стал не только лозунгом, а реальностью. Принцип такого приоритета позволяет избежать иждивенческих устремлений, формирует модель защиты, позволяющую сохранить личность и достоинство человека.

4. Принцип социально- трудовой завершенности мер социальной защиты.

5. Приоритет интеграции человека в социум перед дезинтеграцией.

6. Принцип конкурентоспособности инвалида на рынке труда.

В Германии допускается, что только 20% лиц нецелесообразно переобучать для дальнейшего трудоустройства. Но чтобы трудоустроить, надо обучать на престижные профессии, а не предлагать должности сторожа, вахтера, лифтера. При этом должна быть хорошая подготовка, а дальше инвалид самостоятельно находит себе место на рынке труда.

В 1996 г. в Минске, благодаря помощи Министерства труда и социального порядка Германии, был создан первый центр по переобучению инвалидов на специальность менеджер в торговой сфере. Сегодня - это филиал Минского торгового колледжа. Состоялось уже 5 выпусков, т.е. прошли обучение около 150 человек. Около 95% выпускников нашли работу по специальности. Принцип показал свою жизнеспособность, привел к убеждению, что и в наших условиях систему можно развивать.

7. Раннее начало реабилитации, позволяющее вернуть человека к труду до наступления отрицательных психологических установок на труд.

8. Создание равных возможностей. Ведь всемирная программа действий в отношении инвалидов эту позицию рассматривает в качестве одного из трех основных направлений решения проблем инвалидности: предупреждение инвалидности; реабилитация инвалидов; создание равных возможностей.

Есть ряд других принципов, которые изложены в стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов, принятых Генеральной ассамблеей ООН 20 декабря 1993 года.

Условия экономического кризиса, открытие новых предприятий, где не всегда есть средства для полноценного обеспечения техники безопасности и социальной защиты работающих, требуют внимательного отношения к проблемам людей с ограниченными возможностями. А таких людей в нашей стране не менее миллиона. Совместными усилиями государства, бизнеса, общественных организаций необходимо искать пути для улучшения социальной защиты этой категории людей.

ТЕМА 3. КОНЦЕПЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЛЕЗНИ, РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЧЕЛОВЕКА С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Реабилитация (Р) – сложная комплексная многофакторная проблема, связанная с инвалидностью. Первоначально ее целью было преодоление инвалидности, а объектом – только инвалиды. Позднее реабилитация приобрела профилактическую направленность и ее целью стало предупреждение инвалидности у больных с реальной и потенциальной ее угрозой, причем потребность больных в Реабилитации в 8-10 раз выше, чем инвалидов.

Реабилитация – длительный процесс воздействия не только на больного и инвалида, но и на общество в целом, чтобы создать для лиц с ограниченными возможностями безбарьерную среду обитания, равные возможности со здоровыми для их социальной интеграции и обеспечения приемлемого качества жизни. Это достигается за счет регулируемого государством законодательства, использования общественных и государственных мероприятий, привлечения к Р. разных ведомств – здравоохранения, социальной защиты населения, Министерства труда, образования, юстиции, архитектуры и строительства и др.

В единой проблеме Р выделяют 3 вида – медицинскую, социальную и профессиональную (более правильно называть их аспектами). Каждый аспект Р является прерогативой разных ведомств, медицинская Р – проблема здравоохранения.

Концепция последствий болезни.

Основополагающей в реабилитации является концепция последствий болезни, оценивающая влияние болезни на организм больного, т.к. именно последствия болезни и их устранение являются объектом реабилитации рассматриваются **3 уровня** последствий болезни для индивидуума.

1 уровень (органный) – морфофункциональные изменения со стороны отдельных органов или систем, например, при инсульте со стороны ЦНС – неврологический дефицит или дефект, характер и степень выраженности которого зависит от локализации и размера очага.

2 уровень – организменный – нарушение интегративных функций целостного организма, его способностей - передвижения, самообслуживания, ориентации, общения, обучения, участия в трудовой деятельности. Последствия этого уровня обозначаются как ограничение жизнедеятельности или повседневной активности, развивающиеся вследствие нарушения функций и приводящие к социальной недостаточности

3 уровень – социальный – социальная недостаточность (дезадаптация), возникает, если нарушение жизнедеятельности приводит к ограничению мобильности, личной независимости, экономической самостоятельности, невоз-

возможности занятия своего времени и др. нарушений "критериев выживания", что препятствует выполнению той роли, которая вытекает из уровня образования, воспитания, культуры, профессии, возраста, места жительства и. ставит индивидуум в неравные, по сравнению с другими членами общества, условия, снижает качество его жизни.

Концепция последствий болезни определяет 3 цели реабилитации: функциональное восстановление, восстановление жизнедеятельности, (повседневной деятельности) – социально-бытовая адаптация и профессиональное восстановление.

Оценка последствий болезни на органном уровне.

Для количественной характеристики последствий болезней 1 уровня (морфофункциональных нарушений) используются различные критерии.

В настоящее время получает распространение понятие «функциональный класс» – ФК, который отражает количественное состояние функции в баллах (классах) или процентах.

Для оценки состояния функции в реабилитации учитываются 2 критерия - степень нарушения функции и возможности ее компенсации с помощью медикотехнических средств. Если компенсация улучшает состояние функции, то ее ФК оценивается с учетом эффекта компенсации.

ФК-О - нет нарушения функции.

ФК-1 - имеются легкие нарушения функций (не более, чем на 25%). сюда же относятся более выраженные нарушения, которые с помощью медикотехнических средств компенсируются полностью или до степени легких нарушений.

ФК-2 - умеренное нарушение функций (от 25 до 50%), не компенсируемое с помощью вспомогательных средств или более значительное нарушение, частично компенсируемое до умеренной степени.

ФК-3 - значительное нарушение функций (от 51 до 75%), не компенсируемое или слабо компенсируемое

ФК-4 - резко выраженное и полное (свыше 75%) нарушение функций, не компенсируемое.

Оценка основных критериев жизнедеятельности.

Задачей реабилитации являясь восстановление повседневной деятельности больного, его основных способностей, т.е. жизнедеятельности – последствий второго уровня, приводящих к социальной недостаточности.

Первоначально для оценки состояния жизнедеятельности использовали потребность больного в посторонней помощи в сфере самообслуживания В 1963г. Katz с соавт. выделил 6 самых насущных потребностей повседневной жизни

ни, перечисленные в порядке возрастающей сложности их выполнения: прием пищи, контроль физиологических отправления, передвижение, личная гигиена, одевание, мытье в ванной. Использована 3-х балльная система оценки зависимости от посторонней помощи - независимость, частичная и полная зависимость в выполнении каждой операции с учетом нуждаемости в помощи в выполнении этих операций выделено 7 Степеней бытовой активности – от полной независимости в выполнении всех операций (А) с промежуточными степенями: зависимость в выполнении одной (самой сложной) операции– (В). 2-х операций и т.д. до полной зависимости в выполнении всех функций(С). Приведенная шкала активности повседневной жизни – шкала ADL – лежит в основе большинства предложенных позднее методов оценки жизнедеятельности.

Широко распространенный индекс Barthel (1965г) включает 10 параметров (модифицированные и дополненные параметры шкалы ADL. В зависимости от выполнения (самостоятельно или с посторонней помощью) каждого из них ставится дифференцированная балльная оценка 0-5-10-15, максимальная сумма баллов при полной независимости - 100. Первоначальная оценка (до реабилитации) 20 баллов указывает на низкий реабилитационный потенциал, 60 баллов свидетельствуют о высоком потенциале.

В настоящее время наиболее распространенным измерителем состояния личной независимости является шкала функциональной независимости - FIM, разработанная американскими реабилитологами. FIM включает 18 параметров повседневной деятельности, характеризующих самообслуживание (5 параметров), контроль сфинктеров (мочевого пузыря и кишечника), мобильность (активность в постели, на стуле, кресле-каталке, перемещение в туалет, в ванну), способность к передвижению (самостоятельная ходьба или передвижение в кресле-коляске; передвижение по лестнице), а также общение - коммуникация и социальные функции (взаимодействие, решение проблем, память).

Каждый из 18 параметров оценивается по 7-ми балльной шкале в зависимости от способности пациента выполнять этот вид деятельности –самостоятельно или с посторонней помощью в разном объеме: 0- беспомощность, 1 балл – полная зависимость, 2 балла – максимальная зависимость (пациент выполняет 25%), 3 балла – умеренная (средняя) зависимость (50%), 4 балла –минимальная (75%), 5 баллов – требуется наблюдение посторонних лиц, (баллы 1-5 свидетельствуют о необходимости посторонней помощи); 6 баллов – модифицированная (с помощью технических средств и др.) независимость, 7 баллов – полная независимость от посторонней помощи. Все баллы суммируются и рассчитывается общий показатель физической независимости, минимальное его значение 18, характеризует беспомощность больного во всех видах деятельности, максимальное 126 – полную независимость пациента. Расчет показателей до начала реабилитации и по ее оконча-

нии позволит оценить общий эффект реабилитации в восстановлении жизнедеятельности.

Поскольку параметры FIM отражают разные стороны жизнедеятельности, неоднозначно изменяющиеся при разных нарушениях функции, единый показатель недостаточно информативен, в связи с этим предлагают проводить графическую характеристику профиля FIM, состоящую из значений каждого параметра до и после реабилитации.

Приведенные шкалы оценки нарушений жизнедеятельности используются в специализированных неврологических и реабилитационных отделениях и центрах, они трудоемки и требуют наличия специальных навыков, к тому же они не лишены недостатков.

Для неспециализированных неврологических и реабилитационных больных нами предложен упрощенный метод оценки критериев жизнедеятельности. Оцениваются критерии, приведенные в инструкции по определению групп инвалидности и: передвижение, самообслуживание, ориентация, общение, способность к обучению и трудоспособность. Ранжирование их проводится по 5-ти балльной системе и выражается в ФК по такому же принципу, как оцениваются нарушения функции, от 0 (нормальное состояние) до IVФК (полная невозможность или резкое, более чем на 75 % –затруднение в выполнении данного вида деятельности). Подробно наш подход описан в методических рекомендациях "Оценка критериев жизнедеятельности и эффективность реабилитации", Минск. 1995г.

В 90-ые годы наибольшим распространением пользуются методы оценки качества жизни больного и инвалида, они учитывают удовлетворенность больного сферами его жизни, т.е. субъективную оценку пациента, а не объективное состояние тех или иных показателей. Оценка качества своей жизни пациентом признается важнейшим глобальным показателем, характеризующим последствия болезни для человека - индивидуума. Для оценки качества жизни используются различные опросники или шкалы, содержащие от 10-15 до 100 и более вопросов, на которые больной дает ответы.

Реабилитационный потенциал (РП).

Под РП понимается прогнозирование возможности восстановления функций и жизнедеятельности в будущем вне зависимости от состояния больного в момент его определения. РП оценивается по трем уровням инвалидизирующих последствий: потенциал функционального восстановления, социально-бытового и профессионального восстановления. Однако некоторые исследователи оценивают РП только в отношении профессионального восстановления.

Высокий РП – определяется у больных с полным восстановлением трудоспособности или незначительным ее ограничением (трудоустройство по ВКК).

Средний РП – возможность возвращения к труду в обычных производственных условиях, но со значительным снижением трудоспособности (3 гр. Инвалидности).

Низкий РП – при возможности адаптации инвалида к труду в специально созданных условиях.

На РП влияют сопутствующие заболевания, физическая работоспособность больного и его функциональные резервы, психологические особенности личности, мотивация к Р. наличие невротических наслоений, поддержка семьи, а также комплекс социальных факторов: профессия и сохранение профпригодности к ней, уровень образования, место жительства, пол, возраст и др.

Пример. Реабилитационный потенциал при мозговом инсульте зависит от вида и тяжести инсульта, его этиологии и выраженности основного заболевания, тяжести функционального дефекта и ограничений жизнедеятельности, эффективности лечения в раннем периоде инсульта, своевременности и адекватности реабилитации, личностных особенностей реабилитанта его мотивации на Р и труд.

РП высокий – малый инсульт, инсульт легкой степени тяжести при отсутствии выраженного сосудистого и отягощающих сопутствующих заболеваний, если восстановление функции и трудоспособности произошло в течение 2-2,5 мес. от начала инсульта, а также инсульты средней тяжести при быстром обратном развитии дефекта у молодых людей без отягощающих заболеваний, сохранивших профпригодность.

РП средний – легкий инсульт при наличии выраженных основного сосудистого или отягощающих заболеваний, но основную группу составляют инсульты средней тяжести без отягощающих сопутствующих заболеваний, если на протяжении первых трех-четырех месяцев произошло значительное восстановление функций и социально-бытовой адаптации, но требуется время для восстановления частичной трудоспособности в обычных производственных условиях.

Низкий РП – инсульты средней тяжести при наличии отягощающих факторов или тяжелые инсульты с левосторонним гемипарезом при сохранении способностей к самообслуживанию, общению и ориентации, достаточным уровнем интеллектуально-мнестической деятельности и возможности приспособления к труду в специально-созданных условиях (надомному труду).

Отсутствие РП (в отношении восстановления трудоспособности) -при тяжелом инсульте с резким нарушением всех способностей (ориентации, общения, самообслуживания и др.), что делает невозможным даже приспособление их к труду. Цель Р у больных этой группы - социально-бытовая адаптация, обучение навыкам самообслуживания для выполнения нерегулируемых потребностей без посторонней помощи.

Определение медицинской реабилитации.

Под медицинской реабилитацией (МР) понимают «процесс восстановления и компенсации медицинскими и другими методами функциональных возможностей организма, нарушенных в результате болезни, травмы или дефекта». Это определение МР сформулировано экспертами ВОЗ и приведено в законодательстве РБ. Под функциональными возможностями организма понимается не только восстановление функций (это задача лечения), но и всей жизнедеятельности, включая восстановление сниженных после болезни функциональных резервов организма, его сопротивляемости, иммунитета, физической работоспособности, потенциала личности, а также восстановление независимости в повседневной жизни - социально-бытовой адаптации и трудоспособности, являющейся основой экономической независимости человека. Формулировка подчеркивает, что в процессе реабилитации используются не только медицинские, но и другие методы, в частности, медикотехнические, за счет которых достигается компенсация нарушенных функций и способностей (передвижения, самообслуживания, ориентации и др. критериев жизнедеятельности), если они не могут быть восстановлены медицинскими методами.

Основные принципы реабилитации

К основным принципам реабилитации относятся: раннее начало, непрерывность, этапность, комплексность.

Их соблюдение является залогом успешной реабилитации.

Реабилитация должна начинаться **возможно раньше**. Некоторые методы МР, не требующие активности самого больного, назначаются сразу же, к примеру, после инсульта, например, лечение положением, пассивные движения. активные методы двигательной реабилитации назначаются позднее – на 3-5-7 день, как только позволяет состояние больного, в частности, стабилизация гемодинамики, и с учетом характера инсульта (при кровоизлиянии чуть позднее, чем при инфаркте мозга).

Реабилитация больных инсультом – длительный процесс, ее продолжительность должна быть не менее 6-12 мес., иногда и более. Этому отвечают принципы **непрерывности и этапности**, требующие проведения медицинской реабилитации в разные периоды инсульта и **на разных этапах** организации неврологической помощи - **стационарном, амбулаторном, санаторном**, а также **на дому**, с налаживанием **преемственности** между этапами.

Комплексность Р – находит воплощение в использовании различных методов МР. К ним относятся психологическая Р, физическая Р, включающая кинезотерапию (лечение движением) и др. физические методы (аппаратная физиотерапия, особенно электростимуляция мышц при парезах, рефлексотерапия и др.). Основное место в Р занимает активная кинезотерапия - ЛФК и эрготерапия – восстановление целесообразных двигательных актов, используемых в процессе самообслужи-

вания и труда. К методам Р относятся также речетерапия, медикаментозная восстановительная терапия, использование технических средств для улучшения передвижения (ортезы, ходунки, коляски, автотранспорт) и самообслуживания, реконструктивные операции и др.

Фазы МР. Выделяют 3 фазы (периода) МР при инсульте: ранняя реабилитация, фазы реабилитации больного и инвалида. Ранняя фаза охватывает острый и начало раннего восстановительного периода инсульта. Фаза реабилитации больного включает ранний восстановительный и иногда часть позднего восстановительного периода, она продолжается до восстановления трудоспособности или установления группы инвалидности. Ее продолжительность зависит от РП. Если РП высокий, Р продолжается столько, сколько необходимо для полного восстановления трудоспособности и преодоления других ограничений жизнедеятельности, после чего больной выписывается к труду. При низком и среднем РП больной направляется на МРЭК и признается инвалидом. Срок направления на МРЭК зависит от РП. После признания больного инвалидом начинается фаза Р больного.

Клинико-реабилитационные группы.

Проведение Р больным с неоднородными заболеваниями, разной выраженностью последствий и неоднозначным РП, в разные сроки заболевания и на разных этапах организации медицинской помощи вызывают необходимость деления больных на более однородные группы (клинико-реабилитационные группы – КРГ).

Предложено деление больных, нуждающихся в проведении Р, на 3 КРГ в зависимости от фазы заболевания и дифференциация каждой из них на подгруппы с учетом течения заболевания, выраженное и уровня проявления последствий и РН (Л.С. Гиткина, Т.Д. Рябцева и др.). Выделение КРГ позволяет сформулировать конкретные цели и задачи Р в каждой группе, этапы и место ее проведения, оптимальные сроки и критерии эффективности (И.Б. Зеленкевич, Л.А. Соколовская, Л.С. Гиткина и др., 1998г)

Среди больных инсультами выделено 3 КРГ, в их рамках - 5 подгрупп.

КРГ 1 – группа ранней Р, включает всех больных инсультом в острой фазе заболевания, иногда и в начале раннего восстановительного периода. Эта группа – лечебно-реабилитационная. Основное место занимает интенсивная терапия инсульта, в схему которой включаются реабилитационные мероприятия.

Этап реабилитации – отделение патологии сосудов мозга, неврологическое неспециализированное отделение, домашний этап (при невозможности госпитализации).

В ранней фазе оценивается тяжесть инсульта и РП. Большинство больных инсультом из КРГ 1 переводятся в КРГ 2 через 2-4 недели от начала заболевания.

КРГ 2 – группа Р больных с последствиями инсульта, которые приобрели затянувшийся характер и требуют проведения Р, поэтому КРГ 2 является собственно реабилитационной.

КРГ 3 – группа Р инвалидов. В соответствии с «Законом о социальной защите инвалидов в РБ» их реабилитация представлена как вид социальной помощи инвалиду. Для реализации права инвалидов на Р Закон предусматривает документ - индивидуальную программу Р (ИПР) инвалида, составление которой возложено на МРЭК, и обязательность выполнения ИПР в лечебных и других учреждениях, которым она адресована. Законодательство гарантирует для инвалидов не только медицинскую, но и социально-бытовую и профессиональную Р и вводит меры по их реализации органами социальной защиты населения, службой занятости, Министерствами труда, образования и др.

КРГ 3 – неоднородна. Основным критерием дифференциации инвалидов на подгруппы является РП, с учетом которого нами выделено 3 подгруппы.

КРГ 3.1 – инвалиды с высоким РП, т.е. возможностью полного восстановления трудоспособности. Она включает инвалидов II гр. с легким, реже малым или инсультом средней тяжести, у которых неврологический дефицит легкий, а причиной инвалидности явилась потеря профпригодности, вызванная инсультом. Больные КРГ 3.1. нуждаются в проведении медико-профессиональной Р для подбора адекватной их здоровью профессии. Медико-профессиональная Р инвалидов возложена на МРЭК, которая вносит в ИПР инвалида рекомендации о профессии и возможном трудоустройстве. После подбора профессии инвалид направляется на свое предприятие или в службу занятости для профессиональной Р.

В случае успешной реализации мероприятий по профессиональной Р при очередном переосвидетельствовании во МРЭК группа инвалидности не устанавливается.

КРГ 3.2. – инвалиды со средним РП. которые к моменту первичного освидетельствования на МРЭК еще не восстановили трудоспособность, а их реабилитация требует длительного времени. Среди них преобладают инвалиды I гр. с выраженным неврологическим дефицитом и значительным ограничением жизнедеятельности, которые нуждаются в проведении как медицинской, так и профессиональной Р, а также инвалиды III гр. с умеренными последствиями инсульта и потерей профпригодности. В результате реабилитации инвалиды КРГ-3.2. смогут приступить к труду в обычных производственных условиях, однако, полной Р не наступит, т.к. имеющиеся у них стойкие нарушения функций и ограничения жизнедеятельности будут служить основанием для признания их инвалидами, даже в случае восстановления трудоспособности.

КРГ 3.3 – инвалиды с низким РП. Это больные с тяжелыми, реже средней тяжести инсультами, со стойкими значительно и резко выраженными нарушениями

функций, жизнедеятельности и потерей трудоспособности в обычных производственных условиях, признанные инвалидами I или II группы. Целью их реабилитации является восстановление навыков самообслуживания и приспособление к труду в специально созданных условиях, а при невозможности достижения этих результатов - обеспечение техническими средствами, облегчающими передвижение и самообслуживание.

В ИПР инвалидов КРГ 3.3 МРЭК наряду с медицинской реабилитацией предусматривает меры социально-бытовой Р:

- обеспечение автотранспортом - при гемипараличе или резко выраженным гемипарезе;
- обеспечение креслом-коляской;
- направление в дом-интернат или дом инвалидов;
- прикрепление к территориальному центру социального обслуживания населения.

ТЕМА 4. ОГРАНИЧЕНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СОЦИАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, КАК ОСНОВА ПОСЛЕДСТВИЙ БОЛЕЗНИ

Концепция последствий болезни определяет 3 цели реабилитации: функциональное восстановление, восстановление жизнедеятельности, (повседневной деятельности) – социально-бытовая адаптация и профессиональное восстановление.

Первый уровень – это задача врачей лечебно-профилактических учреждений, которые обязаны перед направлением в организации социальной защиты сформулировать четкий этиологический, патогенетический, нозологический, а главное функциональный диагноз. Уметь прочесть этот диагноз, и интерпретировать с социальных позиций, а также сформулировать социальный диагноз с учетом ограничений жизнедеятельности пациента, приводящих к социальной недостаточности – задача специалиста по социальной работе.

Оценка последствий второго и третьего уровня, т. е. нарушения интегративных функций целостного организма, его способностей, а также оценка социальной недостаточности (дезадаптации) это непосредственная задача специалистов по социальной работе.

Таким образом специалистам по социальной работе необходимы знания для понимания и реализации мероприятий на различных уровнях следующей цепочки:

- болезнь
- функциональные нарушения
- дефект
- ограничение жизнедеятельности

– социальная недостаточность.

Оценка последствий болезни на органном уровне.

Для количественной характеристики последствий болезней 1 уровня (морфофункциональных нарушений) используются различные критерии.

В настоящее время получает распространение понятие «функциональный класс» – ФК, который отражает количественное состояние функции в баллах (классах) или процентах.

Для оценки состояния функции в реабилитации учитываются 2 критерия – степень нарушения функции и возможности ее компенсации с помощью медикотехнических средств. Если компенсация улучшает состояние функции, то ее ФК оценивается с учетом эффекта компенсации.

ФК-О – нет нарушения функции.

ФК-1 – имеются легкие нарушения функций (не более, чем на 25%). сюда же относятся более выраженные нарушения, которые с помощью медикотехнических средств компенсируются полностью или до степени легких нарушений.

ФК-2 – умеренное нарушение функций (от 25 до 50%), не компенсируемое с помощью вспомогательных средств или более значительное нарушение, частично компенсируемое до умеренной степени.

ФК-3 – значительное нарушение функций (от 51 до 75%), не компенсируемое или слабо компенсируемое

ФК-4 – резко выраженное и полное (свыше 75%) нарушение функций, не компенсируемое.

Оценка последствий болезни второго уровня используется номенклатура ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Для дальнейшего рассмотрения вопроса необходимо определить основные понятия критерии жизнедеятельности, их виды социальная недостаточность.

Жизнедеятельность (или привычная деятельность) представляет интеграцию физических, психологических и социальных функций. Ограничения жизнедеятельности, приводящие к снижению трудоспособности, возникают при снижении способностей: ориентации (осознание себя, оценка внешних событий и своей роли, возможность приобретения знаний и участие в производственной деятельности, выполнение семейной роли и т.п.), общения, к личному уходу, передвижения, владеть телом, ловкости, выносливости к различным факторам, способности к специальным навыкам.

Уровень ограничения жизнедеятельности нарастает по мере утяжеления ограничения трудоспособности: трудность в действиях при возможности выполнения их без посторонней помощи - необходимость во вспомогательных

средствах - необходимость в посторонней помощи - полная зависимость от присутствия другого лица - выполнение только при помощи другого лица, использующего вспомогательные средства- полная неспособность к деятельности.

Социальная недостаточность отражает последствия – культурные, социальные, экономические и в окружающей среде, вытекающие из ограничения жизнедеятельности и снижения трудоспособности, когда человек может выполнять лишь ограниченно или не может совсем выполнять обычную для его положения роль в жизни, в зависимости от пола, возраста, социального и культурного положения.

Для оценки ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности используются измерители жизненного опыта. Шесть ключевых из них, отражающих возможность человека поддерживать так называемые "жизненные роли", являются критериями выживания: при ограничениях ориентации, физической независимости (самообслуживания), мобильности (передвижения), занятия (трудовой деятельности), социальной интеграции (общения) и экономической самостоятельности.

Использование критериев выживания позволяет выделить степени ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности применительно к степени ограничения трудоспособности. Они могут быть:

незначительные (у лиц без видимых признаков (например, инвалидности), но нуждающихся в профилактических мерах);

умеренные;

значительные и резкие.

Краткая характеристика критериев выживания с оценкой степени тяжести социальной недостаточности.

1. Ориентация – это способность самостоятельно ориентироваться по отношению к окружающей обстановке, взаимодействие или взаимосвязь с ней посредством зрения, слуха, обоняния или осязания. *Социальная недостаточность* при ограничениях ориентации включает последствия снижения способности поведения (оценка внешних событий и своей роли, возможность приобретения знаний и участия в производственной деятельности) и коммуникации при соответствующих уровнях зрения, слуха, осязания, речи и ассимиляции этих функций в сознании.

2. Самообслуживание или физическая независимость – это способность поддерживать привычное, эффективное, независимое от других лиц существование, включая функции личного ухода за собой и другую повседневную деятельность.

Социальная недостаточность при ограничениях самообслуживания включает степень зависимости по отношению к вспомогательным устройствам и помощи окружающих.

3. Передвижение или мобильность – способность эффективно передвигаться в своем окружении.

Социальная недостаточность зависит от степени мобильности, возможность которой увеличивается при использовании протезов и других средств физической помощи.

4. Общение или социальная интеграция – способность участвовать в контактах с людьми, поддерживать привычные общественные взаимоотношения.

Социальная недостаточность характеризует степень контактности с расширяющимся кругом лиц.

5. Контроль за своим поведением включает способность осознания и способность правильно вести себя в повседневной обстановке и по отношению к окружающим.

Ограничения жизнедеятельности и социальная недостаточность связаны со снижением способности самосознания, осознания местоположения во времени и пространстве, идентификации предметов и людей, осознания личной безопасности, способности запоминать и понимать связи предметами и людьми в условиях повседневной жизни, способности приобретать знания и их использовать, способности к взаимоотношениям (семейным, производственным, межличностным).

6. Участие в трудовой деятельности зависит от ограничения занятия, под которым понимается способность занимать свое время в соответствии с возрастом, полом и культурой. В объем обычной деятельности входят, помимо работы по найму, ведение домашнего хозяйства и активный отдых, способность нести ответственность по воспитанию ребенка, а для детей - способность посещать нормальную школу.

Социальная недостаточность при ограничении трудовой деятельности характеризует снижение способности поддерживать соответствующую занятость времени в течение рабочего дня.

Результатом любого исследования является формулировка выводов, которые лаконично и четко характеризуют проблему, подвергшуюся изучению. Когда речь идет о работе с конкретным клиентом толи в медицине, толи в социальной работе, таким заключением служит диагноз. В медицине он называется клинико-функциональный, а в социальной работе его правомочно называть социальным.

Любой диагноз строится на основании общепринятых классификаций емко и точно характеризующих выявленные нарушения. Так в медицине используется Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

В своей практике для постановки социального диагноза социальный работник также пользуется различными классификациями, к примеру «Международной классификацией ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности», «Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья».

Необходимо отметить, что степень влияния тех или иных видов ограничений жизнедеятельности на социальную недостаточность пациента различна, так в периоде лечения могут превалировать одни (например, передвижение или общение), а в периоде последствий или отдаленных последствий другие (например, ориентация и способность участия в трудовой деятельности).

Таким образом, оценка ограничений жизнедеятельности и уровня социальной недостаточности проводится неоднократно, в соответствии с задачами этапа лечения или реабилитации.

Ограничения жизнедеятельности и социальная недостаточность у детей.

Использование номенклатуры ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности в медико-социальной экспертизе (МСЭ) диктует необходимость выделения основных параметров и поиска методов их оценки у детей.

В соответствии с «Международной номенклатурой ограничений жизнедеятельности» ключевыми показателями жизнедеятельности, характеризующими степень социальной недостаточности человека, являются:

- ориентация (способность ориентироваться в окружающей обстановке и реагировать на нее);
 - физическая независимость;
 - мобильность;
 - общение (социальная интеграция);
 - способность к занятиям;
 - экономическая независимость.

Для каждого из этих показателей выделен наиболее важный круг обстоятельств, которые обуславливают социальную недостаточность человека:

1. Социальная недостаточность из-за ограничения физической независимости.
2. Социальная недостаточность из-за ограничения мобильности.
3. Социальная недостаточность из-за ограничения способности заниматься обычной деятельностью.

4. Социальная недостаточность из-за ограничения способности к получению образования.

5. Социальная недостаточность из-за ограничения способности к профессиональной деятельности.

6. Социальная недостаточность из-за ограничения экономической самостоятельности.

8. Социальная недостаточность из-за ограничения способности к интеграции в общество.

Специфика подходов к выделению показателей социальной недостаточности вследствие тех или иных ограничений жизнедеятельности у детей состоит в том, что эти ограничения возникают в период физического и нервно-психического развития, которое сопровождается оформлением высших психических функций, формированием знаний и умений, социальным становлением личности. Другими словами, детская инвалидность в отличие от взрослых накладывает ограничение не только на проявление личности, но и на ее формирование. Дети-инвалиды подчас лишены доступных здоровому ребенку каналов получения информации. Ограниченные в передвижении и использовании сенсорных каналов восприятия, они не могут овладеть всем многообразием человеческого опыта. Они также испытывают затруднения в предметно-практической и другой деятельности, что негативно сказывается на формировании высших психических функций. Сложные негативные переживания, чувство отличия от других детей, особенности воспитания - все может это привести и часто приводит к патологическим изменениям характера и деформации личности ребенка.

С учетом вышеизложенного выделены следующие экспертно значимые критерии жизнедеятельности у лиц до 18 лет, ограничение которых ведет к различной степени социальной недостаточности и обосновывает нуждаемость ребенка в постоянном уходе и социальной помощи в зависимости от возраста.

1 - 3 года:

1. Передвижение (оценка производится с учетом нормативных показателей физического развития ребенка соответствующего возраста).

2. Частичное самообслуживание (с учетом возрастных нормативных показателей).

3. Общение (невербальное и вербальное в пределах возрастной нормы).

4. Способность к выполнению занятий, присущих данному возрасту (в первую очередь - игровая деятельность).

5. Обучение (в смысле приобретения личного опыта, обучения навыкам самообслуживания, общественно-полезного труда, способности к усвоению развивающего материала и т.д.).

6. Контроль за основными поведенческими реакциями, что идентично контролю за своим поведением у взрослого (реакция на замечания взрослых, ориентация в социальной обстановке и т.д.).

3 - 6 лет:

1. Передвижение (с учетом показателей двигательной активности детей раннего и дошкольного возраста).

2. Самообслуживание (в соответствии с возрастными нормативами).

3. Общение (увеличивается роль вербального).

4. Способность к выполнению обычной деятельностью в соответствии с возрастом (игровая деятельность).

5. Обучение (в соответствии с нормами нервно-психического развития детей данного возраста).

6. Ориентация.

7. Контроль за своим поведением.

6 - 12 лет:

1. Передвижение.

2. Самообслуживание.

3. Общение.

4. Обучение (оценивается общий уровень нервно-психического развития ребенка, а также степень готовности ребенка к обучению в школе).

5. Ориентация, контроль за своим поведением (которым уделяется большее по сравнению с предыдущими этапами внимание).

6. Способность к игровой деятельности.

12 - 14 лет:

1. Передвижение.

2. Самообслуживание.

3. Общение.

4. Обучение.

5. Ориентация в пространстве.

6. Контроль за своим поведением.

7. Способность к выполнению профильной трудовой деятельности (на уроках общественно-полезного труда, дома, в коллективах детского творчества и т.д.).

14 - 16 лет:

1. Передвижение.

2. Самообслуживание.

3. Общение.
4. Обучение.
5. Ориентация в пространстве.
6. Контроль за своим поведением.
7. Готовность к труду (дополняется оценкой уровня развития трудовых навыков, социально- трудовых установок, склонностей, интересов и намерений ребенка).

16 - 18 лет:

1. Передвижение.
2. Самообслуживание.
3. Общение.
4. Обучение.
5. Ориентация в пространстве.
6. Контроль за своим поведением.
7. Способность к овладению профессией (трудоспособность).

Оценка выраженности отклонений вышеперечисленных параметров осуществляется посредством введения понятия «функциональный класс» (ФК). При этом **ФК I (0 - 25%)** отклонение параметра расценивается как легкое нарушение, не приводящее к факту стойкой социальной дезадаптации и требующее лишь динамического наблюдения и соответствующей коррекции.

ФК II (25 - 50%) отклонение параметра предусматривает умеренную степень как функциональных нарушений, так и ограничений жизнедеятельности. Еще раз хотелось бы акцентировать внимание на том, что экспертиза – прежде всего экспертная диагностика социальной недостаточности, а не дефекта. Вот почему при заполнении раздела «выраженность дефекта» и «выраженность ограничений жизнедеятельности и социальной дезадаптации» могут наблюдаться вполне закономерные несоответствия, если учитывать, что в совокупности легкие нарушения передвижения, слуха и зрения, например, обуславливают умеренность нарушений ориентации, общения и обучения.

ФК III (50-75%) функциональная недостаточность характеризуется как выраженная и сама по себе является основанием для признания ребенка инвалидом. Степень же утраты здоровья снова базируется на комплексности подхода к оценке нарушений с выходом на ограничения жизнедеятельности.

ФК IV (75% и выше) является поводом для определения максимальной степени социальной дезадаптации по факту ограничений жизнедеятельности по многим ее критериям независимо от профиля инвалидизирующей патологии, т.к. ребенок со столь выраженными нарушениями здоровья наверняка испытывает затруднения и в общении, и в обучении и, конечно, в овладении профессиональными навыками в будущем.

Пример 1. В реабилитационное неврологическое отделение БНИИЭТИНа поступила пациентка. Возраст 16 лет, после операции по поводу удаления глиобластомы 4-го желудочка головного мозга. При поступлении у больной отмечалась значительно выраженная атаксия (ФК3), умеренный (ФК2) правосторонний гемипарез. На момент поступления больной уже была определена первая (самая тяжелая) группа инвалидности. В процессе проведения трех курсов комплексной реабилитации удалось компенсировать координаторные нарушения ФК1, справиться с гемипарезом ФК1, сформировать нормальные установки на получение профессии и в будущем на трудовую деятельность ФК0, независимо от родителей. Больная успешно закончила школу и через год поступила на заочное отделение БГУ на специальность социальная психология. По личному заявлению пациентки была снижена группа инвалидности с первой на вторую, и она устроилась на работу в качестве лаборанта одной из лабораторий института. В течение года вышла замуж, родила здорового ребенка и казалось, все вроде есть и реабилитация проведена на 100%.

Однако сыграли свою раковую роль те факторы, которые мы привыкли не замечать и считать второстепенными. Во-первых, это гиперопека со стороны родителей, которая привела к формированию личности потребителя, к полной зависимости от окружающих и неспособности решать вопросы самостоятельно. Во-вторых, наличие статуса инвалида постепенно перевел ее из *homosapiens* в *homoinvalidicus* и она уже не мыслила, что возможно нормальным путем достигать поставленные в жизни цели, не размахивая перед собой удостоверением инвалида. Начала добиваться зачетов, экзаменационных оценок с помощью инвалидного удостоверения, что еще усугубило личностные изменения и она оказалась на грани отчисления. В собственной семье она также с упорством требовала уважения к статусу инвалида и в связи с этим полному освобождению от семейных ролей, что привело к разрушению семьи, ребенок практически стал социальным сиротой и перешел на воспитание к бабушке и дедушке. С этого времени жизнь девушки стала приобретать совсем асоциальный характер. Она практически перестала общаться с сыном и родителями, начала курить, пить, исчезать на несколько дней из дома, кое как окончила обучение в университете и уже поменяла несколько рабочих мест (не устраивал коллектив), в настоящее время не работает.

Пример 2. Родители ребенка Г. 16 лет (диагноз – ДЦП спастическая диплегия, 3 степень тяжести, конечная резидуальная стадия) обратились за помощью в проведении медико - профессиональной реабилитации сыну. У пациента в момент поступления отмечались значительные двигательные нарушения ФК3 (значительно выраженный спастический парепарез ног, умеренно выраженный атетоидный гиперкинез рук и мимической мускулатуры), умеренные речевые нарушения (дизартрия) ФК2, легкий астено-невротический синдром, кроме того у парня отмечались значительные психологические нарушения выразившиеся в полном отсутствии желания каким ли-

бо образом изменить ситуацию, сформированными иждивенческими взглядами (все ему должны), с персоналом отделения и с родителями вел достаточно агрессивно, в реабилитационные мероприятия включаться не желал мол «и так хорошо все у меня есть и все вокруг меня вертятся».

Таким образом у ребенка были выявлены нарушения следующие нарушения жизнедеятельности:

1. Способность к передвижению – значительно выражено.
2. Общение – умеренно.
3. Способность к самообслуживанию – значительно.
4. Ориентация – не нарушена.
5. Способность к обучению и занятию трудовой деятельностью – выражено.

Следовательно, у ребенка была значительно выраженная социальная недостаточность вследствие значительного снижения способности к передвижению, общению, контролю за своим поведением, постоянной зависимости от других лиц, не способности поддерживать занятость своего времени соответственно своего пола и возраста.

После проведения реабилитационных мероприятий пациент смог передвигаться с помощью вспомогательных средств ФК2, самостоятельно себя обслуживать в быту (иногда с помощью вспомогательных средств) ФК 2, у пациента появилось осознание временности родителей и необходимости в последующем жить самостоятельно, а в связи с этим необходимостью учиться.

Данный пример показывает изменение степени выраженности нарушений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

В последующем данный пациент получил специальность экономиста, работал по специальности в одном из НИИ, а затем перешел работать в коммерческую фирму.

Таким образом, этот пример и многие другие, которые можно приводить бесконечно, показывают недостаточность внимания, уделяемого социальным и социально-психологическим вопросам реабилитации. Мы пытаемся реабилитировать синдром или болезнь вместо того чтобы основное внимание сосредоточить на формировании нормальной, социально адаптированной личности. Результат реабилитации в противном случае тот же инвалид только вследствие патологического развития личности, а не вследствие физического дефекта. Решение всех поставленных вопросов возможно только через комплекс медицинских, психологических, профессиональных, социальных мер осуществляемых путем тесного взаимодействия врачей, психологов, специалистов по социальной работе объединенных специализацией «Социальная реабилитация».

ТЕМА 5. МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

Многочисленные исследования, тенденции общественного развития, трансформация общественных отношений, во главу угла которых становится человек – личность, обладающая достоинством и требующая уважения и признания индивидуально-типологических свойств, определили необходимость формализации систем оценки характера взаимодействия человека с конкретным, реальным социально-средовым окружением. Данные обстоятельства и стали платформой Международной классификации функционирования. Так, если при оценке ограничений жизнедеятельности с учетом Международной классификации ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН) учитывались приоритетно внутренние факторы связанные с состоянием здоровья, то МКФ нацеливает на учет комплекса факторов окружающей среды и социальной инфраструктуры. Настоящая классификация, в контексте здоровья, выделила восемь основных составляющих, всесторонне определяющих структуру жизнедеятельности человека:

Функции организма – это физиологические функции систем организма (включая психические функции).

Структуры организма – это анатомические части организма, такие как органы, конечности и их компоненты.

Нарушения – это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие, как *существенное отклонение или утрата*.

Активность – это выполнение задачи или действия индивидом.

Участие – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию.

Ограничение активности – это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид.

Ограничение возможности участия – это проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации.

Факторы окружающей среды создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время.

Основной целью МКФ является - обеспечить унифицированным стандартным языком и определить рамки для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем. Она вводит определения составляющих здоровья и некоторых, связанных со здоровьем составляющих благополучия (таких как образование и труд). Таким образом, домены, имеющиеся в МКФ, могут рассматриваться как *домены здоровья* и как *домены, связанные со здоровьем*. Эти домены описаны с позиций организма, индивида и общества посредством двух основных перечней:

1. Функции и структуры организма (B- Body).
2. Активность (A — Activity) и участие (P — Participation).

Как классификация, МКФ системно группирует различные домены индивида с определенным изменением здоровья (например, указывает, что индивид с заболеванием или расстройством делает, или способен делать).

Функционирование является общим термином для констатации положительного или нейтрального аспектов функций организма, активности и участия, точно так же термин *ограничения жизнедеятельности* относится ко всем нарушениям, ограничениям активности и ограничениям возможности участия. Кроме того, МКФ содержит перечень факторов окружающей среды, которые взаимодействуют со всеми этими категориями. Таким образом, она позволяет пользователю практически отразить профиль функционирования и ограничений жизнедеятельности индивида, отраженный в рамках различных доменов.

МКФ принадлежит к «семье» международных классификаций, разработанных Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ), которые применимы к различным аспектам здоровья. «Семья» международных классификаций ВОЗ обеспечивает общие правила кодирования широкого круга информации, связанной со здоровьем (например, диагноз, функционирование и ограничение жизнедеятельности, основание для обращения за медицинской помощью), и использует стандартизованный общий язык, позволяющий общаться по проблемам, связанным со здоровьем и здравоохранением, во всем мире в различных дисциплинах и отраслях науки.

В международных классификациях ВОЗ изменения здоровья (болезнь, расстройство, травма и т.п.) изначально классифицированы в МКБ –10(аббревиатура "Международной классификации болезней, 10-го пересмотра"), которая определяет их этиологическую структуру. Функционирование и ограничения жизнедеятельности, связанные с изменениями здоровья, классифицируются в МКФ. Таким образом, МКБ-10 и МКФ дополняют друг друга, и пользователям рекомендуется применять обе классификации совместно. В МКБ-10 заболевания, расстройства или другие изменения здоровья обеспечиваются диагнозом, который дополняется информацией МКФ о функционировании.

Совместная информация, относящаяся к диагнозу и функционированию, дает более широкую и значимую картину здоровья людей или популяций, которая может быть использована при принятии решений.

Семья международных классификаций ВОЗ представляет собой ценный инструмент, позволяющий на международном уровне описывать и сравнивать популяционные данные о здоровье. Информация о смертности (в соответствии с МКБ-10), а также о показателях здоровья (в соответствии с МКФ) может комбинироваться при популяционных исследованиях здоровья с целью мониторинга и оценки

его состояния, а также влияния различных факторов на смертность и заболеваемость.

МКФ ушла от классификации «последствий болезни» (версия 1980 г.) чтобы стать классификацией «составляющих здоровья». «Составляющие здоровья» определяют, из чего оно состоит, в то время как «последствия» концентрируют внимание на тех влияниях, которые могут оказывать заболевания и другие изменения здоровья на конечный результат. Таким образом, МКФ занимает нейтральную позицию по отношению к этиологии, поэтому исследователь может делать выводы о причинно-следственных связях, используя приемлемые научные методы. Этот подход также отличается от подхода на основе детерминантов здоровья или факторов риска. Для исследования детерминант или факторов риска, МКФ содержит перечень факторов внешней среды, описывающих обстановку, в которой живет индивид.

Цели МКФ.

МКФ — это многоцелевая классификация, разработанная для использования в различных дисциплинах и областях. Ее специфические цели могут быть определены как следующие:

- обеспечить научную основу для понимания и изучения показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, результатов вмешательств и определяющих их факторов;
- сформировать общий язык для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, с целью улучшения взаимопонимания между различными пользователями: работниками здравоохранения, исследователями, администраторами и обществом, включая людей с ограничениями жизнедеятельности;
- сделать сравнимой информацию в разных странах, сферах здравоохранения, службах и во времени;
- обеспечить систематизированную схему кодирования для информационных систем здоровья.

Эти цели оказались взаимосвязанными, поскольку необходимость применения МКФ заставила создать многозначную и практичную систему, которая может использоваться разными потребителями в управлении здравоохранением, при контроле его качества и оценке эффективности в различных культурах.

Применение МКФ.

Так как МКФ, безусловно, является классификацией здоровья и всех обстоятельств, которые связаны со здоровьем, она используется и в таких областях, как страхование, социальная защита, трудоустройство, образование, экономика, социальная политика, законодательство, гигиена. Она принята в ООН как одна из социальных классификаций, на которую ссылаются и в которой реализуются *"Стан-*

дартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ограничениями жизнедеятельности". Таким образом, МКФ является удобным инструментом для реализации принятых международных документов по правам человека, а также национального законодательства.

Имеется широкий круг областей, где применение МКФ будет полезным, например, в социальной защите, при оценке управления здравоохранением, эпидемиологических исследованиях популяции на местном, национальном и международном уровнях. Она предлагает концептуальную структуру информации, которая применима на уровне охраны здоровья индивида, включая профилактику, укрепление здоровья и увеличение степени участия путем снятия или уменьшения социальных препятствий, обеспечения социальной поддержкой и облегчающими факторами. Она также применима при изучении систем здравоохранения для их оценки и формирования политики.

Характеристики МКФ.

В классификации должно быть четко определено, что она классифицирует: ее концепция (общий подход), рамки и единицы измерения, ее устройство и то, как все эти элементы структурно взаимосвязаны. Последующие разделы раскрывают основные характеристики МКФ.

1. Общие подходы (концепция) МКФ.

МКФ включает все аспекты здоровья человека и некоторые составляющие благополучия, относящиеся к здоровью, описывая их в терминах *доменов здоровья* и *доменов, связанных со здоровьем*. Классификация, оставаясь в рамках широкого понимания здоровья, не распространяется на события, не связанные со здоровьем, например, на события, которые определяются социально-экономическими факторами. Так, люди могут иметь ограничения при выполнении задач в реально существующей окружающей среде из-за расовой принадлежности, пола, религии или других социально-экономических причин, но это не будет ограничением возможности участия, связанным со здоровьем, что классифицируется в МКФ.

Широко распространено заблуждение, что МКФ относится только к людям с ограничениями жизнедеятельности. На самом деле она применима ко *всем людям*. Показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем, при любом изменении здоровья, могут быть описаны с помощью МКФ. Другими словами, МКФ универсальна в применении.

2. Рамки МКФ.

МКФ дает описание ситуаций, исходя из функционирования и его ограничений у человека, и служит каркасом для систематизации этой информации. Она выстраивает информацию во взаимосвязанном и легко понятном виде.

Информация в МКФ систематизирована в двух частях. Часть 1 включает функционирование и ограничения жизнедеятельности, в то время как часть 2 охватывает контекстовые факторы. Каждая часть включает две составляющие:

1. Составляющие функционирования и ограничений жизнедеятельности.

Составляющая **организм** включает две классификации, одна для функций систем организма, другая для структур организма. Разделы в обеих классификациях построены в соответствии с системами организма.

Составляющая **активность и участие** охватывает полный круг доменов, обозначающих аспекты функционирования с индивидуальной и социальной позиций.

2. Составляющие контекстовых факторов.

Перечень **окружающих факторов** – это первая составляющая контекстовых факторов. Окружающие факторы влияют на все составляющие функционирования и ограничений жизнедеятельности и систематизированы по принципу: от непосредственно окружающих индивида до общего окружения.

Личностные факторы являются составляющей факторов контекста, но они не классифицированы в МКФ из-за больших социальных и культурных вариаций, связанных с ними.

В части 1 составляющие функционирования и ограничений жизнедеятельности могут быть выражены двумя способами: с одной стороны, они могут отражать проблемы (например, нарушения, ограничения активности или ограничения возможности участия, обозначенные общим термином *ограничения жизнедеятельности*); с другой, отражать не проблемные (т.е. нейтральные) аспекты здоровья и связанных со здоровьем состояний, обозначенные общим термином *функционирование*.

Эти составляющие функционирования и ограничений жизнедеятельности раскрываются посредством четырех отдельных, но взаимосвязанных *параметров*. Определение параметров осуществляется при использовании *определителей*. Функции и структуры организма могут быть представлены как изменения физиологических систем или анатомических структур. Для составляющей активность и участие предложены два параметра — *потенциальная способность* и *реализация*.

Функционирование и ограничения жизнедеятельности индивида представляются в виде динамического взаимодействия между различными изменениями здоровья (болезни, расстройства, повреждения, травмы и т.п.) и факторами контекста. Как указывалось, выше, контекстовые факторы включают как личностные (индивидуальные), так и факторы окружающей среды. МКФ содержит исчерпывающий перечень факторов окружающей среды, составляющих неотъемлемую часть классификации. Факторы окружающей среды взаимодействуют со всеми составляющими функционирования и ограничений жизнедеятельности. Для составляю-

щей "факторы окружающей среды" основным параметром выступает облегчающее или препятствующее воздействие характеристик физической и социальной среды, а также мира отношений и установок.

3. Единица классификации.

МКФ классифицирует различные показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем. Поэтому единицей классификации считается *категория* внутри каждого из доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем. Важно отметить, что в МКФ индивиды не являются единицами классификации, т.е. МКФ не классифицирует людей, а только с помощью набора доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем, описывает ситуацию индивида. Более того, описание всегда дается в контексте окружающих и личностных факторов.

4. Представление МКФ

В интересах пользователей МКФ представлена в двух версиях с различной степенью детализации.

Полная версия МКФ, обеспечивает классификацию четырьмя уровнями детализации. Эти четыре уровня версии могут быть сведены к системе, которая включает все домены второго уровня классификации. Двухуровневая система также доступна в виде *короткой версии МКФ*.

Определения.

В контексте здоровья:

Функции организма – это физиологические функции систем организма (включая психические функции).

Структуры организма — это анатомические части организма, такие как органы, конечности и их компоненты.

Нарушения – это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие как существенное отклонение или утрата.

Активность – это выполнение задачи или действия индивидом.

Участие – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию.

Ограничение активности – это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид.

Ограничение возможности участия – это проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации.

Факторы окружающей среды создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время. Обзор этих концепций дан в таблице 1; с помощью специальной терминологии они подробно излагаются в разделе 5.1. Как отмечено в таблице:

- МКФ имеет две части, каждая из которых состоит из двух составляющих:

Часть 1. Функционирование и ограничения жизнедеятельности

(а) функции и структуры организма

(б) активность и участие

Часть 2. Факторы контекста

(а) факторы окружающей среды

(б) личностные факторы.

- Каждая составляющая может быть представлена как *позитивными*, так и *негативными* терминами.

- Каждая составляющая состоит из различных доменов, а внутри каждого домена – из категорий, которые являются единицами классификации. Показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем индивида, могут быть зарегистрированы посредством выбора соответствующего кода категории с добавлением *определителей*, которые являются числовыми кодами, определяющими степень или величину функционирования (ограничений жизнедеятельности) в этой категории или величину того, в какой степени фактор окружающей среды выступает как фактор облегчения или барьер.

Таблица 1. Обзор МКФ

	Часть 1: Функционирование и ограничения жизнедеятельности		Часть 2: Контекстовые факторы	
Составляющие	Функции и структуры организма	Активность и участие	Факторы окружающей среды	Личностные факторы
Домены	1. Функции организма 2. Структуры организма	Сферы жизнедеятельности (задачи, действия)	Внешнее влияние на функционирование и ограничения жизнедеятельности	Внутреннее влияние на функционирование и ограничения жизнедеятельности
Параметры	Изменение функций (физиологическое) Изменение структуры организма (анатомическое)	Потенциальная способность Выполнение задачи в стандартных условиях Реализация Выполнение задачи в реальной жизненной	Облегчающее или затрудняющее влияние физической, социальной среды, мира отношений и установок	Влияние свойств личности
Позитивный аспект	Функциональная и структурная целостность	Активность Участие	Облегчающие факторы	не применимо
	Функционирование			

Негативный аспект	Нарушение	Ограничение активности Ограничение возможности участия	Препятствующие факторы / барьеры	не применимо
	Ограничение жизнедеятельности			

Функции и структуры организма и нарушения.

Определения:

Функции организма – это физиологические функции систем организма (включая психические функции).

Структуры организма – это анатомические части организма, такие как органы, конечности и их компоненты.

Нарушения – это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие как существенное отклонение или утрата.

1) Функции организма и структуры организма классифицируются в двух различных секциях, разработанных для параллельного использования. Например, функции организма включают в себя основные чувства или функции человека, такие как «зрительные функции», а их структурный коррелят существует в виде «глаз и связанные с ним структуры».

2) Термин "организм" относится к человеческому организму как единому целому; следовательно, он включает головной мозг и его функции, т.е. интеллект. Умственные (или психические) функции, таким образом, относятся к категориям функций организма.

3) Функции организма и структуры организма классифицируются по системам организма, следовательно, структуры организма не рассматриваются как органы.

4) Нарушения структуры могут включать в себя аномалию, дефект, утрату или другое значительное отклонение в структурах организма. Нарушение концептуально соответствует биологическим знаниям на тканевом, клеточном, субклеточном или молекулярном уровнях. Тем не менее, из практических соображений, эти уровни не включены в перечень". Биологические основы нарушений в классификации являются ведущими, и дополнительно может быть предусмотрено расширение классификации до клеточного или молекулярного уровня. Медицинским работникам при работе с классификацией следует помнить, что нарушения и лежащая в их основе патология — это не одно и то же, но нарушения являются ее проявлением. Несмотря на то, что организменный уровень был зафиксирован еще в версии МКН 1980 г., определение слова «орган» не является отчетливым. Глаз и ухо традиционно считаются органами; тем не менее, трудно определить и установить их границы; аналогично обстоит дело с конечностями и внутренними орга-

нами. Вместо "органного" подхода, который подразумевает существование единой части или составного элемента в организме, МКФ заменила этот термин термином «структура организма».

5) Нарушения представляют собой отклонения от определенных общепринятых популяционных стандартов биомедицинского статуса организма и его функций, уточнение их составляющих осуществляется преимущественно специалистами, оценивающими физическое и психическое функционирование в соответствии с этими стандартами.

6) Нарушения могут быть временными или постоянными; прогрессирующими, регрессирующими или стабильными; перемежающимися или непрерывными. Отклонение от популяционной нормы может быть незначительным или выраженным, а его степень с течением времени может меняться в ту или иную сторону. Эти характеристики в последующем представлены в виде кодов определителей, расположенных после разделительной точки.

7) Нарушения не зависят от этиологии или от того, как они развиваются; например, потеря зрения или конечности может быть следствием генетической аномалии или травмы. Наличие нарушения обязательно подразумевает причину, хотя причина может быть недостаточной для объяснения, последовавшего за ней нарушения. Аналогично, наличие нарушения всегда указывает на присутствие функционального или структурного расстройства организма, но оно может быть вызвано любым заболеванием, расстройством или физиологическим состоянием.

8) Нарушения могут быть частью или проявлением изменения здоровья, но они не являются обязательным признаком болезни и не означают, что индивид должен считаться больным.

9) Нарушения шире и масштабнее, чем расстройства или болезни; например, утрата конечности — это нарушение структуры организма, но не расстройство или болезнь.

10) Одни нарушения могут приводить к другим нарушениям; например, потеря мышечной силы может ограничивать двигательные функции, функции сердца могут иметь отношение к изменению функций дыхания, нарушение восприятия может быть связано с функциями мышления.

11) Кажется, что некоторые категории составляющей функции и структуры организма частично совпадают с категориями МКБ-10, особенно это относится к симптомам и признакам. Тем не менее, цели обеих классификаций различны. Чтобы регистрировать заболеваемость и обращаемость за услугами, МКБ-10 в специальных разделах классифицирует симптомы, в то время как МКФ отражает их как часть функций организма, что может быть использовано для профилактики или определения потребностей пациентов. Наиболее важно то, что МКФ предполагает использование классификации функций и структур организма совместно с катего-

риями активности и участия.

12)Нарушения классифицированы в соответствующих категориях с использованием определенных идентификационных критериев, т.е. как существующие или отсутствующие в соответствии с пороговым уровнем. Эти критерии одинаковы для функций и структур организма. Ими являются: а) утрата или отсутствие; б) снижение; в) добавление или избыток; г) отклонение. Как только нарушение появляется, оно может быть оценено по степени выраженности с использованием общего определителя МКФ.

13)Факторы окружающей среды находятся во взаимодействии с функциями организма подобно тому, как взаимодействуют качество воздуха и дыхание, свет и зрение, звуки и слух, отвлекающие раздражители и внимание, рельеф грунта и равновесие, окружающая температура и регуляция температуры тела.

Активность и участие/ограничение активности и ограничение возможности участия.

Определения:

Активность – это выполнение задачи или действия индивидом.

Участие - это вовлечение индивида в жизненную ситуацию.

Ограничение активности – это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид.

Ограничение возможности участия – это проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации.

1) Домены для составляющей: активность и участие, даны в *одном перечне*, охватывающем все сферы жизни (от базисных навыков обучения, использования зрения до более сложных сфер, таких как межличностные взаимодействия или трудовая занятость). Составляющая может использоваться как для обозначения активности (а) или участия (р), так и для того и другого вместе. Домены этой составляющей квалифицируются двумя определителями: *реализация* и *потенциальная способность (капацитет)*. Поэтому получаемая информация не дублируется (см. табл. 2).

Таблица 2. Активность и участие: информационная панель

Домены		Определители	
		Реализация	Потенциальная способность
d1	Обучение и применение знаний		
d2	Общие задачи и требования		
d3	Общение		

d4	Мобильность		
d5	Самообслуживание		
d6	Бытовая жизнь		
d7	Межличностные взаимодействия и общение		
d8	Главные сферы жизни		
d9	Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь		

2) Определитель *реализация* устанавливает, что делает индивид в условиях реально окружающей его среды. Так как реальная окружающая среда включает социальный контекст, реализация может пониматься как "вовлечение в жизненную ситуацию" или "жизненный опыт" человека в актуальных условиях, в которых он живет. Эти условия включают окружающие факторы: все аспекты физической, социальной среды, мира отношений и установок, которые можно кодировать с использованием составляющей "факторы окружающей среды".

3) Определитель *потенциальная способность* устанавливает способность индивида выполнять, или справляться с какой-либо задачей или действием. Этот параметр предназначен для отражения наиболее высокого уровня предельного функционирования, которого может достигнуть индивид в данном домене и в данный момент. Для оценки способностей индивида необходимо иметь "стандартное" окружение, чтобы нейтрализовать неравнозначное воздействие разного окружения на его способности. Таким стандартным окружением может быть: а) актуальное окружение, в котором обычно происходит тестирование потенциальной способности; или б) в тех случаях, где это невозможно, таким окружением считается то, которое оказывает одинаковое влияние. Такое окружение может называться "типичным" или "стандартным" окружением. Таким образом, потенциальная способность отражает способности индивида в определенных условиях. Эти определенные условия не должны отличаться друг от друга для разных стран и людей, что позволит проводить международные сравнения. Характеристики типичных или стандартных условий окружающей среды могут быть закодированы в факторах окружающей среды, представленных в классификации. Разница между потенциальной способностью и реализацией отражает различия влияний факторов реальной и типичной окружающей среды и тем самым указывает направление изменений этой окружающей среды с целью более полной реализации индивида.

4) Оба определителя потенциальной способности и реализации могут в дальнейшем использоваться как с учетом вспомогательных средств и посторонней помощи, так и без них. Хотя ни вспомогательные средства, ни посторонняя по-

мощь не устраняют нарушений, они могут устранить ограничения функционирования в некоторых доменах. В этом случае кодирование будет особенно полезным, так как позволит определить, насколько ограничено функционирование индивида без вспомогательных устройств.

5) Сложности или проблемы в этих доменах могут появиться в тех случаях, когда имеются качественные или количественные отклонения в способах выполнения индивидом функций, относящихся к данному домену. *Ограничения* или *ограничения возможности* оцениваются в сравнении с общепринятыми популяционными стандартами. Стандарты или нормы, с которыми сравниваются потенциальная способность или реализация индивида — это функционирование индивида без аналогичного изменения здоровья (болезни, расстройства или травмы и т.п.). Ограничения или ограничения возможности фиксируют несоответствие между тем, что имеется, и тем, что ожидается. Ожидаемая реализация соответствует популяционным нормам, которые относятся к людям без специфичного изменения здоровья. Для определителя потенциальной способности используется та же самая норма, в результате чего можно сделать вывод о том, как следует воздействовать на окружающую среду для реализации способностей индивида.

6) Проблемы реализации могут возникать непосредственно из-за социального окружения, даже когда у индивида отсутствуют нарушения. Например, индивиду с положительной реакцией на ВИЧ-инфекцию без симптомов и болезни или с генетической предрасположенностью к какой-либо болезни без признаков нарушений и с достаточной потенциальной способностью работать может быть отказано в предоставлении услуг, он может подвергаться дискриминации или чувствовать на себе клеймо неполноценности.

7) Разграничить «активность» и «участие» на основе доменов составляющей «активность и участие» трудно. Дифференциация между «индивидуальным» и «социальным» на основе доменов также оказалась невозможной, создавая вариации и различные подходы в разных странах среди теоретиков и практиков. Поэтому в МКФ приводится один перечень, который пользователь по своему усмотрению может использовать для дифференциации активности и участия, что объясняется в приложении 3. Существует четыре основных подхода к решению этой задачи:

- а) обозначить одни домены как активность, другие как участие, при этом они не будут совпадать;
- б) сделать все так же, как в варианте а), но при наличии частичного совпадения доменов;
- в) обозначить все детализированные домены как активность, а широкие категории озаглавить как участие;
- г) использовать все домены как активность и участие одновременно.

Контекстовые факторы.

Контекстовые факторы представляют полную обстановку, в которой живет и существует индивид. Они включают факторы окружающей среды и личностные факторы, которые могут влиять на индивида с изменением здоровья, на показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем этого индивида.

Факторы окружающей среды создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время. Эти факторы являются внешними по отношению к индивиду и могут оказывать положительное или отрицательное влияние на реализацию индивида в обществе, потенциальную способность индивида или на функции и структуру организма индивида.

1) Факторы окружающей среды представлены в классификации таким образом, чтобы сфокусировать внимание на двух разных уровнях:

а) *Индивида* – в непосредственном окружении индивида, охватывающем домашнюю обстановку, место работы, школу. Этот уровень включает физические и материальные особенности окружающей среды, с которой индивид сталкивается, а также прямые контакты с другими людьми, т.е. в семье, со знакомыми, сверстниками, посторонними.

б) *Общества* – формальные и неформальные социальные структуры, службы, общие установки и системы в сообществе или сфере культуры, которые оказывают влияние на людей. Этот уровень включает организации и службы, относящиеся к труду, деятельности в сообществах, к правительственным учреждениям, транспортным и коммуникационным службам, негосударственным социальным структурам, а также законы, постановления, официальные и неофициальные правила, связи и идеологии.

2) Факторы окружающей среды взаимодействуют с такими составляющими как: функции и структуры организма, активность и участие. Для каждой составляющей сущности и степень этого взаимодействия могут быть детально разработаны в ходе будущих научных исследований. Ограничения жизнедеятельности характеризуются как последствия или результат сложных взаимоотношений между изменением здоровья индивида, личностными факторами и внешними факторами, представляющими условия, в которых индивид живет. В результате этих взаимоотношений разные окружающие факторы могут оказывать различное влияние на одного и того же индивида с определенным изменением здоровья. Окружающая среда с барьерами и без облегчающих факторов будет ограничивать возможность реализации индивида, среда же с облегчающими факторами может, наоборот, способствовать этой реализации. Общество может тормозить реализацию индивида в результате того, что оно или создает барьеры (например, недоступные здания) или не обеспечивает облегчающими факторами (например, недоступность вспомогательных средств).

Личностные факторы – это индивидуальные характеристики, с которыми живет и существует индивид, состоящие из черт индивида, не являющихся частью изменения здоровья или показателей здоровья. Они могут включать пол, расу, возраст, другие изменения здоровья, тренированность, стиль жизни, привычки, воспитание, социальное окружение, образование, профессию, прошлый и текущий жизненный опыт (события в прошлом и в настоящем), тип личности и характера, склонности, другие характеристики, из которых все или некоторые могут влиять на ограничения жизнедеятельности на любом уровне. Личностные факторы в МКФ не классифицируются. Тем не менее, они включены в схему рисунка 1, чтобы отметить тот вклад, который может оказывать их влияние на конечный результат различных вмешательств.

Модель функционирования и ограничений жизнедеятельности.

Процесс функционирования и ограничений жизнедеятельности.

Как классификация, МКФ не моделирует "процесс" функционирования и ограничений жизнедеятельности. Однако, она может быть использована для описания этих процессов, предлагая средства отображения различных параметров и доменов. МКФ обеспечивает многоцелевые подходы к классификации функционирования и ограничений жизнедеятельности как взаимодействующих и развивающихся процессов. Она обеспечивает строительными блоками пользователей, желающих создавать модели и изучать различные аспекты этих процессов. В этом смысле, МКФ может рассматриваться как язык: тексты, созданные с его помощью, зависят от пользователей, их творчества и научной ориентации. Чтобы понять взаимодействия различных компонентов может быть полезна диаграмма, представленная на рисунке 1.

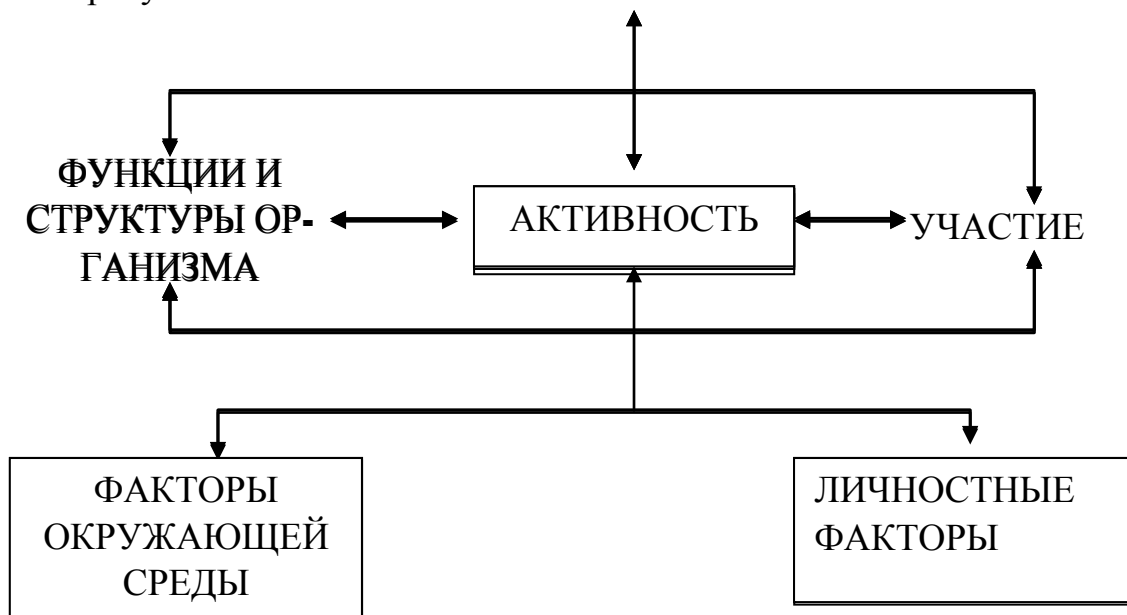


Рис. 1. Взаимодействия между составляющими МКФ

На этой диаграмме функционирование индивида в специфическом домене представляется как взаимодействие или сложные отношения между изменением здоровья и контекстовыми факторами (факторами окружающей среды и личностными факторами). Существует динамическое взаимодействие между этими элементами: вмешательства на уровне одного элемента могут потенциально изменить другой или другие элементы. Эти взаимодействия специфичны и не всегда предсказуемы в отношениях друг с другом. Взаимодействие проявляется в двух направлениях; наличие ограничения жизнедеятельности даже само по себе способно модифицировать изменение здоровья. Может быть полезным и обоснованным вывод о том, что снижение потенциальной способности возникло вследствие одного или более нарушений, или ограничение возможности реализации является следствием снижения потенциальной способности в одном или более доменах. Но важно собирать данные по этим параметрам независимо друг от друга и в дальнейшем выяснять наличие совпадений и причинных связей между ними. Здоровье целесообразно описывать с использованием всех составляющих. Например, индивид может:

- иметь нарушения без снижения потенциальной способности (например, обезображивание при проказе не влияет на потенциальную способность индивида);
- иметь проблемы реализации или снижение потенциальной способности без очевидных нарушений (например, сниженную реализацию в повседневной деятельности, связанную с множеством болезней);
- иметь проблемы реализации без нарушений и снижения потенциальной способности (например, индивид с положительной реакцией на ВИЧ-инфекцию, поправившийся душевнобольной сталкиваются с клеймением или дискриминацией в межличностных отношениях или на работе);
- иметь снижение потенциальной способности при отсутствии посторонней помощи и не испытывать проблем реализации в реальной окружающей среде (например, индивид с ограничениями в передвижении может быть обеспечен обществом вспомогательным техническим средством для передвижения);
- испытывать влияние в обратном направлении (например, неподвижность конечностей может вызвать мышечную атрофию; пребывание в благотворительном учреждении может привести к потере социальных навыков).

Примеры иллюстрируют возможные взаимодействия между составляющими.

Схема рисунка демонстрирует ту роль, которую играют контекстовые факторы, т.е. факторы окружающей среды и личностные факторы в этих процессах. Эти факторы взаимодействуют с индивидом, имеющим изменение здоровья, и определяют уровень и степень индивидуального функционирования. Факторы окружающей среды являются внешними (наружными) по отношению к индивиду (например, отношение общества, архитектурные характеристики, правовая система), и они си-

стематизированы в классификации факторов окружающей среды. С другой стороны, личностные факторы в настоящей версии МКФ не классифицированы. Если понадобится пользователю, их оценка оставлена на его усмотрение. Они могут включать: пол, расу, возраст, другие состояния здоровья, тренированность, стиль жизни, привычки, воспитание, социальную обстановку, образование, профессию, прошлый и настоящий опыт (события прошлой жизни и существующие одновременно события), общую поведенческую модель и тип характера, индивидуальные психологические качества и другие характеристики, все или любые из них, которые могут играть роль в ограничениях жизнедеятельности на любом уровне.

Медицинская и социальная модели.

Было предложено множество концептуальных моделей для понимания и объяснения ограничений жизнедеятельности и функционирования. Это отражено в полемике «медицинской модели» против «социальной модели». *Медицинская модель* рассматривает ограничения жизнедеятельности как персональную проблему, вызванную непосредственно болезнью, травмой или другим изменением здоровья, которая требует медицинской помощи в виде индивидуального лечения, проводимого профессионалами. Контроль ограничений жизнедеятельности является целью лечения или приспособления и изменения поведения индивида.

Медицинская помощь рассматривается как основной выход из положения, а на уровне политики принципиальной реакцией является изменение и реформирование здравоохранения. С другой стороны, *социальная модель* ограничений жизнедеятельности смотрит на этот вопрос как на социальную проблему и главным образом как на вопрос полной интеграции индивида в общество. Ограничения жизнедеятельности – это не атрибут индивида, а комплексное сочетание условий, многие из которых сформированы социальным окружением. Следовательно, управление ситуацией требует социальных решений и во многом предполагает коллективную ответственность общества за проведение изменений окружающей среды, необходимых для полноценного участия лиц с ограничениями жизнедеятельности во всех сферах общественной жизни. Поэтому результатом данной позиции или идеологии будут социальные изменения, которые на политическом уровне становятся вопросом прав человека. В соответствии с этой моделью ограничения жизнедеятельности приобретают политический смысл.

МКФ базируется на интеграции этих двух противоположных моделей. Для объединения различных сторон функционирования используется биопсихосоциальный подход. Поэтому МКФ пытается достичь синтеза, чтобы обеспечить согласованный взгляд на различные стороны здоровья с биологической, личностной и социальной позиций.

Использование МКФ.

МКФ – это классификация функционирования и ограничений жизнедеятельности человека. Она системно группирует домены здоровья и домены, связанные со здоровьем. Далее внутри каждой составляющей домены группируются согласно их общим характеристикам (таким как их происхождение, тип или сходство) и располагаются в смысловом порядке. Классификация построена в соответствии с рядом принципов (см. приложение 1). Эти принципы относятся к взаимосвязанности уровней и иерархии классификации (порядок уровней). Тем не менее, некоторые категории МКФ не выстроены в иерархическом порядке, а выстроены без подчинения, как равные члены ее ветвей.

Ниже перечислены структурные признаки классификации, которые имеют отношение к ее использованию.

1) МКФ дает стандартные рабочие определения доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем, в противоположность «общеупотребляемым» определениям здоровья. Эти определения описывают неотъемлемые свойства каждого домена (например, качества, свойства и взаимоотношения) и содержат информацию о том, что включено и что исключено из каждого домена. Определения содержат традиционно используемые фиксированные пункты для оценки, поэтому они могут быть переведены в опросники. С другой стороны, результаты существующих оценочных методик могут быть кодированы в терминах МКФ. Например, "функции зрения" определяются терминами функций восприятия формы и контура с различных расстояний, так что выраженность затруднений зрения может кодироваться как легкая, умеренная, выраженная и абсолютная в отношении этих параметров.

2) МКФ использует буквенно-цифровую систему, в которой буквы - b, s, d, e, используются для обозначения функций (b) и структур (s) организма, активности и участия (d) и факторов окружающей среды (e). За этими буквами следует числовой код, который начинается с номера раздела (одна цифра), за которым следуют обозначения второго уровня (две последующие цифры), третьего и четвертого уровня (по одной цифре каждый).

3) Категории МКФ сгруппированы таким образом, что общие категории включают в себя более детализированные родственные подкатегории (например, раздел 4 составляющей активность и участие, относящийся к мобильности, включает отдельные категории: положения стоя и сидя, ходьбу, перенос грузов и т.д.). Краткая (сжатая) версия охватывает два уровня, в то время как полная (детализированная) версия расширена до четырех уровней. Коды краткой и полной версий находятся в соответствии по отношению друг к другу, и краткая версия может быть составлена из полной версии.

4) Любой индивид может иметь ряд кодов на каждом уровне. Они могут быть независимыми или взаимосвязанными.

5) Коды МКФ приобретают законченный вид только тогда, когда присутствует *определитель*, который отмечает величину уровня здоровья (например, выраженность проблемы). Определители кодируются одной, двумя или большим количеством цифр после разделительной точки. Использование любого кода должно сопровождаться применением хотя бы одного определителя. Коды теряют смысл, если они используются без определителей.

6) Первый определитель для функций и структур организма, определители реализации и потенциальной способности для активности и участия, а также первый определитель для факторов окружающей среды отражают степень выраженности проблем в представленных составляющих.

7) Все три составляющие классифицируемые в МКФ (функции и структуры организма, активность и участие и факторы окружающей среды) измеряются с помощью единой шкалы. В зависимости от составляющей, наличие проблемы может означать нарушение, ограничение или ограничение возможности, препятствие. К соответствующему домену классификации должны подбираться подходящие определяющие слова, указанные ниже в скобках (знак xxx стоит вместо кода домена второго уровня):

xxx.0 НЕТ проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные,...) 0-4%

xxx.1 ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые,...) 5-24%

xxx.2 УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые,...) 25-49%

xxx.3 ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные,...) 50-95%

xxx.4 АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные,...) 96-100%

xxx.8 не определено

xxx.9 не применимо

Определение этих количественных значений должно быть универсальным, и методики оценки нуждаются в разработке в ходе исследований. Широкий диапазон процентных значений дан для тех случаев, когда для количественных измерений степени нарушений, ограничений или барьеров (препятствий) доступны градуированные методики оценки или другие стандарты. Например, в тех случаях, когда определяется «отсутствие проблем» или «абсолютные проблемы», ошибка при кодировании допустима только в пределах 5%. «Умеренные проблемы» составляют половину временных характеристик, или достигают середины шкалы абсолютных затруднений. Процентные значения, определяемые в различных доменах, при сравнении с совокупными популяционными стандартами должны быть представлены в перцентилях.

8) В случае с факторами окружающей среды первый определитель может быть использован для обозначения или меры позитивных влияний окружающих факторов, т.е. облегчающих факторов, или меры негативных влияний, т.е. барьеров. Для того и другого может быть использована одна шкала 0 — 4, но при обо-

значении облегчающих факторов точка десятичной дроби заменяется знаком плюс (+): например, e1 10+2. Факторы окружающей среды могут кодироваться: а) отдельно по отношению к каждой составляющей, или б) полностью вне связи с отдельной составляющей. Первый вариант предпочтительней, так как идентифицирует воздействия и признаки более точно.

9) В процессе кодирования отдельных пунктов разным пользователям может быть необходимо и полезно добавление другого рода информации. Существует множество потенциально приемлемых дополнительных определителей. Таблица 3 описывает и излагает детали определителей для каждой составляющей, а также дает разъяснения по созданию дополнительных определителей.

10) Описания доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем, относятся к данному конкретному моменту, т. е. это моментальная фиксация увиденного. Однако их многократное использование во времени дает возможность характеризовать траекторию разворачивания процесса во времени и по существу.

11) В МКФ показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем индивида, представлены ранжированными кодами, которые включаются в две части классификации. Для индивида максимальное число кодов на первом уровне может достигнуть 34 (например, 8 — функции организма, 8 — структуры организма, 9 — реализация, 9 — потенциальная способность). Аналогично, при оценке индивида на двух уровнях число кодов возрастает до 362. При дальнейшей детализации число кодов составляет 1424. В реальной жизни, в которой будет использоваться МКФ, чтобы адекватно оценить ситуацию до второго (три цифры) уровня детализации, понадобится от 3 до 18 кодов. Обычно более подробная 4-х уровневая версия используется при специальных исследованиях (например, при изучении эффективности реабилитации, в гериатрии), тогда как 2-х уровневая классификация может использоваться при эпидемиологическом мониторинге и оценке эффективности вмешательств.

Таким образом МКФ является классификацией, комплексно характеризующей различные стороны функционирования человека в социуме.

Еще несколько понятий используемых в МКФ.

Благополучие — это общий термин, обозначающий всеобщую универсальность доменов жизни человека, включая физические, душевные и социальные аспекты, его используют, когда хотят сказать "хорошая жизнь". Домены здоровья — это некоторый набор доменов, составляющих всеобщую универсальность жизни человека.

Барьеры — это факторы в окружении человека, которые посредством своего отсутствия или присутствия лимитируют функционирование и приводят к ограничениям жизнедеятельности. Они включают такие аспекты как недоступность естественной окружающей среды, отсутствие необходимой вспомогатель-

ной технологии, негативное отношение людей к факту ограничения жизнедеятельности, а также службы, системы и политику, которые или отсутствуют, или препятствуют вовлечению во все сферы жизни всех людей с изменениями здоровья.

Облегчающие факторы – это факторы в окружении человека, которые посредством своего отсутствия или присутствия улучшают функционирование и уменьшают ограничения жизнедеятельности. Они включают такие аспекты как доступность естественной окружающей среды, пригодность необходимой вспомогательной технологии, позитивное отношение людей к факту ограничения жизнедеятельности, а также службы, системы и политику, направленные на повышение вовлечения во все сферы жизни всех людей с изменениями здоровья, приведшими к ограничениям жизнедеятельности. Отсутствие определенного фактора также может быть облегчающим, как, например, при отсутствии клейма или негативного отношения. Облегчающие факторы могут предотвратить появление ограничения возможности участия из-за нарушений или ограничений активности в результате повышения реализации, несмотря на снижение потенциальной способности индивида.

Потенциальная способность (капацитет) – это параметр, отмечающий, как определитель, максимально возможный уровень функционирования, которого может достигнуть человек в каком-либо домене перечня активности и участия в данный момент. Потенциальная способность измеряется в типичных или стандартных условиях окружающей среды и, таким образом, отражает способности индивида в определенных условиях среды. Характеристики типичных или стандартных условий окружающей среды могут быть закодированы в факторах окружающей среды.

Реализация – это параметр, описывающий, как определитель, что делают индивиды в реально окружающей их среде, выявляя, таким образом, аспект вовлечения в жизненные ситуации. Характеристики реальной окружающей среды также кодируются с использованием факторов окружающей среды.

ТЕМА 6. ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В КОНТЕКСТЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МКФ

Вопросам поиска новых, эффективных путей повышения уровня социальной защищенности людей пожилого возраста, в настоящее время, уделяется значительное внимание, как со стороны исследователей, так и со стороны общественных организаций и объединений. Данный аспект лежит в поле приоритетного внимания и мировой общественности. Это связано, в первую очередь, с общемировой тенденцией к постарению населения, влекущей за собой увели-

чение удельного веса в структуре общества людей пожилого и старческого возрастов. Данное обстоятельство непременно приводит к снижению числа трудоспособного, работающего населения, что в свою очередь формирует повышение финансовой нагрузки на государство, а также на каждого трудоспособного, работающего члена общества.

Демографические тенденции.

На протяжении 20 века наблюдался неуклонный рост удельного веса людей пожилого возраста в общей структуре населения. Люди в возрастной группе 70 и более лет составили 28,3% в когорте населения пенсионного возраста. Необходимо заметить, что прогнозируется сохранение подобной тенденции и на протяжении 21 века. Международные статистические данные, указывают, что продолжительность жизни в 20 веке выросла на 20 лет и в 2005 году более 1 миллиарда населения перешло в группу старше 60 лет.

Начало процесса постарения населения, связывают со временем так называемой демографической революции, когда наряду с уменьшением показателя смертности населения, быстро стал снижаться показатель рождаемости. Первыми ощутили данную тенденцию Франция и Финляндия, в которых данные изменения начались с начала прошлого века. В середине прошлого века процесс демографического старения затронул все страны Европы. Так, по данным ООН, в 1950 году на земном шаре проживало примерно 250 миллионов людей в возрасте более 60 лет, в 1975 – 550 миллионов. Прогнозные показатели примерного количества населения земного шара старше 60 лет на 2025 год, примерно 1 млрд. 100 млн. человек. В сравнении с показателями 1950 года их численность увеличится в пять раз, вместе с тем численность всего населения увеличится лишь в три раза.

Геронтологические классификации, к пожилым, относят людей в возрасте с 60 до 75 лет, с 75 лет – начинается период старческого возраста, а с 90 лет – долгожительство. Понятие «пожилой человек», как правило, во всем мире, связывают с началом пенсионирования.

В Республике Беларусь 2010 году ожидаемая продолжительность жизни составила 70,9 лет: у мужчин – 65,6; у женщин – 74,7. Ожидается, что к 2050 году продолжительность жизни в нашей стране увеличится до 79,3 лет. Продолжительность жизни среди мужского населения увеличится до 77,9 лет, у женщин до 84,7.

На основании официальной статистики, в Беларуси в 2011 году проживало 507 001 человек в возрасте от 60 до 64 лет; 304 566 человек – от 65 до 69 лет и 1 002 304 человека – от 70 лет и старше. Так удельный вес населения старше трудоспособного, в общей структуре населения Республики Беларусь характеризовался значительной цифрой и составлял – 2 164 053 человек, из них 683

тыс. – женщин. В настоящее время прогнозы ООН, сделанные для Республики Беларусь, указывают на увеличение к 2050 году, доли населения старше 60 лет до 35,8%.

Данные демографические тенденции, как и демографический процесс в целом определили выделение направления – геронтологическая политика в общей структуре социальной политики.

Ограничения жизнедеятельности, связанные с возрастом.

В настоящее время, большое внимание, уделяется вопросам так называемой комплексной реабилитации людей, имеющих дефекты здоровья и страдающих социальной недостаточностью, из-за значительных ограничений в сферах передвижения, общения, ориентации, контроля за своим поведением, самообслуживания, участия в трудовой деятельности. Приоритеты этой комплексной реабилитации расставляются в медико-биологическом направлении коррекции функциональных нарушений. Другими словами, реабилитационный вектор направлен на бесконечное лечение заболеваний, непосредственно определивших или утяжеляющих данный спектр ограничений жизнедеятельности.

Безусловно, лечение, как основной, так и сопутствующей патологии необходимо, и в огромном ряде случаев обусловлено необходимостью сохранения жизни человеку и поддержания максимально возможного уровня функционирования. В ряде случаев лечение продолжается на протяжении всей жизни, социальные меры, способные кардинально изменить качество, упускаются. На наш взгляд, необходимо четко разобраться в приоритетах. Где лечебные мероприятия необходимы не для спасения жизни или лечения острой патологии, а где-то они становятся частью образа жизни человека и на первый план должны выходить социальные аспекты включения человека в полноценную жизнь общества таким, каков он есть, и не ставить задачу: «... вот стану таким, как прежде, тогда и буду все делать, а пока есть болезни и что-то болит или присутствует дефект (парез, паралич, потеря слуха, зрения и т.д.) медицина должна лечить, а общество всячески опекать...».

Аналогично ситуации с больными и инвалидами положение и пожилых людей, только в гораздо больших масштабах. Проблемы, связанные с достижением человеком определенного, преклонного возраста можно достаточно долго перечислять и выстраивать в виде серьезных классификаций. На наш взгляд основных проблем две: чувство одиночества и чувство потери ощущения социальной полезности. Наши наблюдения показывают, что множество других, на первый взгляд и более важных (медицинских, психологических, экономических и др.) являются либо следствием или проявлением вышеуказанных двух причин, либо существуют параллельно, но вызывают несравнимо менее острые переживания у пожилого человека.

Более двух десятилетий в своей профессиональной практике (скорая помощь, специализированный стационар, интернат, надомные консультации и т.д.) мне приходится решать различные задачи медицинского, медико-социального, социально – правового, социально-психологического, реабилитационного характера у людей пожилого возраста. Безусловно, т.к. я врач то проблемы, с которыми обращаются пациенты или клиенты носят первоначально медицинский характер. Подобные жалобы медицинского характера преобладают у пожилых людей в принципе. Это объясняется тем, что любые проблемы человека, в большинстве случаев, побуждают его к действию, конструктивному осмыслению ситуации и реагированию на нее тогда, когда человек начинает испытывать физический, психологический дискомфорт. Этот дискомфорт может, вызываться всевозможными болезнями и состояниями, перечисление которых может быть бесконечным. Часто эти патологические состояния носят психо–соматический характер и практически во всех случаях приводят к снижению качества жизни. Данное наше наблюдение подтверждают и бесконечные очереди пожилых людей в поликлиниках и аптеках. Дома у таких пациентов можно тоже открывать филиалы аптек, т.к. шкафчики забиты множеством всевозможных препаратов, как правило, полученных по льготным рецептам или на них ушла вся пенсия. Количество полученных от врача лекарств является определяющим в оценке этими пациентами его компетентности. Много лекарств выписал – хороший хоть и молодой, мало выписал – ничего не знает - самому пора на пенсию!.

В литературе, в настоящее время, широко дискутируются проблемы пожилых людей и пути их решения. Вместе с тем не сложно заметить, что явный крен делается в сторону гериатрии – науки, рассматривающей особенности лечения заболеваний у пожилых людей, а не социальной геронтологии – изучающей демографические, социально-экономические, социально – гигиенические, социально-психологические и социально-этические аспекты пожилого возраста. Безусловно, эти два направления тесно переплетены и совершенно справедливо, что дополняют друг друга. Наряду с этим наши наблюдения показывают, что удельный вес мероприятий гериатрического характера зависит не только от степени функциональных нарушений пациентов, количества и тяжести их заболеваний, но и от объема мероприятий, проводимых с пожилым человеком социально – геронтологического плана. Так, расширение спектра мероприятий социально – реабилитационного характера позволило снизить частоту обращаемости к врачам и другому медицинскому персоналу примерно на 25%, употребление лекарственных средств, особенно психотропного действия, снизилось примерно на 33%. Нужно заметить, что данные исследования проводились в процессе реализации социально-реабилитационных программ непродолжи-

тельное время, в течение 1 года, когда у людей уже были сформированы стойкие установки и выработана новая, рентабельная стратегия жизни. Причем сложившиеся стереотипы, в значительной мере, мешали реализации социально – реабилитационных программ.

Типы переживания старости.

Практика свидетельствует о том, что пожилые люди очень разные. Среди них есть здоровые и больные; проживающие в семьях и одинокие; довольные уходом на пенсию и жизнью и несчастные, отчаявшиеся в жизни; малоактивные домоседы и жизнерадостные, оптимистически настроенные люди, занимающиеся спортом, ведущие активный образ жизни и т.д.

При переходе к пожилому возрасту человек постепенно смиряется с той ролью и положением, которых он достиг в процессе жизни. Он нацеливается на достойное завершение жизни, ориентируется на собственное здоровье и общечеловеческие ценности. Меняется и сам образ жизни, распорядок дня, цели и задачи, круг общения. В литературе проводятся различные типологии и классификации старости. Так, например, И. Кон приводит классификацию типов старости, в зависимости от характера деятельности, которой она заполнена.

1. Первый тип – активная, творческая старость. Люди расставались с профессиональным трудом и продолжали участвовать в общественной жизни, живут полнокровной жизнью, не ощущая какой-либо ущербности.

2. Второй тип старости также отличается хорошей социальной и психологической приспособленностью, но энергия этих людей направлена главным образом на устройство собственной жизни – материальное благополучие, отдых, развлечение и самообразование, на что раньше не оставалось времени.

3. Третий тип, в котором преобладают женщины, находит главное приложение силы в семье. Им некогда хандрить или скучать, но удовлетворенность жизнью у них обычно ниже, чем у представителей первых двух типов.

4. Четвертый тип – люди, смыслом жизни для которых стала забота о здоровье, которая стимулирует достаточно разнообразные формы активности и дает определенное моральное удовлетворение. Однако эти люди склонны преувеличивать значение своих действительных и мнимых болезней.

Все эти 4 типа старости И. Кон считает психологически благополучными и замечает, что есть и отрицательные типы развития. К таковым могут быть отнесены агрессивные старые ворчуны, недовольные состоянием агрессивного мира, критикующие все кроме себя. Другой вариант негативного проявления старости – разочарование в себе и собственной жизни, одинокие и грустные неудачники. Они винят себя за действительные и мнимые упущенные возможности.

Английский ученый Д. Бромлей предлагает пять стратегий приспособления в старом возрасте.

1. Конструктивная стратегия. Характеризует зрелую личность, хорошо интегрированную, которая наслаждается жизнью, созданными тесными и близкими отношениями с другими людьми. Такие люди терпеливы, гибки, осознают себя, свои достижения, возможности и перспективы, принимают факты пожилого возраста, включая выход на пенсию и др.

2. «Зависимый тип». Вторая стратегия также общественно приемлема, но имеет тенденцию к пассивности и зависимости. Индивид хорошо интегрирован, но полагается на других людей в обеспечение его материально и ждет от других эмоциональной поддержки. Он доволен выходом на пенсию, свободой от работы, хорошо понимает свои личные качества, сочетает чувства общей удовлетворенности жизнью с тенденцией к сверх оптимизма.

3. «Оборонительный тип». Менее конструктивная модель приспособления к пожилому возрасту. Такие люди преувеличенно эмоционально сдержанны, несколько прямолинейны в своих поступках и привычках, любят быть самообеспеченными, неохотно принимают помощь от других людей. Они избегают высказывать собственное мнение, с трудом делятся своими жизненными либо семейными проблемами, отказываются от помощи, доказывая себе то, что они независимы. Их отношение к старости пессимистично, они не видят преимуществ, в старости и завидуют молодым людям. Эти люди с небольшой неохотой и только под давлением окружающих оставляют профессиональную работу. Оборонительную позицию они временами занимают по отношению ко всей семье, что выражается в избегании проявления своих претензий и жалоб в адрес семьи.

4. «Враждебный тип». Люди этого типа агрессивны, взрываются, подозрительны, имеют тенденцию к перекладыванию на окружающих собственных претензий и приписыванию им вины за все свои неудачи. Они мало реалистичны в оценке действительности. Недоверие заставляет их замыкаться и избегать контактов с другими людьми. Они отгоняют мысль о переходе на пенсию, ибо, как и люди с оборонительным отношением, используют механизмы разрядки напряжения через активность, с отягощением. Эти люди не воспринимают свою старость, с отчаянием думают о прогрессирующей утрате сил. Это соединяется с враждебным отношением к молодым людям иногда переносом этого отношения на весь мир.

5. «Самоненавидящий тип». Этот тип отличается от предыдущего тем, что агрессия направлена на себя. Такие люди критикуют и призирают собственную жизнь. Они пассивны, иногда оказываются в депрессии, недостаточно инициативны. Они пессимистичны, не верят, что могут повлиять на свою

жизнь, чувствуют себя жертвой обстоятельств. Люди этого типа хорошо осознают, факты старения, но они не завидуют, молодым, они не бунтуют против собственной старости, лишь безропотно принимают, что шлет судьба. Смерть не беспокоит их, ее они воспринимают как избавление от страданий.

Следует отметить, что при рассмотрении различных типологий важно учитывать, что эти классификации всегда относительны, т.к. в реальной жизни «в чистом виде» психологические типы встречаются редко, любая типология служит ориентировкой, базой для конкретной работы. Вместе с тем их значимость очевидна при выборе реабилитационной стратегии и формирования индивидуальных программ реабилитации для пожилых людей.

В настоящее время, для уточнения характера и степени социальной недостаточности людей, имеющих ограничения жизнедеятельности, все чаще используется Международная классификация функционирования (МКФ). Ценность данного подхода заключается в том, что прежние подходы к оценке ограничений жизнедеятельности человека ставили акценты на состоянии внутреннего мира человека, уровне сохранности или нарушенности тех или иных функций организма. В свою очередь МКФ переносит акценты в сферу возможностей взаимодействия индивида с реальным социально-средовым окружением. Причем во главу угла ставятся не состояние конкретных функций организма человека, а характер его социального включения – как личности, неотъемлемой части всего социума.

Направления деятельности и структурные особенности социальных службы для людей пожилого возраста, должны четко дифференцироваться, в зависимости от специфики контингента. В первую очередь необходимо учитывать социальный статус человека, его социальный анамнез, условия проживания, характер доминирующих проблем определяющих социальную недостаточность конкретного человека. В одних случаях это непосредственно проблемы, связанные со здоровьем, в других с – социальным окружением, в-третьих с - инфраструктурой и т.д.

Таким образом, представляется целесообразным обратить внимание на следующие направления развития социальных служб для пожилых людей.

1. Самостоятельное независимое проживание

Основным вектором в работе с пожилыми должно быть их полное социальное включение и создание условий для самостоятельного независимого проживания. Другими словами, не нужно стремиться помогать всем тогда, когда они этого не просят и чаще всего не нуждаются. В настоящее время наблюдается обратное. Гипертрофическое развитие получила система всевозможного социального «вспоможения» там, где человек еще и сам может независимо функционировать - будем предлагать всяческие услуги, а там где тяжесть со-

стояния действительно определяет необходимость профессиональной социальной, социально-реабилитационной помощи, там человек остается один на один либо с кем-то из близких родственников, либо с санитаром в интернате.

2. Патронаж людей, имеющих преходящие ограничения жизнедеятельности либо постоянные ограничения, но в легкой и умеренной степени
3. Отделения временного пребывания (стационарные, круглосуточные)
 - 3.1 Отделения временного пребывания реабилитационного типа;
 - 3.2 Отделения временного пребывания патронажного типа;
4. Отделения временного пребывания (амбулаторные, дневного пребывания);
 - 4.1 Отделения временного пребывания реабилитационного типа;
 - 4.2 Отделения временного пребывания патронажного типа;
5. Отделения паллиативной помощи;
6. Отделения надомной реабилитации и ухода;
7. Вспомогательные реабилитационные подразделения;
 - Лечебной физкультуры
 - Эрготерапии
 - Нейропсихологии
 - Психологии и психотерапии
 - Трудотерапии
 - Профессиональной диагностики
 - Социально-правовой помощи
 - Другие, в зависимости от задач, решаемых учреждением и характера целевых групп.

Безусловно, невозможно и не нужно создавать универсальную службу, призванную решать все проблемы сразу. Организация определенных служб должна отвечать требованиям оптимальной целесообразности и безусловно уровень развития ее инфраструктуры должен быть экономически обоснованным, т.е. соответствовать хотя бы уровню нулевой рентабельности. Конечно, данный термин в социальной сфере встречается не часто, и подобное заявление может вызвать возражения оппонентов. Однако невозможно говорить об усложнении и специализировании системы не представляя механизмов ее финансирования. В данном случае экономическая эффективность заключается в высвобождении квалифицированного, дорогостоящего трудового ресурса в лице людей (членов семьи) занятых в присмотре представителей старшего поколения в домашних условиях. Кроме того, присматриваемые люди не получают должной квалифицированной помощи и находятся в вынужденной социальной изоляции.

ТЕМА 7. ТЕХНОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА КЛИЕНТА И СОЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

В течение двух последних десятилетий в нашей стране, как и в других странах постсоветского пространства, наблюдаются эволюционные тенденции в развитии технологий социальной защиты различных категорий граждан. Так, от простых форм социального обеспечения, при которых в основном присутствовал механизм материальной поддержки лиц с высоким уровнем социальной недостаточности, осуществляется переход к дифференцированному, адресному применению сложных реабилитационных технологий.

Главная цель данной тенденции заключается в том, что общество стремится вернуть в свои ряды людей, которые вследствие всевозможных медицинских, психологических, юридических, социальных причин ограничены в различных сферах своей жизнедеятельности. Определяющим фактором является гуманистическое стремление общества вернуть человека с ограничениями в свой интеллектуальный, профессиональный, социальный круг и, по возможности, продолжить использовать его опыт, знания, умения и навыки. Кроме того, общество возвращает в свои круги налогоплательщика, а не переводит его в ряд иждивенцев, требующих пожизненного содержания.

Таким образом, вышеупомянутая тенденция полностью обоснована и нуждается в профессиональной поддержке и дальнейшем развитии. Наиболее специфическим контингентом, нуждающимся в помощи сложных комплексных технологий реабилитации, являются лица с ограничениями жизнедеятельности вследствие дефектов здоровья – инвалиды и лица с высоким риском инвалидности.

В настоящее время существует много различных технологий реабилитации данной категории лиц. Значительное количество исследований посвящено медицинской реабилитации лиц с различной патологией. Данное направление, в первую очередь, делает упор на восстановление нарушенных функций человека, предупреждение развития дефекта или максимально возможное снижение степени его выраженности. Как правило, в случаях, когда человек имеет значительные или резко выраженные функциональные нарушения (например, парезы при инсультах), критерием завершения медицинского этапа реабилитации будет являться сформированный резидуальный дефект (на момент «периода последствий»). После того как четко определен дефект, встает следующий вопрос: как человека социально адаптировать, реабилитировать с учетом его функционального статуса.

Не секрет, что позиция, отождествляющая уровень функциональных нарушений с уровнем социальной недостаточности, не оправдана, так как множество примеров указывают на то, что люди с резкими функциональными

нарушениями (слепота, паралич и т.д.) могут не только наравне с другими участвовать в жизни общества, но и занимать лидирующие позиции на достаточно высоких уровнях иерархической структуры этого общества. Яркими примерами тому могут служить президент Т. Рузвельт, композитор Л. В. Бетховен и др. Если мы внимательно оглянемся вокруг себя, то наверняка заметим целый ряд сильных духом личностей, которые, несмотря на значительные нарушения критериев жизнедеятельности, задают тон в серьезных общественно полезных делах. Все вышесказанное определяет необходимость пересмотра критериев, характеризующих уровень адаптивности человека в социальном окружении. К сожалению, данный вопрос до сих пор рассматривается с позиций диагностики уровня функциональных нарушений, зачастую завуалированного критериями жизнедеятельности, то есть степень нарушения опорно-двигательного аппарата коррелирует со степенью нарушения способности к передвижению и мобильности человека. Хотя создание определенных социально-средовых условий в значительном ряде случаев компенсирует эти нарушения. Так, человек со значительными двигательными нарушениями, но высоким уровнем эмоциональной, интеллектуальной, духовной мобильности может посетить многие страны, занять высокую должность и создать себе ореол незаменимости. В то же время можно расписать и обратную ситуацию для человека, не имеющего психофизических дефектов.

В качестве примера приведем случай с гражданином С. Гражданин С. – человек трудоспособного возраста, энергичный, талантливый, полный научных планов и целей специалист, заведующий кафедрой одного из ведущих вузов страны, пострадал от несчастного случая. В результате падения у него произошел перелом позвоночника с травмированием спинного мозга. Вследствие травмы развился выраженный парапарез нижних конечностей, ограничивший способность к передвижению только с помощью использования кресла-коляски. При проведении медико-социальной экспертизы гражданину С. была определена I группа инвалидности, и встал вопрос увольнения с прежнего места работы, так как предписанные условия и характер труда не соответствовали уровню функциональных обязанностей, выполняемых С. в своей должности. То есть человек должен был покинуть привычный для него профессиональный, интеллектуальный и, соответственно, социальный круг. Безусловно, как компенсацию гражданин С. получал пенсию и другие предусмотренные I группой меры социальной защиты. Однако это не коррелировало, во-первых, с личностью этого человека, во-вторых, с надеждами и уровнем доверия коллег и членов руководимого им коллектива. В результате по личному заявлению гражданину С. группа инвалидности была снижена до II, а измененные условия и характер труда позволили продолжить профессиональную деятельность в прежней про-

фессии и должности. В настоящее время гражданин С. в полной мере трудится, защитил докторскую диссертацию, продолжает в полном объеме читать лекции студентам университета, руководить работами молодого поколения ученых. Другими словами, полноценно выполняет соответствующие полу, возрасту, профессиональному и социальному положению роли.

Наряду с этим ярким примером мы может приводить и другие, показывающие актуальность переноса акцентов в оценке уровня адаптации человека с чисто функциональных на социально-бытовые и социально-средовые критерии. То есть проводить не «тончайшую» оценку функциональных нарушений человека, а оценку его возможностей осуществлять привычное функционирование в прежнем профессиональном, социальном кругах. Кроме того, параллельно, а может быть и в первую очередь, должна проводиться оценка социально-средовых условий и степени их адаптации к возможностям человека. Необходимо заметить, что данное обстоятельство является генеральной линией Конвенции о правах инвалидов, принятой ООН в 2006 году. В своих работах мы неоднократно делали попытки предложений технологий исследования социального статуса человека, имеющего ограничения жизнедеятельности. На основании результатов данных исследований предлагали делать заключение (социальный диагноз), в котором всесторонне охарактеризованы различные критерии жизнедеятельности человека и социально-средовые условия его жизни. Социальный диагноз, по нашему мнению, призван стать основанием для определения характера реабилитационной технологии, нацеленной на полную социальную реабилитацию человека как личности через включение его резервных возможностей и адаптации к ним социально-средовых условий.

Алгоритм последовательных действий при исследовании социального статуса с ограничениями жизнедеятельности вследствие дефектов здоровья (технология исследования социального статуса).

Исследование социального статуса клиента проводится специалистами по социальной работе, социальными педагогами, специалистами в области медико-социальной, профессиональной реабилитации и другими специалистами, планирующими, организующими и непосредственно реализующими технологии социальной защиты, в том числе реабилитации лиц с ограничениями жизнедеятельности. Технологическая цепочка процесса исследования социального статуса клиента должна включать все звенья, необходимые для разносторонней характеристики медико-социальных, социально-бытовых, социально-экономических, социально-психологических, социально-средовых, социально-правовых проблем клиента, что в результате позволит предоставить ему адресные, адекватные меры социальной защиты.

Безусловно, предлагаемая технология имеет примерный характер и сформирована на основании многолетнего опыта работы с различными категориями инвалидов. В зависимости от категории, к которой относится конкретный клиент, данная технология может видоизменяться, дополняться и т.д. С целью социальной диагностики применяются различные методы: изучения медицинской и другой документации; беседы; тестирования; опроса; объективной оценки возможностей человека (физиологические, психофизиологические, психологические и т.д.); наблюдения; опроса свидетелей и т.д. Таким образом, работа специалиста по социальной работе, социального реабилитолога должна включать в свои задачи как изучение проблем данных контингентов в целом – макро уровень, так и изучение вопросов социального исследования и оказания адресной помощи конкретному клиенту (пациенту). Последнее предполагает наличие у специалиста знаний конкретных методов и методик выявления (диагностики), анализа и коррекции конкретных нарушений, приводящих к социальной недостаточности клиента.

Первым звеном технологической цепочки исследования проблем клиента является **выяснение целей обращения клиента (его жалобы)**. С этой целью социальный работник должен внимательно выслушать клиента направляя вопросами на формулировку основных жалоб вызывающих, по мнению клиента, у него ограничения жизнедеятельности, приводящие в последующем к социальной недостаточности.

Вторым обязательным звеном технологической цепочки является выяснение истории возникновения настоящих проблем, т.е. **сбор социального анамнеза проблем**. С этой целью необходимо провести опрос клиента в нескольких основных направлениях, наиболее серьезным образом влияющих на жизнедеятельность и социальную активность людей.

1. Выявление причин непосредственно (по мнению клиента) повлекших за собой затруднительную жизненную ситуацию (заболевание, психотравмы, смерть члена семьи, развод, осуждение, служба в вооружённых силах...).
2. Выявление предпосылок, позволивших имевшим место причинам вызвать затруднительную жизненную ситуацию. (определенная социальная среда, образ жизни, воспитание...).
3. Выявление подобных случаев аналогичных или подобных затруднительных жизненных ситуаций в предыдущем отрезке жизни.

При выяснении социального анамнеза необходимо уточнить вопросы, связанные с:

- **профессиональным маршрутом** клиента (работает по специальности на одном месте или трудовая книжка представляет собой "географический атлас" с путеводителем по предприятиям и учреждениям;
- **образовательным цензом** клиента (не имеет образования, имеет – какое? имеет – сколько?);
- **семейным статусом** клиента (женат – замужем, сколько раз, причины разводов, наличие детей и их судьба, отношение членов семьи);
- **материальным статусом** клиента (доходы его лично и семьи в целом, а также изменение в материальном статусе после попадания в затруднительную жизненную ситуацию).

Третьим звеном технологической цепочки является **исследование социального статуса** направлена на изучение степени нарушений жизнедеятельности клиента приведших к социальной дезадаптации (классификация ограничений жизнедеятельности рассматривалась в теме 4).

Таким образом, при исследовании социального статуса клиента необходимо обратить внимание на следующие вопросы:

1. Взаимоотношения в семье клиента, состав семьи, характер отношений членов семьи и близких родственников между собой и непосредственно к клиенту.

Метод. *Выход социального работника в семью клиента и непосредственное исследование социально-психологической ситуации.*

2. Жилищно-бытовые условия. (Наличие отдельной квартиры, отдельный дом, количество комнат, наличие отдельной комнаты, жилая и общая площадь наличие удобств (разделенный-совмещенный санузел), наличие лифта в подъезде и этаж проживания, наличие специальных приспособлений расширяющих рамки физической независимости (например, инвалида) количество проживающих, и т. д.

Метод. *Выход социального работника по месту жительства клиента и непосредственное исследование социально-бытовых условий жизни.*

3. Взаимоотношения с ближайшим окружением (сослуживцами и начальством) на работе (на основании изучения характеристик с рабочего места, выписки из трудовой книжки, исследования коллектива, исследования условий и характера труда).

Метод. *Выход социального работника на предприятие клиента и непосредственное исследование (совместно с физиологами труда, гигиенистами и другими специалистами) социально-психологической ситуации в коллективе, а также условий и характера труда.*

4. Образовательный ценз клиента и его ближайшего социального окружения (членов семьи). Наличие среднего, средне-специального, незакон-

ченного высшего, высшего или нескольких высших образований (обязательно на основании представленных документов), а также работа по специальности диплома.

Метод. *Изучение социальным работником документов, подтверждающих получение клиентом образования, а также работы по специальности.*

5. Материальный статус клиента. Необходимо выяснить цельную картину материального благополучия семьи клиента, финансовые взаимоотношения между членами семьи, удельный вес доходов клиента в семейном бюджете, изменение материального статуса клиента и его семьи в связи с возникшей затруднительной жизненной ситуацией.

Метод. *Изучение справок из бухгалтерий по месту работы клиента и активных членов семьи.*

6. Выяснение жизненных целей и устремлений, краткосрочные и долгосрочные (на перспективу) планы.

7. Уровень и характер жизненных потребностей, а также уровень их значимости как для клиента, так и для членов его семьи.

8. Жизненные приоритеты клиента.

Результатом любого исследования является формулировка выводов, которые лаконично и четко характеризуют проблему, подвергшуюся изучению. Когда речь идет о работе с конкретным клиентом толи в медицине, толи в социальной работе, таким заключением служит диагноз. В медицине он называется клинико-функциональный, а в социальной работе его правомочно называть социальным.

Любой диагноз строится на основании общепринятых классификаций емко и точно характеризующих выявленные нарушения. Так в медицине используется Международная классификация болезней 9-го, а в настоящее время осуществляется переход на 10-го пересмотра.

В своей практике для постановки социального диагноза социальный работник также пользуется различными классификациями, к примеру "Международной классификацией ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности" или международной номенклатурой ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Следовательно, следующим этапом или **четвертым звеном** технологической цепи является **постановка социального диагноза**. Социальный диагноз – это всесторонняя характеристика нарушений и их причин, приведших к социальной дезадаптации.

Пятое звено – *выработка* рекомендаций по выходу клиента из создавшейся затруднительной ситуации.

Шестое звено – разработка программы действий направленной на восстановление нормального социального, профессионального, экономического статуса клиента.

Седьмое звено – организация помощи в реализации программы по выходу из затруднительной жизненной ситуации.

Восьмое звено – организация контроля за изменениями в судьбе клиента.

Девятое звено – *оказание* вспомогательной адресной помощи по мере возможности и необходимости для предупреждения рецидивов или детерминированных катаклизмов.

ТЕМА 8. ФАКТОРНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛИЧНОСТИ. РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕАЛЬНОМ СОЦИАЛЬНО-СРЕДОВОМ ОКРУЖЕНИИ

Реабилитация как процесс реинтеграции личности человека с различными ограничениями жизнедеятельности, в социальную и профессиональную среду повышает актуальность с каждым годом. Главная причина – это изменение социально-экономической ситуации, требующей оптимизации трудового ресурса. Вместе с этим удельный вес трудоспособного населения постоянно снижается, а категорий людей, нуждающихся в дополнительной поддержке, увеличивается. Причиной данной тенденции является и тенденция к старению населения, и рост уровня инвалидности, и миграция трудоспособной части населения, и целый ряд других.

В настоящее время в Республике Беларусь действует система реабилитации, базирующаяся на положениях законов «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» 1991г. и «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов в Республике Беларусь» 1994г. Нужно заметить, что основой в реабилитации людей, заложенной данными законами, является изменение критериев жизнедеятельности людей под воздействием восстановительных мероприятий, в первую очередь, медицинского плана. Т.е. восстановление нарушенных функций, которые в свою очередь ограничивают и жизнедеятельность человека. После принятия Конвенции ООН «О правах инвалидов» 2006г. вектор реабилитационного воздействия был перераспределен в направлении реального социально-средового окружения реабилитанта, а во главу угла поставлено воздействие на социальную, индустриальную, социально-культурную и др. среду, в которой находится человек с ограничениями жизнедеятельности.

Реализация технологий реабилитации, ресоциализации, социальной адаптации и т. д. людей, страдающих социальной недостаточностью вследствие

ограничений жизнедеятельности медицинского и не медицинского характера, является сложным, разноплановым процессом, требующим задействования значительного спектра разноплановых специалистов, средств и методов. Разработанная нами факторная концепция формирования социальной недостаточности включает 10 основных факторов, которые требуют отдельного анализа. Таким образом, формирование социальной недостаточности человека-личности происходит вследствие комплексного взаимодействия био-социальных и социально-средовых факторов.

Факторы, определяющие ограничение жизнедеятельности и непосредственно формирующие социальную недостаточность.

1. Онтогенетический фактор - возрастная категория человека, попавшего в ТЖС:

- детский возраст до — 10-11 лет
- подростковый период — 10-11 — 16-17 лет
- юношеский период 16 – 21 год
- молодость 20 – 35 лет
- зрелость — 35 — 60 лет
- пожилой возраст — 60 — 75 лет
- старческий возраст — 75-89 лет
- долгожители — 89 лет и более

2. Личностный фактор - особенности структуры личности человека:

- самосознание;
- направленность личности;
- темперамент и характер;
- психические процессы и состояния;
- способности и задатки;
- психический опыт личности.

3. Антропологический фактор - соматотип, тип темперамента:

- самосознание;
- направленность личности;
- темперамент и характер;
- психические процессы и состояния;
- способности и задатки;
- психический опыт личности.

4. Гео-социальный фактор - особенности региона проживания:

- размер населенного пункта;
- отдаленность населенного пункта от крупных инфраструктурных образований;

- экологический аспект (нахождение вблизи крупных промышленных предприятий, уровень присутствия вредных факторов в окружающей среде).
5. Инфраструктурный фактор - степень развития и доступности объектов социальной инфраструктуры:
 - учреждения культуры
 - учреждения образования,
 - учреждения здравоохранения,
 - учреждения рекреации и спорта.
 6. Социально-культурный фактор - доступность социально-культурной реализации:
 - информированность населения;
 - безбарьерность;
 - досягаемость;
 - социально-экономическая доступность;
 - удовлетворение культурных потребностей населения;
 - повышение возможности социокультурной самореализации населения.
 7. Индустриальный фактор - уровень развития и доступности рынка труда в регионе:
 - уровень развития и доступности рынка труда в регионе;
 - уровень научно-технического развития страны;
 - развитие инновационных технологий;
 - уровень трудовой мобильности населения;
 - активность гражданской позиции населения;
 - уровень социальной активности.
 8. Социально-экономический фактор – макро и микро экономические возможности региона:
 - уровень расходов на финансирование социальной сферы;
 - национальные ресурсы и социально-экономический потенциал;
 9. Нормативно-регуляторный, правовой фактор - степень нормативно-правовых ограничений социально-интеграционных процессов. Например, профессиограмма конкретной профессии.
 10. Био-функциональный фактор - функциональные нарушения структур организма вследствие медицинских причин и возрастного фактора:
 - ограничение мобильности;
 - ограничение способности к самообслуживанию;
 - ограничение способности к ориентации;
 - коммуникативные ограничения;
 - ограничение способности контролировать свое поведение;

- ограничение способности к обучению / труду.

Перечисленные факторы четко указывают на преобладание факторов не медицинского профиля и, что особенно важно, степень ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности человека напрямую связаны с уровнем и характером развития всевозможной инфраструктуры. В одном населенном пункте доступно все - и учреждения медицины и образования, и достаточно разнообразных рабочих мест, и есть объекты социально-культурной инфраструктуры, крупные, доступные супермаркеты и т. д., а в другом все это находится на значительном удалении и из рабочих мест «один пастух и две доярки». Данные обстоятельства должны принципиальным образом учитываться при составлении индивидуальных программ реабилитации конкретных людей.

Организационная модель этапной комплексной реабилитации на уровне местного сообщества.

В настоящее время составлением индивидуальных программ реабилитации занимается МРЭК. При проведении первичного освидетельствования, либо переосвидетельствования, определяется степень инвалидности, причина инвалидности, степень утраты трудоспособности и выдается программа реабилитации. Программа реабилитации состоит из медицинского, профессионального и социального разделов. Медицинский раздел индивидуальной программы реабилитации адресуется для реализации в лечебно-профилактические учреждения. Профессиональный раздел определяет условия и характер доступного труда, а также перечень профессий, показанных данному конкретному человеку для трудоустройства. Социальный раздел индивидуальной программы реабилитации адресуется в территориальные центры социального обслуживания населения и призван нормировать процесс социальной реабилитации. Наряду с этим существует ряд проблем с реализацией как профессионального, так и социального разделов индивидуальных программ реабилитации. Медицинский уточняется и реализуется реабилитационными отделениями поликлиник и клиник по месту жительства.

Реализация технологий реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности начинается с раннего, стационарного этапа и заканчивается по месту жительства реабилитанта. Ранний этап проходит в условиях специализированных клиник и реабилитационных стационаров. Безусловно, данный этап, как правило, хорошо обеспечен оборудованием и реабилитационным персоналом. Высокий оборот койки в реабилитационном стационаре позволяет иметь в штатном расписании значительное количество профильных специалистов, решающих локальные задачи на уровне отдельных систем организма и отдельных навыков. Вместе с этим, следующий амбулаторный этап менее оснащен и представлен в поликлиниках отделениями ЛФК и физиотерапии, а в Территориаль-

ных центрах социального обслуживания населения отделениями дневного пребывания инвалидов и отделениями социальной адаптации и реабилитации. Нужно заметить, что штатный состав всех этих отделений не обладает реабилитационным спектром компетенций и работает по принципу «все, что могу». На уровне поликлиник продолжается восстановительное лечение, но отсутствуют критерии завершения медицинской фазы реабилитации, хотя развитие резидуального дефекта, – переход функциональных нарушений в необратимую стадию, указывает на необходимость переноса акцентов на социальные механизмы реабилитации.

На уровне территориальных центров персонал, чаще всего, не имеет представления о критериях жизнедеятельности, механизмах реабилитации и методах реализации социального и профессионального разделов индивидуальных программ реабилитации. Реабилитационная деятельность сводится к социо-культурным мероприятиям, бисероплетению, выжиганию и склеиванию картонок и т.д.

Вместе с этим можно выстроить целую иерархию задач, необходимых для решения на уровне местного сообщества, реально способных повлиять на изменение уровня качества жизни людей с ограничениями жизнедеятельности.

Основными задачами, нуждающимися в решении на этапе реабилитации в непосредственном социально-средовом окружении, на наш взгляд будут следующие:

1. Психологическая диагностика и коррекция мотивационной сферы. Формирование мотивации на включение в конструктивную социальную деятельность и полную реабилитацию.
2. Диагностика возможностей реабилитационной инфраструктуры с учетом конкретных нарушений и ограничений жизнедеятельности реабилитанта.
3. Диагностика и коррекция доступности жилья реабилитанта. Приспособление квартиры под максимальное расширение рамок физической независимости человека с ограничениями жизнедеятельности.
4. Диагностика и адаптация прилегающей территории к месту проживания человека с ограничениями жизнедеятельности с учетом требований универсального дизайна.
5. Изучение индустриальной инфраструктуры для профессиональной или трудовой реабилитации с учетом возможностей реабилитанта и состояния его профессионально-значимых функций.
6. Решение правовых вопросов, связанных с реабилитацией.
7. Обучение или переобучение человека социально- значимым навыкам средствами 1-й и 2-й эрготерапии.

8. Изучение характера взаимоотношений в семье человека с ограничениями жизнедеятельности. Проведение тренинговых занятий с членами семьи, а также коммуникационных тренингов с реабилитантом в социальном окружении.

9. Оказание помощи в подборе и приобретении технических средств реабилитации, замещающих или компенсирующих нарушенные функции организма.

10. Помощь во включении реабилитанта в группы самопомощи и взаимопомощи, клубы по интересам и т. д.

Безусловно, перечень приведенных выше задач нуждается в расширении, конкретизации и уточнении. Программы реабилитации, реализуемые в условиях местного сообщества, не могут быть универсальными и их вариабельность зависит от характера и степени ограничений жизнедеятельности конкретного человека, его реабилитационного потенциала, характера и степени развития реабилитационной инфраструктуры в регионе и т.д.

В предполагаемой эффективности реабилитации нужно учитывать только социально-значимые результаты: улучшение качества жизни человека, расширение рамок его физической, экономической и социальной независимости.

Реализация подобных реабилитационных технологий требует пересмотра в целом алгоритма их реализации на уровне местного сообщества, а также внедрение новой модели специалиста-реабилитолога, способного решать задачи комплексной реабилитации, как на диагностическом, так и на непосредственно реабилитационном уровнях.

ТЕМА 9. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ

Рассмотрение вопросов, связанных с психологическими аспектами реабилитации инвалидов, по нашему мнению, следует начать с характеристики экспертных подходов в определении инвалидности. Связано это с тем, что любой реабилитационный процесс начинается с экспертного или экспертно-реабилитационного этапа. Специалисту по социальной работе, задействованному в системе организации и реализации социально-реабилитационной помощи, лицам с ограничениями жизнедеятельности вследствие дефектов здоровья, следует иметь четкое представление об основных положениях и принципах социальной, медико-социальной, трудовой экспертизы, т.к. многие из обслуживаемых ими клиентов, имеющих хронические заболевания или дефекты здоровья, являются инвалидами, а другие имеют высокий риск инвалидности.

Экспертиза (французское слово «экспертиза» произошло от латинского слова «*experiteus*» – опытный) подразумевает исследование и разрешение вопросов лицами, которые владеют знаниями в данной области. Кроме врача, специалист по социальной работе, психолог и т.д. тоже может быть экспертом по своей области. В настоящее время выделяют следующие виды экспертиз: медико - социальную, судебную и военную. Перед медико-социальной экспертизой может возникнуть вопрос о трудоспособности больного. При сложившейся системе в нашей стране эксперты обычно работают в составе МРЭК (медико-реабилитационных экспертных комиссий), которые и решают вопрос определения у больного той или иной группы инвалидности на основании экспертного заключения различных профильных специалистов. Экспертную врачебную и психологическую, социальную практику характеризует, прежде всего, личностный подход. Содержанием экспертного заключения является не сама по себе оценка степени снижения тех или иных психических функций, а качественный структурный анализ изменений психической деятельности конкретного испытуемого, занимающегося определенным видом труда и выполняющего различные социальные функции в семье и обществе. Даже при расстройстве тех или иных психических функций большее значение имеет сохранность личностно-мотивационной сферы испытуемого, отличающаяся возможностью известной компенсации жизненных функций. Расширение участия в экспертизе специалиста по социальной работе, психолога, медицинского психолога связано с увеличением значимости экспертизы как одного из основных звеньев и этапов реабилитации. В современных лечебно-реабилитационных программах с их апелляцией к личности больного определение профессиональных возможностей и рациональное обучение (переобучение), а также трудоустройство больных и инвалидов приобретают существенную роль в судьбе пострадавшего человека.

Ситуация медико-социальной экспертизы в психологическом плане значительно отличается от обычной лечебно-диагностической ситуации «врач больной». Обращается внимание на следующие особенности:

1. Установку индивида, проходящего экспертизу.
2. Установку самого эксперта.
3. Особенности контакта в процессе экспертизы при вынесении экспертного заключения и даче трудовых рекомендаций.

Поскольку экспертиза трудоспособности, помимо медицинской, всегда имеет и социальную направленность, то отношение к ней и установки не только освидетельствуемого, но и эксперта имеют также выраженный социальный характер. У врача, специалиста по социальной работе, психолога при проведении экспертизы может возникнуть внутренний конфликт между желанием поща-

доть больного и необходимостью сказать полную правду о его здоровье. Если специалист уверен, что его заключение станет известно больному, то оно должно быть написано в деликатных тонах и выражениях. При любой экспертизе могут возникнуть психологически сложные ситуации как для эксперта, так и для испытуемого. Каждый эксперт не лишен человеческих чувств: сочувствия, жалости, сострадания и др. Эти эмоциональные реакции могут влиять на экспертное решение. Испытуемый своим поведением, высказываниями, личными качествами, манерой поведения может вызвать у экспертов расположение или нерасположение. Эксперту надо стараться быть максимально объективным. Испытуемый, в зависимости от характера экспертизы, может излагать события определенным, выгодным для него, образом, утяжелять или ослаблять болезненные симптомы. В случаях, когда больной скрывает свое состояние, говорят о диссимуляции. Например, молодой человек с тяжелым соматическим заболеванием в силу различных причин (престижа, в частности), всеми силами стремится избежать инвалидности. В таких случаях необходимо проводить большую разъяснительную работу, знакомить с перспективами лечения и возможными исходами заболевания.

Аггравация – сознательное утяжеление имеющихся болезненных симптомов. Тоже достаточно частое в условиях трудовой экспертизы явление. Путем сознательного усиления признаков болезни больной выявляет рентные установки (получение инвалидности, льгот). Для преодоления такой позиции тоже требуется большая разъяснительная работа.

Симуляция – предъявление симптомов несуществующего заболевания. В такой ситуации задачей эксперта является ее распознавание на основании своих профессиональных знаний. Как видим, существуют различные виды поведения, так или иначе связанные с трудовой мотивацией.

При проведении экспертизы необходимо учитывать и психологию родственников испытуемых. Они могут преследовать свои интересы, превратно преподносят сведения о состоянии и поведении подэкспертного, утяжеляют или, наоборот, скрывают признаки заболевания. Часто через родственников можно влиять на установки испытуемого, его дальнейшее поведение и трудоустройство. Для большинства больных переход на инвалидность связан с тяжелыми психологическими переживаниями. За переходом на инвалидность следует выключение из привычной производственной обстановки, из общественной жизни, снижение своей социальной значимости, изменение материального положения.

Специалист по социальной работе, психолог должен разъяснить больному его права и возможности изменить группу инвалидности при улучшении состояния, если же перспективы течения болезни нерадостные, психологически го-

товить больного к направлению на МРЭК, пытаясь способствовать созданию у пациента новых жизненных целей с учетом его возможностей, склонностей и состояния здоровья. Иногда, несмотря на все уговоры, больные отказываются от группы инвалидности, используя в качестве поддержки своих не всегда понимающих ситуацию родственников. Здесь специалисту по социальной работе, психологу предстоит большая работа по разъяснению им опасных последствий такого решения.

Специалист-эксперт должен проводить экспертизу так, чтобы, с одной стороны, соблюдались права больного, но с другой стороны, чтобы удовлетворение интересов больного не осуществлялось за счет общества. Болезнь не всегда проходит бесследно. Нередко остаются остаточные явления в виде болей, астении, опасений возврата заболевания. Могут быть социальные последствия: снижение физической активности, перемена профессии и др. Для того, чтобы восстановить доболезненное состояние здоровья, и существует система реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление физического (биологического), психического и социального статуса перенесшего болезнь человека, на выработку у него качеств, помогающих оптимальной адаптации к окружающей среде.

Вся реабилитационная работа строится на основополагающих принципах. Приведем во многом пересекающиеся и дополняющие друг друга перечни принципов, предположенных как зарубежными (Wright, 1981), так и отечественными (Кабанов М.М., 1976) исследователями. К принципам, предложенным американскими авторами, относятся:

1. Совершенствование компетентности, перенесших болезнь.
2. Оптимизация проведения пострадавших в необходимом для них окружении.
3. Эклектичность в использовании различных методов;
4. Повышение трудоспособности лиц с инвалидизирующими расстройствами.
5. Существенной составной частью процесса реабилитации является надежда на лучшее.
6. Продуманное повышение зависимости пациента может привести, в конечном счете, к увеличению степени его независимого функционирования в другом окружении и в другое время;
7. Два основных типа реабилитационных вмешательств – это выработка умений и навыков пациента и организация поддержки со стороны окружения;
8. Продолжительное медикаментозное лечение часто является необходимым, но редко оказывается достаточным компонентом реабилитационного вмешательства.

К принципам реабилитации, разработанным в Ленинградском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева, относятся:

- принцип партнерства. Больной является равноправным и активным партнером в восстановлении нарушенных болезнью функций и социальных связей;
- принцип разносторонности (разноплановости) усилий. В различных сферах жизнедеятельности: профессиональной, семейной, общественной, учебе, досуге и т.д.;
- принцип единства психосоциальных и биологических методов лечения;
- принцип ступенчатости прилагаемых усилий. От простой терапии занятостью, выполнения отдельных операций до сложных навыков и интеграции в общество.

М.М. Кабанов выделяет также этапы реабилитации:

- восстановительной терапии – предупреждение развития нежелательных последствий с помощью терапии средой, стимуляции активности;
- реадаптации – приспособление к жизни во внебольничных условиях с учетом изъязнов, нанесенных болезнью. Включает в себя: обучение новой специальности, терапию занятостью и развлечениями, воспитательную работу с больными и их родственниками, поддерживающую лекарственную терапию;
- реабилитации или ресоциализации – восстановление индивидуальной и общественной ценности больного через рациональные быто и трудоустройство, расширение общественных контактов.

Как видно из вышеизложенного, психологический аспект реабилитации на всем ее протяжении предусматривает не только предупреждение или преодоление отрицательных реакций личности, возникающих в связи с болезнью и ее последствиями в различных сферах существования, но и увеличение способности личности успешно справляться с трудностями.

Реабилитационные программы направлены на восстановление личного и социального статуса с помощью раскрытия, обогащения и использования психологического потенциала личности пациента, лечебной среды и его микросоциального окружения. Реализация этих целей осуществляется с помощью различных психотерапевтических подходов. Поэтапные задачи психологического воздействия при реабилитации сводятся к следующим:

1. Нормализация понимания здоровья и болезни, адекватное к ней отношение.
2. Достижение «истинного» желания лечиться.
3. Психотерапевтическое объяснение методов лечения.

4. Поддерживающее психотерапевтическое воздействие для полной стабилизации на всех этапах лечебно-восстановительного процесса.

5. Подготовка больного к возможностям сосуществования с отдельными проявлениями своей болезни.

Необходимо обеспечить человеку с ограничениями жизнедеятельности сознание своей полноценности как члена общества вне зависимости от наличия дефекта, восстановить чувство собственного достоинства и полезности для других, устранить пониженную самооценку и повышенную зависимость. Врачу (психологу), специалисту по социальной работе важно знать, каким образом личность в ситуации болезни, в реальных социальных условиях способна воспринимать свою позицию и каким образом она эффективно воздействует на социальную среду. Это входит в понятие социальной компетентности (Н. Schroder, M. Vorweg, 1978).

Существенными для социальной компетенции свойствами личности служат: коммуникабельность, способность к самоутверждению, к принятию решений и формированию правильного представления о себе самой. В ситуации болезни могут проявиться особенности межличностного общения больного, затрудняя или облегчая сотрудничество с ним медицинских и социальных работников в процессе реабилитации (контакт с экстравертами легче, чем с интровертами). Важным для сотрудничества с больным является учет в коммуникативных свойствах личности, тенденции к независимости или доминированию, к зависимости или стремлению быть опекаемым. В первом случае больные, инвалиды бывают недоверчивы, критичны и претенциозны к проводимым лечебным мероприятиям, занимают защитную позицию относительно предъявляемой им помощи, отрицательно реагируют на руководящее отношение со стороны специалиста. Некоторые из них убеждены, что болезнь освобождает их от всех прежних обязанностей, ставит в привилегированное положение. Реабилитационная работа с такими больными достаточно трудна, требует огромных усилий по вовлечению их в трудовые процессы и активное взаимодействие с социальной средой. Для больных со склонностью к зависимости и потребности в опеке может быть характерна другая крайность – перекладывание на специалиста по социальной работе, врача, психолога решения всех своих проблем, упрочение роли больного. Этому надо противодействовать путем повышения самостоятельности пациента в принятии жизненных решений.

Другим, более глубоким уровнем решения психологических задач реабилитации является учет потребностей и мотивов больных. Болезнь или инвалидность и ее последствия активируют (иногда снижают) такие потребности, как потребность в безопасности, признании, эмоциональных контактах, нужности другим людям, самоутверждении и самореализации. Знание этих потребностей

позволяет специалисту по социальной работе, врачу или психологу решать конкретные психологические цели реабилитации, добиваясь повышения пониженной самооценки больного, углубление познания больным самого себя и окружающих его людей, уважения к себе и другим, интереса к работе и духовным ценностям, активности и ответственности, укрепления и развития в больном устойчивой веры в выздоровление.

Большое значение для психологической реабилитации больных и инвалидов имеет терапевтическая среда – рационально направляемая система отношений больных с окружением (по М.М. Кабанову, 1977). Поведение обслуживающего персонала, его взаимоотношения с человеком, имеющим ограничения жизнедеятельности, должны строиться на основе двух важных принципов:

- во-первых, не поддерживать неадекватных стереотипов поведения пациента (зависимости, необщительности или агрессивности);
- во-вторых, способствовать оптимальному самовыражению реабилитанта, адекватным формам его поведения, его активности и ответственности в процессе реабилитации.

Один из принципов реабилитации – принцип разносторонности усилий – требует объединенного участия в реабилитационной программе различных специалистов (врача, психолога, специалиста по социальной работе и др.), которые координируют свои действия по единому, согласованному плану реабилитации клиента. Каждый специалист обладает профессиональными знаниями в своей области и наилучшим образом может их применять. Без психолога невозможно правильно оценить психологические отклонения пациента, выяснить мотивы поведения, особенности взаимоотношений и др., без специалиста по социальной работе, будет затруднен поиск адекватной для больного работы, отстаивание его интересов, тренинг социальных навыков и др.

Микросоциальное окружение при правильном подходе к пациенту тоже может играть роль терапевтической среды, а при неправильном – мешать реабилитационному процессу. Из сказанного вытекает необходимость повышения уровня знаний членов семьи о болезни, ее последствиях, как вести себя с заболевшим родственником. Специалисту по социальной работе, психологу следует по возможности руководить взаимоотношениями в семье больного, направлять их в русло, наиболее благоприятствующее выздоровлению, в частности, чтобы не было ни невнимания (безразличия), ни гиперопеки. Важна также подготовка больного или инвалида к правильному пониманию интересов других членов семьи, их чаяний, потребностей, требований к его положению. Человек, имеющий ограничения жизнедеятельности, должен чувствовать себя полноценным членом семьи, а это достигается поддержкой в нем родственниками чувства собственного достоинства, необходимости в нем, веры в выздоровление. Со-

здание благоприятного климата в семье нередко является решающим в достижении устойчивого социального и трудового восстановления инвалида или человека с высоким риском развития инвалидности.

В процессе реабилитации важнейшей задачей является восстановление трудоспособности пациента. Необходима психологическая подготовка к возвращению в трудовую жизнь. При этом важно учесть социально-психологические характеристики человека с ограничениями жизнедеятельности, его ценностные ориентации, семейную ситуацию, обоснованность и сроки возвращения к труду, а при необходимости изменение профессии. Не все люди с хорошим функциональным восстановлением вследствие болезни стремятся вернуться к труду. У некоторых отмечается фиксация на вопросах здоровья, у других рентные установки на получение инвалидности. При возможности у человека с дефектами здоровья трудиться от специалиста по социальной работе, психолога требуется настойчивая работа по созданию установки на труд как деятельности, улучшающей физическое самочувствие, психологическую устойчивость и социальный престиж. Нельзя обойти стороной сложную проблему эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий. Эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий оценивается, во-первых, в трех плоскостях:

1. Соматической.
2. Психологической.
- 3) Социальной.

Во-вторых, они должны позволять производить оценку не только с точки зрения объективного наблюдения, но и включать субъективную оценку с позиций самого пациента.

В-третьих, эти критерии должны быть достаточно независимы друг от друга.

Если в соматической сфере терапевтический результат налицо (на пример, снижение артериального давления, подвижность сустава и др.), в социальной – тоже ощутим (например, возвращение трудоспособности, профессиональный рост и др.), то в психологической определить эффективность реабилитационных мероприятий сложно. Различные исследователи вводят различные критерии, зависящие от теоретических установок авторов. Так, еще S. Freud (1923) считал, что главными критериями выздоровления являлись «способность наслаждаться и работоспособность». R. Knight (1941) выделял три основных психологических критерия:

1. Критерий симптоматического улучшения.
2. Критерий улучшения интеллектуального функционирования, включающий в себя:

- приобретение инсайта, касающихся детских источников конфликта, роли психотравмирующих факторов, способов защиты, вызвавших определенные изменения личности и специфический характер болезни;

- выработку контроля своих влечений, не сопровождающегося тревогой;

- развитие способности понимать себя таким, как есть, со слабостями и достоинствами;

- приобретение относительной свободы в напряженных ситуациях и ситуациях фрустрации;

- управление агрессивной энергией, необходимой для самосохранения, успеха, соревнования и защиты прав.

3. Критерий улучшения приспособления к окружающему, который включает:

- более константные и лояльные интерперсональные отношения с людьми;

- более свободное развитие своих продуктивных способностей;

- улучшение сублимации;

- нормальное гетеросексуальное функционирование.

По Н. Miles с соавторами (1951) в рубрику «выздоровление» относят больных, у которых исчезли симптомы, изменился стереотип поведения в сферах, в которых ранее отмечались затруднения, и выявляется меньше непродуктивных реакций при столкновении с трудными ситуациями.

Б.Д. Карсарским (1975) разработана система из четырех критериев для оценки эффективности лечения и глубины лечебно-реабилитационных воздействий:

1. Субъективно переживаемое клиентом симптоматическое улучшение.

2. Степень понимания пациентом психологических механизмов болезни.

3. Степень реконструкции нарушенных отношений личности.

4. Степень восстановления социального функционирования больного на работе, в семье, в обществе.

Внимательно присмотревшись к перечисленным критериям эффективности лечебно-реабилитационных воздействий, можно заметить, что устранение заболевания или адекватное приспособление к его последствиям, приобретение пациентом способности к компетентному поведению в семье, на работе, в обществе осуществляется в полной мере лишь при реализации стержневого принципа реабилитации – апелляции к личности человека.

ТЕМА 10. БРИГАДНЫЙ МЕТОД В РЕАБИЛИТАЦИИ

В настоящее время под реабилитацией понимается процесс, направленный, на снижение уровня социальной недостаточности человека с различного

рода ограничениями жизнедеятельности. Как правило социальная недостаточность лица выражается в невозможности полноценно выполнять основные жизненные роли из-за снижения способности к передвижению, общению, ориентации, самообслуживанию, контролю за своим поведением и участия в трудовой деятельности. Необходимо заметить, что как правило социальная недостаточность определяется не одним, а сочетанием нескольких ограничений жизнедеятельности. Это обстоятельство обусловлено тем, что нарушения и дефекты здоровья, обуславливающие ограничения жизнедеятельности носят комплексный характер и часто взаимосвязаны через причину возникновения, либо механизм развития нарушения. Данное утверждение подтверждает, и достаточно частое, применение для обоснования уровня ограничений жизнедеятельности и степени социальной недостаточности человека «синдрома взаимного отягощения».

Таким образом, не вызывает сомнения необходимость комплексного подхода к составлению и реализации индивидуальных программ реабилитации лицам с различными ограничениями жизнедеятельности.

В самом названии индивидуальной программы реабилитации отражается главный принцип реабилитации – индивидуальность подхода в каждом отдельном случае. В настоящее время существует понятие типовых индивидуальных программ реабилитации, однако данная типология определяет лишь основные, наиболее общие особенности и направления предполагаемого реабилитационного процесса. Связано это с тем, что каждый человек с ограничениями жизнедеятельности вследствие дефектов здоровья либо других причин, обуславливающих характер и степень определенных нарушений, обладает собственными индивидуально – типологическими особенностями личности и сложившимся характером социального функционирования. Таким образом, реабилитационная программа для каждого конкретного человека будет иметь свой уникальный оттенок, без которого ее эффективность в значительной мере снижается.

На наш взгляд все это требует не только применения современных восстановительных и реабилитационных методик, но и адекватных форм и методов реализации реабилитационных программ.

В качестве примера рассмотрим применение бригадного метода в реализации технологии реабилитации одного из самых тяжелых контингентов – лиц, перенесших инсульт. Функциональные нарушения, развивающиеся после инсульта, характеризуются поражением моторной, сенсорной, интеллектуально – мнестической и др. сфер, вызывающих значительные, комплексные ограничения жизнедеятельности человека в способностях к передвижению, общению, ориентации, контролю за своим поведением, самообслуживанию и участию в

трудовой деятельности. Характер и степень выраженности данных нарушений зависят от характера произошедшей сосудистой катастрофы, локализации и объема очага поражения. Таким образом, данный пример позволит наиболее широко и полно рассмотреть технологию реабилитации, состав бригады, взаимосвязи между специалистами, а также задачи отдельных членов реабилитационной команды и динамику рассматриваемых вопросов при первичном и повторных рассмотрении конкретного случая.

И так суть бригадного метода заключается в комплексном, параллельном решении диагностических, восстановительных, социальных и профессиональных вопросов пациента (клиента) связанных с дефектами здоровья либо другими нарушениями, определившими ограничения жизнедеятельности и вызвавшими его социальную недостаточность.

Технология реабилитации с применением бригадного метода, примененная нами при реабилитации вышеуказанного контингента в условиях БНИИЭТИНа выглядела следующим образом.

При поступлении реабилитанта в реабилитационное отделение, в первый день его осматривает врач-реабилитолог, назначает необходимые обследования и консультации требующихся специалистов с целью уточнения диагноза и определения предварительного прогноза восстановления нарушенных функций на что отводится от 2-х до 5-ти дней, в зависимости от того, насколько полно клиент был обследован перед направлением в реацентр.

С целью уточнения функционального диагноза и определения прогноза возможного восстановления в течение 2-3 дней проводились разносторонние клиническо – функциональные исследования. Основной задачей данного этапа является уточнение степени поражения и прогноза восстановления за счет такого реабилитационного механизма, как компенсация с учетом пластичности нервной системы, вследствие чего происходят позитивные изменения на уровне центрального нейрона. Данные обследования позволяли определить состояние периферического звена, а также степень влияния сопутствующей соматической патологии на формирование ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

В течение этих – же 2-4 дней больной проходил первичные консультации у психолога, логопеда, нейропсихолога, специалиста по лечебной гимнастике, эрготерапевта, а при необходимости трудотерапевта и профконсультанта с целью первичной диагностики и уточнения степени влияния отдельных функциональных дефектов на формирование различных ограничений критериев жизнедеятельности, приводящих, в свою очередь клиента к социальной недостаточности.

На 3-5 день (после завершения обследования и консультаций специалистов) реабилитант представлялся реабилитологом, непосредственно курирующим его, на заседание реабилитационной бригаде.

Как мы уже говорили, состав реабилитационной бригады не является строго постоянным и может меняться в зависимости от состояния пациента (клиента) и его социально - профессионального статуса.

Наиболее частый состав реабилитационной бригады, необходимый для работы с клиентами, перенесшими нарушение мозгового кровообращения был следующий:

- руководитель бригады - реабилитолог;
- врач-реабилитолог, представляющий больного;
- психолог, психотерапевт;
- голосо-речевой терапевт;
- нейропсихолог;
- врач ЛФК, либо инструктора, непосредственно работающие с конкретным пациентом;
- эрготерапевт ;
- консультант по выбору профессии;
- реабилитационная сестра и персонал по уходу;
- специалист по социальной работе;
- сам пациент (клиент);
- лицо, либо лица, являющиеся наиболее близкими членами микросоциального окружения реабилитанта (члены семьи), непосредственно заинтересованные и задействованные в организации и проведении реабилитационных мероприятий.

Основными, целями и задачами реабилитационной бригады являются следующие:

1. Объединение имеющихся функциональных нарушений и особенностей социально-профессионального статуса клиента в единую систему с выделения основных нарушений, ограничивающих жизнедеятельность и приводящих к социальной недостаточности (фактическая ситуация).

2. Определение терапевтических возможностей функционального восстановления с учетом отдельных (клинических, нейропсихологических, нейрофизиологических, психологических и др. прогностических критериев) в восстановлении имеющегося дефекта.

3. Объединение отдельных результатов предыдущей разносторонней реабилитации и лечебных мероприятий с целью выработки единого совместного плана реабилитации в соответствии с индивидуальными условиями и состоя-

нием клиента для достижения социально и профессионально значимого результата (расширение рамок социальной и экономической независимости).

Работу реабилитационной бригады координирует модератор - руководитель бригады.

Члены бригады организуют работу на вверенных им участках единого реабилитационного процесса.

Деятельность реабилитационной бригады отражается в журнале заседаний, и личной реабилитационной карте. В данные документы заносится личный номер реабилитанта присваиваемый при первом представлении на рассмотрение бригаде, который сохраняется за ним при всех последующих обращениях в реацентр: диагноз (в шифре); цель представления бригаде; дата поступления; срок представления на заседание; личный номер или фамилия специалиста, представляющего реабилитанта; решение бригады; дата планируемого следующего рассмотрения; список присутствовавших на заседании бригады специалистов.

На каждого реабилитанта заполняется индивидуальная реабилитационная карта, где отмечается: характер и состояние нарушенных функций реабилитанта на момент его поступления, перечень необходимых дополнительных обследований, индивидуальная, комплексная программа реабилитации данного пациента с указанием длительности, частоты и периодичности проведения конкретных реабилитационных мероприятий, динамика процесса, при необходимости во время повторных представлений реабилитанта на заседание реабилитационной бригады проводится коррекция индивидуальной программы реабилитации (ИПР), а также отражается результат проведенной реабилитации, выносятся конкретные практические рекомендации по проведению дальнейшей реабилитации (при необходимости), повседневной жизни и профессиональной или трудовой деятельности.

Вся информация по каждому реабилитанту заносится и хранится в базах данных ЭВМ, что в последующем облегчает динамическое наблюдение и позволяет провести комплексную оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

Для более детального представления процесса реабилитации с применением бригадного метода реабилитации рассмотрим технологию и методы реабилитации на примере больного К., 49 лет, N истории болезни 1554/250, находился в неврологическом реабилитационном отделении БНИИЭТИНа с диагнозом: ишемический инсульт в правом каротидном бассейне с выраженным парезом левой руки и умеренным ноги, поздний восстановительный период, ГБ-II.

По завершению обследования и консультаций специалистов на 5-й день больной был представлен на рассмотрение реабилитационной бригаде, где были рассмотрены следующие вопросы:

- доложены результаты обследования и клинико-нейрофизиологический прогноз восстановления двигательных функций, т.к. их нарушение являлось основным вызывающим социальную недостаточность вследствие ограничения таких критериев жизнедеятельности, как мобильность и физическая независимость.

- учитывая возраст больного (46 лет) 14 лет до пенсии, профессию – слесарь - сантехник, место работы – Минская овощная фабрика, отсутствие в настоящее время группы инвалидности, сомнительно- благоприятный прогноз восстановления двигательных функций и желание больного трудиться, цель реабилитации была определена, как медико-профессиональная.

- выделены основные, требующие решения задачи:

1. Проведение мероприятий физической реабилитации с целью восстановления нарушенных двигательных функций, обучение правильной ходьбе, улучшение функций кисти.

2. Проведение эрготерапевтических мероприятий с целью улучшения навыков самообслуживания, личной гигиены, совершенствования мелкой моторики левой руки.

3. Проведение трудотерапевтических мероприятий с целью включения в трудовой процесс пораженных конечностей, закрепления результатов, достигнутых мерами лечебной гимнастики и эрготерапии, а также тестирования возможностей участия в трудовой деятельности.

4. Проведение психотерапевтических мероприятий с целью преодоления состояния нервно-психической дезадаптации.

5. Консультация физиолога труда с целью экспертизы профпригодности, при необходимости профподбора или рекомендации ряда доступных специальностей, с указанием необходимого характера и условий труда.

После совместного бригадного составления больному ИПР в которой указывалось время, частота и кратность процедур больной полностью вовлекся в процесс восстановительных, социальных и профессиональных мероприятий.

Применяемая медикаментозная терапия носила достаточно сдержанный характер и назначалась, как поддерживающая АД, улучшающая реологические свойства крови, улучшающая обменные процессы. Упор в реабилитации был сделан на физические и психологические методы.

Так комплекс физических мер направленный на восстановление двигательных функций включал в себя комплекс активной и пассивной кинезотерапии. Среди них приоритет отдавался активным методам, выполняемым самим

больным, и функциональному подходу к их использованию. Суть этого подхода состоит в подавлении патологической двигательной активности, быстро развивающейся у больных с гемиплегиями, и воспитании нормальной нейромоторики.

Основными примененными нами методами для восстановления нарушенных по пирамидному типу двигательных функций были зарекомендовавшие себя с высокой степенью эффективности методики, основанные на концепции Бобат с использованием ингибирующих спастичность поз, облегчающих выполнение нормального движения, и методики PNF, в основе которых лежит проприоцептивно-проторение побуждающее к действию двигательный анализатор (при выполнении определенных ротационно - диагональных движений происходит стимуляция глубоких проприорецепторов мышц и суставов, в следствии чего формируется значительный импульс достигающий по мнению ряда авторов коркового анализатора).

Первым применяемым нами компонентом физической реабилитации является лечение положением т.е. применение различных физиологических укладок, приводящее к подавлению спонтанной двигательной активности и снижению мышечного тонуса. Основной постулат физической реабилитации при двигательных нарушениях центрального характера - нормальное движение возможно только на нормальной физиологической основе. Вторым применяемым нами компонентом физической реабилитации является активная кинезотерапия использующая функциональный подход и базирующаяся на таких основных принципах: как онтогенетический принцип формирования и восстановления движений в кранио-каудальном направлении - от проксимальных отделов к дистальным, использование метода тренировки, адекватность нагрузок функциональному состоянию двигательной функции и состоянию самого больного. Процедуры лечебной гимнастики проводились 2 раз в день по 30-40 минут, одно занятие до обеда, а второе после.

С целью закрепления результатов полученных при помощи применения методик кинезотерапии и обучения использованию достигнутых результатов в повседневной жизни, (т.к. социальную недостаточность вызывает не само изменение функции, а невозможность ее использования) нами применялась эрготерапия, включающая в себя: обучение управлению собственным телом; тренировку устойчивости и равновесия, простых и сложных целенаправленных движений; занятие творчеством; личную сферу (одевание и раздевание, гигиена тела, еда и питье); сферу бытовой и практической деятельности (тренировка ведения домашнего хозяйства); параллельно проводилось выяснение бытовой обстановки реабилитанта, консультация членов семьи в отношении жилищных условий и необходимого обеспечения больного вспомогательными средствами.

В процессе трудотерапевтических мероприятий больному было предложено выполнение ручных столярных работ, резьба по дереву.

Психотерапевтические мероприятия включали в себя позитивную психотерапию, групповые релаксационные тренинги.

Через одну неделю после начала проведения реабилитационных мероприятий клиент был представлен повторно на заседание реабилитационной бригады, где было отмечено улучшение двигательных функций, увеличился объем активных движений в паретичных конечностях, а также улучшение актуального нервно-психического состояния, в связи с чем было принято решение активного включения больного в процесс профдиагностики и профподбора не изменяя графика восстановительных процедур.

В результате проведенного профессиографического анализа фактических условий труда, и исследования профессионально значимых функций, вынесено решение о утрате в настоящее время больным профпригодности в профессии слесарь - сантехник. Учитывая желание больного, имеющееся образование (курсы), наличие рабочего места на предприятии прежней работы больного, предложена работа оператора газовой котельной, а также на основании нормативных документов клиенту предложены доступные следующие специальности: электромонтер по ремонту и обслуживанию электрооборудования (бытовых машин и приборов), слесарь по контрольно-измерительным приборам и автоматике (животноводческих комплексов). Больному также определены условия и характер труда, препятствующие прогрессированию заболевания.

По завершению реабилитационных мероприятий примерно через 3 недели больному повторно проведено психологическое, нейрофизиологическое обследование, а также вынесены заключения и рекомендации в отношении восстановления нарушенных функций специалистов по лечебной гимнастике, эрготерапии и трудотерапии.

При повторном психологическом скрининге выявлена положительная динамика в нервно-психическом состоянии реабилитанта, обусловленная по мнению психологов эффективностью проведенного комплекса реабилитационных мероприятий.

На основании нейрофизиологического исследования отмечено улучшение состояния нарушенных двигательных функций до уровня умеренно-легких нарушений.

В клиническом статусе изменения характеризовались снижением мышечного тонуса, увеличением объема активных движений в плечевом суставе левой руки до 90^0 , передвигается самостоятельно без помощи вспомогательных средств.

Перед выпиской больной представлен врачом реабилитологом на заседание реабилитационной бригады, где были подведены итоги, отмечены достижения больного и эффект реабилитационных мероприятий, даны конкретные предложения по применению физических методов восстановления в домашних условиях, а также трудовые и профессиональные рекомендации.

Больной выписан с диагнозом: ишемический инсульт в правом каротидном бассейне с умеренным парезом левой руки и легким ноги, поздний восстановительный период. ГБП.

Рекомендовано: наблюдение у невропатолога по месту жительства, продолжить прием ноотропных, сосудорегулирующих, седативных препаратов.

Таким образом применение бригадного метода в реабилитации позволяет повысить эффективность реабилитации за счет:

1. Снижения временных затрат на обследование и использование этого времени на проведение целенаправленных реабилитационных мероприятий т.е. более эффективное использование дорогостоящей реабилитационной койки.

2. Уменьшения времени каждого конкретного специалиста, затрачиваемого на изучение медицинской и другой документации пациента за счет коротких докладов всеми профильными специалистами проблем реабилитанта по своему направлению.

3. Клиент полностью вливается в процесс реабилитации и не требует дополнительных усилий на выяснение и выработку мотивации на реабилитацию.

4. Практически исключаются возможные ошибки в выборе приоритетного направления реабилитации при составлении ИПР.

5. Прогноз эффекта реабилитационных мероприятий распространяется не на отдельные нарушенные функции, а на дефект ведущий к ограничению критериев жизнедеятельности, приводящих к социальной недостаточности, что в свою очередь позволяет провести правильный отбор на реабилитацию, поставить адекватную цель и правильно выбрать необходимую ИПР, не затрачивая при том значительные средства на неэффективные и не целесообразные, дорогостоящие восстановительные процедуры и мероприятия.

В тоже время при традиционной, последовательной форме организации реабилитационного процесса, со ступенчатым включением пациента в процесс реабилитации, клиент во-первых поступая в стационар осматривается врачом-реабилитологом и направляется на консультации и дополнительные исследования, в процессе которых выявляется значительное количество разнообразных нарушений, в том числе и тех которые существовали ранее и не являются, в настоящее время, определяющими ограничения жизнедеятельности клиента, а следовательно и не влияющие, принципиальным образом, на формирование социальной недостаточности. Наряду с этим процесс подобного обследования за-

нимает значительный отрезок времени 10-14 дней. Во-вторых, связь специалистов осуществляется в основном посредством историй болезни из-за чего каждому отдельному специалисту приходится тратить значительное время на изучение всей разносторонней документации, заполненной другими специалистами, чтобы получить более полное представление о пациенте. В-третьих, при традиционной технологии реабилитации клиент, не смотря на значительное количество оказываемого ему внимания реабилитационным персоналом остается один на один со своими проблемами и порой теряется в потоке диагностических и восстановительных процедур, не правильно представляя или вообще не представляя цель своего нахождения на этапе реабилитации.

Таким образом, можно сделать вывод, что применение бригадной формы организации технологий реабилитации зарекомендовало себя с достаточно высокой степенью эффективности. Применение данного метода целесообразно для использования при организации реабилитационных мероприятий различным категориям лиц с ограничениями жизнедеятельности, может использоваться, как в различных учреждениях и организациях оказывающих реабилитационную помощь, так и при проведении комплексной реабилитации группой специалистов.

ТЕМА 11. УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ДИЗАЙН В СТРАТЕГИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Актуальность рассмотрения вопросов, связанных с необходимостью универсального формирования среды, внедрения принципов универсального дизайна и оптимальности применения универсальных подходов и норм проектирования в области архитектуры и строительства на современном этапе определяется, как тенденциями в структуре населения, так и спектром разнообразных ограничений жизнедеятельности людей вследствие заболеваний, возрастного фактора либо особенностей развития.

Опираясь на определение универсального дизайна, зафиксированное в Конвенции ООН о правах инвалидов – «универсальный дизайн – дизайн предметов, обстановок, программ и услуг, призванный сделать их в максимально возможной степени пригодными к пользованию для всех людей без необходимости адаптации или специального дизайна», необходимо констатировать, что речь идет о широком спектре видов жизнедеятельности людей, которые включают использование различных технических средств, компьютерной и бытовой техники, мебели и оборудования, посуды, одежды, а также потребление услуг. Важное значение в обеспечении социальной интеграции людей с ограничениями жизнедеятельности имеет создание открытых, в том числе городских, а так-

же реабилитационных пространств, зданий и сооружений, основанных на принципах универсального дизайна.

Универсальное реабилитационное пространство с нашей точки зрения – пространство, обладающее свойствами и характеристиками, направленными на реабилитацию и социальную интеграцию людей с ограничениями жизнедеятельности. Это могут быть открытые городские и рекреационные пространства, пространства учреждений здравоохранения, образования, социальной защиты, культуры, отдыха и туризма, производственных предприятий, а также жилых и других типов зданий.

Создание реабилитационных пространств на основании принципов универсального дизайна конкретизирует концепцию универсального дизайна, содержащуюся в Конвенции о правах инвалидов.

В основу проектирования необходимо закладывать классические принципы универсального дизайна: равенство и гибкость в использовании; простой и интуитивно понятный дизайн; воспринимаемость информации; допустимость ошибки; низкое физическое усилие; размер и пространство для доступа и использования. Принципы универсального дизайна внедряются, как правило, при проектировании новых объектов, безбарьерное проектирование – при адаптации существующих.

Таким образом, *инфраструктурный* фактор имеет немаловажное значение при формировании социальной недостаточности человека. Данный фактор включает степень развития и доступности объектов социальной и рекреационной инфраструктуры таких как:

– здания организаций и управления, включая учреждения органов государственного управления, учреждения социальной сферы, а также предприятия связи и информации;

- здания учреждений здравоохранения;
- здания учреждения отдыха и туризма;
- здания учреждений образования и воспитания;
- здания культурно-просветительных и зрелищных учреждений;
- физкультурно-оздоровительные и спортивные здания (сооружения);
- здания предприятий розничной торговли и общественного питания;
- здания предприятий транспорта.

Инфраструктурный фактор показывает возможности и перспективы реализации человеком с ограничениями жизнедеятельности прав на медицинскую помощь, образование, а также возможности развития его личностного потенциала в социо - культурном плане. Безусловно, слабое развитие региона в отношении социальной инфраструктуры, либо ограниченная доступность, связанная с наличием серьезных, не компенсируемых барьеров или значительной удален-

ностью места непосредственного проживания человека с ограничениями жизнедеятельности в значительной мере повышают уровень его социальной недостаточности.

Универсальный дизайн в данном случае нивелирует возможные препятствия для реализации человека-личности в жизни общества. Компенсация ограничений жизнедеятельности может быть достигнута приемами архитектурного и архитектурно-дизайнерского проектирования, основанными на принципах универсального дизайна, а также планировочными средствами и средствами ландшафтного, цветового, светового и арт-дизайна.

Ограничение способности к передвижению в основном, испытывают люди с нарушением опорно-двигательного аппарата, использующие кресла-коляски и другие технические средства реабилитации (трости, костыли, ходилки и пр.), пожилые люди, люди с нарушениями зрения, временно травмированные, люди с большой массой тела, очень высокого или низкого роста, а также люди с детскими колясками, чемоданами или другими грузами.

В качестве внешних послабляющих (эгзогенных) факторов ограничения способности к передвижению могут быть использованы решения, направленные на наличие необходимого места, пространства для подхода и подъезда, параметры (ширина, уклон, высота, наличие разворотных площадок), покрытие (ровное, не скользкое) и освещение путей движения, отсутствие опасных участков и препятствий, необоснованных подъемов и спусков на путях движения, наличие поручней, применение механических горизонтальных и вертикальных коммуникаций (лифтов, подъемников).

Ограничение способности к ориентации в пространстве и возможности общения чаще всего присуще людям с нарушениями зрения, слуха, интеллектуальными нарушениями, пожилым людям, а также в ряде случаев туристам, находящимся в незнакомом месте и не владеющим языком страны пребывания, людям в состоянии стресса или с рассеянным вниманием в определенный момент. Кроме того, ограничение общения часто появляется и при нарушениях мобильности, что выражается в невозможности расширения и поддержания социальных контактов.

Нивелировать данные ограничения можно за счет применения совокупности систем и средств ориентации в пространстве, дублирующих друг друга (визуальных, звуковых, тактильных), рассчитанных на возможность восприятия информации различными органами чувств (зрения, слуха, осязания, в ряде случаев обоняния и вкуса). Способ и вид подачи информации не должны вызывать затруднений у пользователей и восприниматься легко, на интуитивном уровне (выделение главной информации, размещение на доступной высоте людям разного роста, а также в положении стоя или сидя, принятые в мировой практике

символы, способствующие их быстрому и эффективному пониманию и усвоению, использование крупного шрифта и контрастного фона, цветовое кодирование функциональных зон и мест).

Доступность и удобство использования санитарно-гигиенических помещений и приборов, кухонного оборудования, мебели, стоек обслуживания, обеденных стоек, касс, банкоматов и т.п. определяют возможность эффективно осуществлять самообслуживание и значительно снижают **ограничение способности к самообслуживанию** в повседневной бытовой деятельности, которое определяется с позиций невозможности человека обходиться без посторонней помощи.

Дети и молодые люди с инвалидностью, с нарушениями слуха и зрения, с интеллектуальными нарушениями могут испытывать **ограничение способности к обучению**, взрослые – **к трудовой деятельности**. Смягчение этих ограничений может быть достигнуто за счет выделения в учебных классах, в трудовых мастерских, в офисах и на предприятиях индивидуальных учебных или рабочих зон, оборудованных мобильной, трансформируемой, регулируемой по высоте и углу наклона мебелью, источниками света, учитывающими нарушение зрения и требования праворуких или леворуких пользователей, системами усиления звука, персональными компьютерами с использованием программного обеспечения с озвучиванием и дублированием информации шрифтом Брайля.

При проектировании специальных зданий – реабилитационных центров, домов-интернатов, территориальных центров социального обслуживания населения, специальных школах, трудовых мастерских и других типов специальных зданий, кроме универсальных подходов должны приниматься во внимание специфика функционального процесса на которое такие здания рассчитаны, а также особые требования различных категорий пользователей к проживанию, временному пребыванию, обучению, лечению или реабилитации, трудовой деятельности. В жилых зданиях, в общеобразовательных школах, в офисах и на предприятиях необходимым является подход, основанный на принципах универсального дизайна к пространствам общего использования и индивидуальный подход – к оборудованию квартиры, учебного или рабочего места.

Бенефициары универсального дизайна и разумного приспособления.

Бенефициары универсального дизайна – все люди независимо от ограничений (двигательных, сенсорных, когнитивных и других), люди с различной подвижностью и координацией движений, люди разного возраста, пола, роста, размеров и массы тела.

Бенефициары разумного приспособления – отдельные люди, страдающие редкими заболеваниями и/или редкими двигательными, сенсорными, когнитивными ограничениями, предъявляющие к окружающей среде специфические

требования. Требования отдельных людей не могут быть сгруппированы для разработки стандартов и, соответственно требуются индивидуальные проектные решения.

Общие требования к проектированию объектов и элементов архитектурной среды включают:

- требования доступности – обеспечение беспрепятственного передвижения по коммуникационным путям и пространствам, достижение места назначения и возможность воспользоваться услугами;

- требования безопасности – предотвращение возможности получения травм, причинения вреда другим людям и/или окружающей среде, обеспечение соблюдения противопожарных и санитарно-гигиенических правил и норм;

- требования непрерывности – обеспечение доступности не только в границах отдельных объектов и элементов этих объектов, но и связей между ними;

- требования комфортности – создание условий для минимальных затрат и/или компенсации усилий при передвижении, получении услуг и информации;

- требования информативности – обеспечение своевременного получения и осознания информации одновременно различными способами ее передачи (визуальными, акустическими тактильными); использование интерактивных систем и средств передачи и обмена информацией;

- эргономические требования – учет анатомических, антропометрических, физиологических, психофизиологических, биомеханических, социокультурных характеристик человека при изготовлении отдельных элементов и объектов в целом;

- экологические требования – использование экологически чистых материалов, конструкций, технологий при изготовлении отдельных элементов и объектов в целом, не наносящих вред человеку и окружающей среде, а также наиболее рациональное размещение объектов с учетом охраны окружающей среды;

- экономические требования – рациональное использование материальных ресурсов и трудовых затрат при создании и эксплуатации отдельных элементов и объектов в целом;

- функционально-конструктивные требования – определение размеров, материалов, конструктивных решений с учетом их назначения и особенностей использования;

- требования визуально-пространственной гармонизации – обеспечение благоприятного зрительного комфорта при восприятии окружающей среды.

- нормативные требования – выполнение требований стандартов и нормативно-технических актов в области технического нормирования и стандартиза-

ции являются обязательными при создании доступности и базовыми в универсальном дизайне.

ТЕМА 12. ГРУППЫ САМОПОМОЩИ В ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

В последнее время все активнее и активнее проводится модификация технологий реабилитации различных категорий инвалидов. Особое внимание уделяется методикам и подходам, направленным на максимальную активизацию самого человека с ограничениями жизнедеятельности и членов его микро-социального окружения. Другими словами, на первый план выходят следующие задачи:

1. Четкое определение реабилитационного потенциала человека и его резервных (потенциальных) возможностей, то есть использование реабилитационного механизма компенсации на всех уровнях. Данное обстоятельство объясняется тем, что восстановление нарушенных функций у человека медицинскими силами и средствами чаще всего в значительной мере ограничено характером развившегося заболевания, степенью морфофункциональных нарушений и отрезком времени, прошедшим после начала заболевания. Так, например, при инсульте восстановление нарушенных двигательных, сенсорных, высших психических и др. функций особенно активно происходит в первые три месяца. В дальнейшем активность восстановления снижается, однако в течение первых шести месяцев и даже до одного года могут происходить достаточно значительные позитивные изменения. По мнению ряда авторов, позитивные восстановительные сдвиги могут наблюдаться и в период от одного года до двух лет (период последствий инсульта), однако их степень носит минимальный характер. Так или иначе, наступает период, когда у человека, перенесшего серьезное заболевание, которое оставило после себя надолго значительные функциональные нарушения, формируется дефект (парез, паралич, слепота...), который не поддается восстановлению медицинскими мерами. В данном случае медицинские мероприятия направлены на поддержание нормального общего функционального состояния (поддерживающая терапия). Наряду с этим, человек продолжает жить в обществе, у него остаются прежние планы, жизненные цели и стремление выполнения прежних социальных ролей. С учетом развившегося дефекта здоровья ему становится сложнее все это реализовать. Он просто не знает, как жить в новом для него физическом состоянии. Поэтому главное в жизни человека – это реализация себя как личности, и, соответственно, реабилитационная потребность заключается в социальной реабилитации личности.

2. Диагностика особенностей личности инвалида и, в частности, типов реагирования его на болезнь и состояние, связанное с нарушениями и дефектами здоровья. При планировании и проведении реабилитационных мероприятий необходимо четко отслеживать каскад патологических, психологических нарушений, являющихся реакцией или следствием основной проблемы, а также динамику переживания нового, непривычного состояния. Чаще всего значимые психологические нарушения зависят не оттого, какой физический, сенсорный или другой дефект у человека, а от того, как он его оценивает, и насколько он значим на уровне собственного сознания. Можно быть абсолютно адаптивным, сидя в инвалидной коляске, и даже управлять страной (президент США Рузвельт), а можно войти в минимальный недуг и ощущать себя ненужной «развалюхой».

Таким образом, следующей задачей является диагностика или изучение интегрального показателя благополучия и адаптивности человека.

3. Изучение динамики качества жизни. Данный показатель показывает нам не объективную оценку состояния каких-либо систем органов или сфер жизни человека, он характеризует субъективное ощущение человеком себя в этих сферах. Данный показатель может изменяться независимо от изменения физического состояния человека. Это объясняется тем, что показатель качества жизни в значительной степени зависит от социальных, средовых, экономических, психологических и др. параметров жизни конкретного индивида. В связи с этим для более полной оценки возможностей человека с ограничениями жизнедеятельности вследствие дефектов здоровья целесообразна реализация четвертой задачи.

4. Проведение исследования степени ограничения критериев жизнедеятельности, особенно в отношении возможной активности человека и участия в общественной жизни. Данное исследование показывает, насколько социально значимы для данного человека его функциональные нарушения, и выделяет основные ограничения критериев жизнедеятельности, формирующие в последующем социальную недостаточность. Зачастую при составлении индивидуальных программ реабилитации мы сталкиваемся с ситуациями, когда видимые, значительные ограничения, например, в сфере передвижения, при использовании адекватных технических средств реабилитации влияют на формирование социальной недостаточности значительно меньше, чем нарушения общения или возможности трудовой и профессиональной деятельности, определяемые социально-средовыми барьерами. Безусловно, следующей задачей является составление комплексной программы реабилитации для человека, попавшего в затруднительную жизненную ситуацию вследствие дефектов здоровья.

5. Комплексная программа реабилитации должна быть нацелена, насколько это возможно, на нормализацию социальной, профессиональной ситуации данного человека. При составлении индивидуальных программ реабилитации мы всегда учитываем все основные принципы: раннее начало, преемственность фаз, комплексность реабилитационных подходов, непрерывность и т.д. Безусловно, это правильно, однако при составлении ИПР мы ориентируемся на какой-то конкретный отрезок времени стационарного или амбулаторного этапов и совершенно выпускаем из виду значительный временной период, необходимый для полной успешной микро- и макросоциальной адаптации в привычных, на первый взгляд, но новых в связи с новым функциональным статусом социальных, бытовых, средовых условиях. В связи с этим человек с ограничениями жизнедеятельности, получив в стационарных или амбулаторных реабилитационных учреждениях рекомендации по дальнейшей социальной адаптации, не может их адекватно использовать и остается зачастую один на один со своими проблемами. Данное обстоятельство определяет актуальность разработки и внедрения новых технологий и подходов в социальной реабилитации данной категории лиц. Речь идет о технологиях, способствующих мягкой адаптации человека в обычных, привычных для него условиях: дома, на работе, в общении с друзьями и т.д. С этой целью на базе территориальных центров социального обслуживания населения созданы отделения дневного пребывания инвалидов. Технологии работы данных отделений нацелены на разнообразную помощь инвалидам в их социальной адаптации, занятости, налаживании контактов, общения и т.д. Одним из реабилитационных подходов, которые могут внедряться в данных отделениях, является организация групп самопомощи инвалидов.

В процессе внедрения технологии работы групп самопомощи инвалидов в деятельность отделений дневного пребывания инвалидов ТЦСОНами проведено динамическое наблюдение за изменением характеристик социального статуса, типа отношения к болезни или ее последствиям, а также интегральных показателей качества жизни инвалидов. Так, исследование качества жизни инвалидов, посещающих группы самопомощи, проводилось по методике NAIF двукратно. Первый раз исследование проводилось при включении человека в группу самопомощи, а вторично – через шесть месяцев его работы в группе. В исследовании приняли участие 52 человека, регулярно посещающие встречи групп самопомощи инвалидов при ТЦСОН г. Солигорска, Вилейского и Дзержинского районов.

Изменение качества жизни у инвалидов в процессе работы в группах самопомощи.

Работа групп самопомощи оказалась достаточно эффективной. Достоверное изменение интегрального показателя качества жизни с 0,49 до 0,58 (p

$<0,001$) зависело от таких категорий, как физическая мобильность ($p < 0,001$), эмоциональное состояние ($p < 0,01$) и социальные функции ($p < 0,001$). Изменения именно этих категорий хорошо понятно и объяснимо. Так, изменение уровня физической мобильности (с высокой степенью значимости) объясняется тем, что люди получили мотивацию к расширению контактов, стремятся к встречам и совместному изменению обстановки. Физические ограничения, первично игравшие значительно сдерживающую роль, постепенно отходили на второй план. Люди совместно находили способы компенсации данных физических ограничений, что, как видно из таблицы, им в значительной мере и удалось. Достаточно высокой степенью достоверности обладали изменения в эмоциональном статусе членов группы, что связано с появлением уверенности в собственных силах и ощущением поддержки со стороны товарищей и специалиста, moderирующего группу и осуществляющего всяческую профессиональную поддержку. Нужно заметить, что специалист по социальной работе, модератор группы, использующий профессиональные психологические, психотерапевтические подходы, воспринимается как равноправный член группы, только обладающий большим опытом в решении возникающих проблем. Изменение состояния социальных функций также характеризовалось высокой степенью значимости и коррелировало с позитивными изменениями объективного социального статуса $R = 0,57$ ($p < 0,01$). Данное обстоятельство объясняется тем, что люди, имеющие схожие проблемы, пытались их решать в одиночку и зачастую не находили подходящих путей. Кроме того, ответы на возникающие вопросы в отношении способов расширения рамок независимости получались от специалистов сугубо медицинского или психологического профиля, которые, как правило, носили общий характер, без учета особенностей конкретного человека. В группах самопомощи появилась возможность обмена опытом по конкретным моментам, способам, методам решения абсолютно конкретных задач, в одинаковой степени интересующих всех членов группы. Наряду с высоко значимыми изменениями вышеперечисленных категорий качества жизни наблюдалась позитивная динамика и в других показателях, однако, не имеющая высокой значимости различий.

Хочется проиллюстрировать вышеизложенный материал несколькими отзывами людей, посещавших группы самопомощи.

Таня П. (группа для людей с ослабленным зрением): «До создания группы самопомощи я находилась дома. Не работала. Круг общения был очень узок. Занималась в основном вышивкой. Но когда создалась группа самопомощи, многое изменилось. Вообще приобрела больше друзей. Расширился кругозор общения, впечатления группе самые хорошие. Стали обсуждать много общих вопросов на разные темы. Одиночество меня покинуло. На встречу с друзьями-

идешь очень охотно, т.к. хочется много чего рассказать. С созданием группы я приобрела работу, за которую благодарна. А также почувствовала, что нужна я людям. Изменились интересы к жизни в лучшую сторону. Стала в себе более уверенной. Хотелось, чтобы и дальше мы встречались и обсуждали больше вопросов, проводили больше мероприятий к разным праздникам».

Сергей, 31 год: «Я являюсь инвалидом 2-ой группы. Группу инвалидности я получил недавно. До этого я учился в школе, после школы закончил училище, работал на производстве 8 лет. Мой лечащий врач порекомендовал мне обратиться в Центр социального обслуживания. Он рассказал мне, что там есть группа самопомощи из числа таких ребят, как я. Так я начал посещать группу самопомощи. В группе я нашел друзей, у которых учусь справляться с житейскими проблемами. Нам очень помогает Наталья Игоревна (специалист по социальной работе), она ведет нашу группу, рассказывает о растениях, о правилах этикета и многом другом. Я посещаю группу уже почти два года. За это время я приобрел много друзей, стал увереннее в себе. Сейчас я не чувствую себя инвалидом».

Дима, 33 года: «Я проживаю один, так как родители мои умерли. Мне помогает моя тетя. Раньше в моей жизни ничего существенного не происходило, я окончил среднюю школу и получил 2 группу инвалидности. Это остановило меня, я не пошел учиться дальше, не было ни от кого поддержки, друзей у меня не было. Сейчас, когда я стал посещать группу самопомощи, я стал более раскрепощенным и мне очень нравится туда ходить. Я уже хожу в группу второй год. Я приобрел друзей и мне нравится делиться с ними своими мыслями и проблемами. Научился ухаживать за цветами, а недавно стал посещать швейную мастерскую, надеюсь приобрести там новые навыки».

Ольга С.: «Я очень веселый и жизнерадостный человек. Я люблю музыку, мечтать. Я никогда не приму слово «инвалид». От него веет безнадежностью. Я могу смело сказать, что я знаю цену жизни и никогда не сдаюсь в трудных ситуациях. Я – сильный человек, хоть и слабая женщина. Моя жизнь – это глина. Но не всегда получается вылепить то, что мне хочется. Но главное что-то делать для этого, не сидеть и воображать, что тыква по взмаху волшебной палочки превратится в карету. Я не утверждаю, что чудес не бывает, но они не происходят сами по себе – мы их делаем самостоятельно. Ведь счастливчик отличается от неудачника тем, что он берется за трудное дело в 20 раз чаще. А с 50 раз даже мазила попадет, нужно только иметь терпение и упорство. И этому я научилась в группе самопомощи, которую с большим удовольствием посещаю. Я поняла, что нужно любить себя и все вокруг и стремиться к чему-то. Есть такая сказка, которая помогает мне верить в себя. Две лягушки попали в банку с молоком; одна бултыхалась, бултыхалась и подумала, что незачем бо-

роться, что она все равно погибнет, остановилась и утонула. А другая боролась до последнего. Она так сильно барахталась, что молоко превратилось в масло, и лягушка выбралась на волю. Поэтому нужно только верить. В группе я нашла новых друзей и людей, которые понимают и поддерживают меня. И я знаю, что мечты сбываются и все возможно...»

Татьяна С.: «Страшное понятие – одиночество. Для кого-то это путь к познанию мира и совершенству, а для кого-то наказание и страдание, как для меня, например. Для меня самым важным фактором в жизни является общение с людьми. Самостоятельность для меня тоже многое значит, что к моему мнению прислушиваются окружающие, я не чувствую себя изгоем. Я нелюблю, когда ко мне испытывают жалость. Мне нужно понимание и равноправие. Благодаря созданию группы самопомощи у меня появилась возможность быть услышанной и в чем-то полезной обществу. Здесь я чувствую себя человеком, потому что нахожусь среди таких же больных, как сама. У нас своя компания и свои интересы. У меня есть два правила, которые я для себя определила: первое – ты такой же нормальный человек, как и любой другой на планете; второе – поскорее запомни первое».

Александр М.: «Сейчас я совершенно самодостаточная личность – молодой человек, живущий в нормальной семье, где царит любовь и понимание и где, естественно, есть проблемы, которые решаются по мере возможностей. С недавнего времени работающий. А что касается жалоб на жизнь... У кого их нет? Просто мне немножко тяжелее, чем другим. Может быть, людям, находящимся в физическом положении, подобном моему, лучше сидеть в заточении в четырех стенах, но не для меня. Посещая группу самопомощи, я многое для себя понял. Есть такие люди (алкоголики, наркоманы), у которых руки и ноги здоровые, но их жизнь бессмысленна, а я – хоть и инвалид, – выше их, моя жизнь прекрасна и имеет смысл. Я могу жить, как все нормальные люди, а мои физические недостатки мне совсем не мешают. Я хочу быть независимым человеком и уверен в том, что этого добьюсь. Кроме того, у меня появились новые друзья, к которым я могу обратиться в любую минуту за помощью».

Таким образом, подводя итоги изложенного теоретического материала и результатов исследования, можно сделать следующие выводы:

1. В процессе своей деятельности группы самопомощи решают такие задачи, как:

- осуществление взаимной поддержки;
- обмен жизненным опытом;
- обмен информацией;
- обмен индивидуальными способами выхода из затруднительных жизненных ситуаций;

- совместное получение информации и помощи от специалистов по типичным вопросам, волнующим членов группы.

2. Работа в группах самопомощи способствует формированию позитивной мотивации на реабилитацию и приоритетный выбор последней перед пенсионированием.

3. Основными этапами становления группы являются:

- **Становление** – начальная стадия, на которой люди знакомятся друг с другом, определяют свои цели, формулируют основные принципы своей работы, начинают доверять друг другу.

- **Смятение** – конфликтная стадия, на которой группа вырабатывает модели взаимоотношений и определяет направления деятельности. Это трудная фаза, в случае неудачи группа может распасться.

- **Сплочение** – на этом этапе группа становится более сплоченной, что характеризуется одобрением людей друг друга, распределением ролей, групповой гармонией.

- **Собственно работа** – на этой стадии своего существования группа, как правило, хорошо работает, что проявляется в эффективном решении проблем, подвижности ролей, благополучном разрешении конфликтов.

- **Роспуск** – на данной стадии группа завершает свою работу, члены группы осознают достижение поставленных целей и признают необходимость завершения групповой работы. Люди оценивают свои успехи и неудачи, получают обратную связь по поводу значения группы для других людей, обсуждают возможность возобновления работы группы в будущем, выражают свое отношение к роспуску группы, отмечают завершение работы и прощаются.

4. Квалификационная характеристика специалиста по социальной работе - реабилитолога, осуществляющего модерацию групп самопомощи, должна включать знания, умения и навыки по следующим дисциплинам, в настоящее время вошедшим в стандарт специальности «Социальная работа»: различные виды психологических дисциплин, в т.ч. медицинская психология – знание типов реагирования человека на болезнь или ее последствия; психотерапия – особенно важно знание принципов формирования, закономерностей и этапов развития малых групп, а также психотерапевтических подходов работы с ними; основы медицинских знаний – особенно важно знание принципов формирования медико-социальных последствий в результате основных инвалидизирующих заболеваний; социальной экспертизы и методик исследования в социальной работе – важно умение исследования социального статуса клиента, степени ограничений различных критериев жизнедеятельности, качества жизни и т.д., реабилитологии – особенно принципов составления и реализации индивидуальных программ реабилитации различных категорий инвалидов и т.д.

ТЕМА 13 МЕЖДУНАРОДНЫЕ И НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРАВОВЫЕ ПРИНЦИПЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ИНВАЛИДОВ

13. 1. Всемирная программа действий в отношении инвалидов.

Всемирная программа действий в отношении инвалидов была принята Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в резолюции 37/52* от 3 декабря 1982 года.

Цель Всемирной программы действий в отношении инвалидов заключается в содействии эффективным мерам в целях предупреждения инвалидности, восстановления трудоспособности и реализации целей «равенства» и «полного участия» инвалидов в социальной жизни и развитии. Это означает создание таких же условий жизни, что и для всего населения, и равной доли в улучшении условий жизни в результате социального и экономического развития. Эти концепции должны применяться одинаковым образом и иметь равную первоочередность во всех странах, независимо от их уровня развития.

История создания Всемирной программы действий в отношении инвалидов. Свыше 500 миллионов человек в мире являются инвалидами в результате умственных, физических или сенсорных расстройств. Они должны пользоваться теми же правами и возможностями, что и все другие люди. Зачастую они не могут вести полноценный образ жизни из-за существующих в обществе социальных и физических барьеров, препятствующих их полноценному участию. В результате этого миллионы детей и взрослых во всех частях мира зачастую вынуждены вести такой образ жизни, который ведет к их сегрегации и унижению их достоинства.

Анализ положения инвалидов следует проводить в контексте различных уровней экономического и социального развития и различных культурных традиций. Вместе с тем повсеместно основная ответственность за устранение условий, ведущих к появлению дефектов, и решение вопросов, связанных с последствиями инвалидности, возлагается на правительства. Это не умаляет ответственности ни общества в целом, ни отдельных лиц или организаций. Правительства должны проявлять инициативу в более широком ознакомлении населения своих стран с теми выгодами, которые могут получить отдельные лица и общество в результате вовлечения инвалидов во все сферы социальной, экономической и политической жизни. Правительства должны также обеспечить, чтобы лица, становящиеся зависимыми в результате серьезной инвалидности, имели возможность достигнуть одинакового со своими согражданами уровня жизни. Неправительственные организации могут оказывать правительствам различную помощь путем выявления нужд, предложения приемлемых решений и предоставления услуг, дополняющих услуги, оказываемые правительствами. Важное

значение для инвалидов могло бы иметь распределение финансовых и материальных средств среди всех слоев населения, включая сельские районы развивающихся стран, поскольку это способно привести к расширению услуг общины и улучшению экономических возможностей. Во многих случаях инвалидность можно предотвратить посредством мер борьбы с недоеданием, загрязнением окружающей среды, антисанитарией, недостаточным предродовым и послеродовым уходом, заболеваниями, вызванными загрязнением воды, и различными несчастными случаями. Посредством расширения программ иммунизации международное сообщество могло бы добиться крупных достижений в борьбе с инвалидностью, возникающей вследствие заболеваний полиомиелитом, корью, столбняком, коклюшем, дифтерией и, в меньшей степени, туберкулезом.

Во многих странах предпосылками для достижения целей Программы является экономическое и социальное развитие, расширение услуг, предоставляемых всему населению в гуманитарной области, перераспределение средств и доходов и улучшение уровня жизни населения. Необходимо прилагать всемерные усилия для предотвращения войн, приводящих к разорению, катастрофам и нищете, голоду, страданиям, болезням и массовой инвалидности людей и поэтому на всех уровнях принять меры по укреплению международного мира и безопасности, разрешению всех международных споров мирными средствами и по искоренению всех форм расизма и расовой дискриминации в странах, где они до сих пор существуют. Было бы также целесообразно рекомендовать всем государствам-членам Организации Объединенных Наций максимально использовать свои ресурсы в мирных целях, включая предупреждение инвалидности и удовлетворение потребностей инвалидов. Осуществлению этой программы могут способствовать все формы технической помощи, которые помогают развивающимся странам достичь этих целей. Тем не менее выполнение этих задач потребует усилий в течение длительного времени, за которое число инвалидов может увеличиться. Без эффективных мер по исправлению такого положения последствия инвалидности создадут дополнительные препятствия на пути развития. Следовательно, всем странам следует включить в свои планы общего развития срочные меры по предупреждению инвалидности, восстановлению трудоспособности инвалидов и созданию равных возможностей.

Определения. В контексте опыта обеспечения здравоохранения Всемирная организация здравоохранения проводит следующие различия между дефектом, инвалидностью и нетрудоспособностью:

Дефект – любая утрата психической, физиологической или анатомической структуры, или функции, или отклонение от нее.

Инвалидность – любое ограничение или отсутствие (в результате дефекта) способности осуществлять ту или иную деятельность таким образом или в таких рамках, которые считаются нормальными для человека.

Нетрудоспособность – ограниченность конкретного индивидуума, вытекающая из дефекта или инвалидности, которая препятствует или лишает его возможности выполнять роль, считающуюся для этого индивидуума нормальной в зависимости от возрастных, половых, социальных и культурных факторов».

Нетрудоспособность поэтому предопределяется отношениями между инвалидами и окружающей средой. Это проявляется, когда они сталкиваются с культурными, физическими или социальными барьерами, препятствующими доступу к различным сферам жизни общества, которые доступны другим гражданам. Таким образом, нетрудоспособность — это потеря или ограничение возможности принимать участие в жизни общества наравне с другими.

Инвалиды не представляют собой однородную группу. Например, психически больные или умственно отсталые люди, инвалиды с дефектами зрения, слуха или речи, инвалиды с ограниченной подвижностью или с так называемой нетрудоспособностью по состоянию здоровья сталкиваются с барьерами различного характера, которые требуют различных путей для их преодоления.

С учетом этой основы были разработаны следующие определения. Соответствующие понятия мер, предлагаемых во Всемирной программе, определены как предупреждение инвалидности, восстановление трудоспособности инвалидов и создание равных возможностей.

Предупреждение инвалидности означает меры, направленные на предупреждение возникновения физических, умственных и сенсорных дефектов (профилактика первого уровня) или на предупреждение перехода дефекта в постоянное функциональное ограничение (профилактика второго уровня).

Восстановление трудоспособности означает целенаправленный и ограниченный во времени процесс, имеющий целью дать возможность личности достичь оптимального физического, умственного и/или социального уровня функционирования с предоставлением ей тем самым возможностей для изменения ее жизни. Это может потребовать мер, направленных на компенсацию утраты функций или устранение функционального ограничения (например, с помощью технических средств) и других мер, способствующих облегчению приспособления или корректировки в социальном плане.

Создание равных возможностей означает процесс, с помощью которого такие общие системы общества, как физическая и культурная среда, жилищные условия и транспорт, социальные службы и службы здравоохранения, доступ к образованию и работе, культурной и социальной жизни, включая спорт и создание условий для отдыха, делаются доступными для всех.

Предупреждение инвалидности.

Для сокращения случаев возникновения дефектов и инвалидности крайне важное значение имеет стратегия предупреждения инвалидности. Основные элементы такой стратегии меняются в зависимости от стадии развития страны:

(а) наиболее важные меры предупреждения дефектов предполагают предотвращение войны, улучшение образовательного, экономического и социального статуса групп, находящихся в наименее благоприятном положении, выявление типов дефектов и их причин на определенных географических территориях, принятие конкретных мер содействия посредством улучшения методов питания, совершенствование услуг здравоохранения, раннее выявление и диагностика, предродовой и послеродовой уход, надлежащее санитарное просвещение, включая обучение пациентов и врачей, планирование семьи, введение законодательства и инструкций, изменение образа жизни, селективные услуги по трудоустройству, просвещение по вопросам вредного воздействия окружающей среды, укрепление семьи и общин и обеспечение их информацией.

(б) По мере осуществления процесса развития прежние опасности уменьшаются, но возникают новые. Эти меняющиеся условия требуют изменения стратегии, например, создание программ питания, предназначенных для конкретных групп населения, подверженных наибольшему риску вследствие недостатка витамина А, улучшение медицинского обслуживания престарелых, профессионально-техническая подготовка и разработка правил техники безопасности в целях сокращения числа несчастных случаев на производстве, на транспорте и в повседневной жизни, борьба с загрязнением окружающей среды и контроль над использованием наркотических средств и алкоголя и борьба со злоупотреблением ими; необходимо уделить должное внимание стратегии ВОЗ «Здоровье для всех к 2000 году», осуществляемой посредством обеспечения первичной медико-санитарной помощи.

Необходимо принимать меры для раннего обнаружения симптомов и признаков дефекта с последующим незамедлительным проведением необходимого курса лечения или исправления, что может предупредить инвалидность или по крайней мере значительно уменьшить степень инвалидности и часто позволяет предотвратить ее переход в хроническую стадию. Для раннего обнаружения дефектов важно, чтобы медицинские и общественные службы обеспечили необходимое просвещение и ориентацию, и оказание им технической помощи.

Восстановление трудоспособности.

Процесс восстановления трудоспособности обычно сопряжен с предоставлением следующих типов услуг:

(а) раннее обнаружение, диагностика и вмешательство;

- (в) медицинское обслуживание и лечение;
- (с) консультирование и оказание помощи в социальной области, в области психологии и других областях;
- (d) подготовка к самостоятельному индивидуальному уходу, включая развитие навыков передвижения, общения, повседневных жизненных навыков с особым комплексом мероприятий, необходимых для лиц с дефектами органов слуха, зрения и умственно отсталых;
- (е) обеспечение технических средств, средств передвижения и других приспособлений;
- (f) специальные услуги в области образования;
- (g) услуги по восстановлению профессиональной трудоспособности (включая профессиональную ориентацию), профессионально-техническая подготовка, обычное трудоустройство или со специальным режимом труда;
- (h) последующие меры.

Во всех усилиях по восстановлению трудоспособности внимание следует уделять способностям индивидуума, уважая его личность и достоинство. Необходимо уделять максимальное внимание нормальному процессу развития и роста детей инвалидов. Следует использовать возможности выполнения инвалидами работы и другой деятельности.

Большие возможности в восстановлении трудоспособности имеются в семьях инвалидов и общинах, в которых они живут. Оказывая инвалидам помощь, следует предпринимать все усилия для сохранения их семей, для предоставления им возможности жить в своих общинах и поддерживать семьи и общественные группы, работающие в этом направлении. При планировании программ восстановления трудоспособности и оказания поддержки существенно важно учитывать обычаи и структуры семьи и общины и стимулировать развитие их возможностей по удовлетворению потребностей инвалидов.

Предоставление услуг инвалидам должно по возможности происходить в рамках существующих социальных, медицинских, образовательных и производственных структур общества. К ним относятся все уровни медицинского ухода, начальное, среднее и высшее образование, общие программы профессионально-технической подготовки и трудоустройства и меры социального обеспечения и социального обслуживания. Услуги в области восстановления трудоспособности направлены на обеспечение участия инвалидов в регулярном общественном обслуживании и деятельности. Восстановление трудоспособности должно происходить в естественных условиях на основе услуг на уровне общин и специализированных учреждений. Следует избегать создания крупных учреждений. Специализированные учреждения в тех случаях, когда они необхо-

димы, следует организовывать так, чтобы обеспечивать быстрое и надежное вовлечение инвалидов в жизнь общества.

Программы восстановления трудоспособности должны по возможности привлекать инвалидов к планированию и организации услуг, которые они и их семьи считают необходимыми. В рамках всей системы должны быть предусмотрены процедуры участия инвалидов в процессе разработки и определения политики, касающейся восстановления их трудоспособности. Когда отдельные лица с серьезным умственным расстройством не могут надлежащим образом участвовать в выработке решений, затрагивающих их жизнь, то в процессе планирования и принятия решений должны принимать участие члены семьи или юридически уполномоченные представители.

Следует расширить усилия в области развития услуг по восстановлению трудоспособности, по обеспечению их большей доступности. Они не должны основываться на дорогостоящем импортном оборудовании, сырье и технологии. Следует расширить передачу технологии между странами и ориентировать ее на практические методы с учетом существующих условий.

Создание равных возможностей.

Для достижения целей «полного участия и равенства» одних только мер по восстановлению трудоспособности, касающихся инвалидов, недостаточно. Опыт показывает, что в значительной мере именно среда определяет влияние дефекта или инвалидности на повседневную жизнь человека. Человек неполноценен, если он лишен возможностей, обычно имеющихся в обществе и необходимых с точки зрения основных элементов жизни, включая семейную жизнь, образование, занятость, жилье, финансовую и личную безопасность, участие в социальных или политических группах, религиозную деятельность, интимные и половые отношения, доступ ко всем видам общественного обслуживания, свободу передвижения и общий образ повседневной жизни.

Иногда благами общества пользуются только те люди, которые полноценны с точки зрения своих физических и умственных способностей. Общества должны признать тот факт, что, несмотря на профилактические меры, всегда будут существовать люди с дефектами и инвалидностью; и общества должны выявлять и устранять барьеры, препятствующие полному участию инвалидов. Так, обучение должно происходить, по возможности, в обычной школьной системе, работа должна предоставляться путем свободного найма, если это возможно с педагогической точки зрения, а жилье должно предоставляться наравне с населением в целом. Каждое правительство обязано обеспечить, чтобы выгодами от выполнения программ развития пользовались также граждане, являющиеся инвалидами. Меры в этом отношении должны включаться в общий процесс планирования и административную структуру любого общества. По мере

возможности дополнительные услуги, в которых могут нуждаться инвалиды, должны являться составной частью общей системы услуг страны.

Вышесказанное относится не только к правительствам. Любое лицо, возглавляющее какое-либо предприятие, также должно сделать его доступным для людей, имеющих дефекты. Это относится к государственным учреждениям различного уровня, неправительственным организациям, фирмам и частным лицам. Это также актуально и на международном уровне.

Лица с постоянной инвалидностью, которые нуждаются во вспомогательных услугах со стороны общины, технических средствах и оборудовании, должны иметь к ним доступ с тем, чтобы обеспечить им возможность жить как можно более нормальной жизнью как дома, так и в обществе. Лица, проживающие с такими инвалидами и помогающие им в их повседневной деятельности, должны также получать поддержку для того, чтобы иметь возможность соответствующего отдыха и удовлетворения своих собственных потребностей.

Принцип равных прав для инвалидов и не инвалидов предполагает, что потребности всех без исключения индивидуумов имеют одинаково важное значение, что эти потребности должны служить основой планирования общества и что все средства следует использовать таким образом, чтобы обеспечить для каждого индивидуума равные возможности для участия. Политика, проводимая в отношении инвалидов, должна обеспечивать доступ инвалидам ко всем услугам, которые предоставляет общество.

Инвалиды, обладая равными правами, имеют также и равные обязанности. Их долгом является участие в строительстве общества. Общество в своих планах должно учитывать инвалидов и тем самым полностью мобилизовывать свои ресурсы в целях социальных изменений. Наряду с прочим, это означает, что лицам, ставшим инвалидами в молодом возрасте, должна быть обеспечена возможность получения работы и образования, а не пенсии в связи с преждевременным прекращением трудовой деятельности или государственной помощи.

От людей с физическими недостатками необходимо ожидать выполнения их роли в обществе и обязанностей взрослых граждан. Образ инвалидов зависит от отношения общественности, основанного на различных факторах, что, возможно, является наибольшим барьером, препятствующим участию и созданию равенства. Мы видим признаки инвалидности: белую трость, костыли, слуховой аппарат, коляску, но не видим самого человека. В центре внимания должна находиться способность инвалидов, а не их неспособность.

Во всем мире инвалиды объединяются в организации для борьбы за свои собственные права в отношении оказания влияния на принятие решений в правительствах и во всех секторах общества. Роль организаций инвалидов заключается в предоставлении возможности высказывать свое мнение, выявлении

нужд, выражении мнений относительно очередности задач, оценки услуг, а также в борьбе за реформы и пробуждение общественного мнения. Как средство саморазвития, эти организации предоставляют возможность для развития навыков ведения переговоров, организационных способностей, взаимной поддержки, передачи информации, а также часто для развития профессиональных навыков и возможностей. Учитывая их крайне "важное значение для процесса участия, необходимо оказать содействие их развитию.

В настоящее время люди, страдающие умственными недостатками, начинают играть самостоятельную роль и настаивают на своем праве принимать участие в дискуссии и принятии решений. Даже те, кто имеет ограниченные навыки общения, показали себя способными выражать свою точку зрения. В этом отношении они могут многому научиться у движения в защиту своих интересов, которое существует у инвалидов других категорий. Эту тенденцию следует поощрять.

Необходимо готовить и распространять информацию с целью улучшения положения инвалидов. Следует стремиться к сотрудничеству всех средств массовой информации, с тем чтобы распространяемые ими материалы способствовали пониманию (как широкой общественностью, так и самими инвалидами) проблем инвалидов и не допускали укрепления традиционных стереотипных представлений и предубеждений.

Концепции, принятые в системе Организации Объединенных Наций

В уставе Организации Объединенных Наций первостепенное значение уделяется подтверждению принципов мира, веры в права человека и основные свободы, достоинству и ценности человеческой личности, и содействию социальной справедливости.

Всеобщая декларация прав человека подтверждает права всех людей без каких бы то ни было различий на вступление в брак, владение собственностью, равный доступ к общественному обслуживанию, социальному обеспечению и осуществлению экономических, социальных и культурных прав. Международные пакты о правах человека, Декларация о правах умственно отсталых лиц и Декларация о правах инвалидов конкретно излагают принципы, содержащиеся во Всеобщей декларации прав человека.

В Декларации социального прогресса и развития провозглашается необходимость охраны прав лиц, являющихся физически или умственно отсталыми, и необходимость обеспечения их благосостояния и восстановления трудоспособности. Она гарантирует каждому право на работу и участие в полезном и производительном труде.

В рамках Секретариата Организации Объединенных Наций ряд учреждений осуществляет деятельность, связанную с вышеупомянутыми кон-

цепциями, а также со Всемирной программой действий. К ним относятся: Отдел по правам человека, Департамент по международным экономическим и социальным вопросам, Департамент по техническому сотрудничеству в целях развития, Департамент общественной информации, Отдел по наркотическим средствам и Конференция Организации Объединенных Наций по торговле и развитию. Важную роль играют также региональные комиссии: Экономическая комиссия для Африки в Аддис-Абебе (Эфиопия), Экономическая комиссия для Европы в Женеве (Швейцария), Экономическая комиссия для Латинской Америки в Сантьяго (Чили), Экономическая и социальная комиссия для Азии и Тихого океана в Бангкоке (Таиланд), Экономическая комиссия для Западной Азии в Багдаде (Ирак).

Другие организации и программы системы Организации Объединенных Наций приняли подходы, связанные с развитием, которые будут иметь важное значение для осуществления Всемирной программы действий в отношении инвалидов. К ним относятся:

(а) задачи, содержащиеся в резолюции 3405 (XXX) Генеральной Ассамблеи о новых масштабах технического сотрудничества Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), которые нацеливают ее, в частности, на необходимость учета важности подхода к беднейшим и наиболее уязвимым слоям общества при ответах на запросы правительств о предоставлении помощи, удовлетворении их срочных и острых потребностей и которые содержат в себе концепции технического сотрудничества между развивающимися странами;

(в) концепция основных видов услуг для всех детей и стратегия, принятая Детским фондом Организации Объединенных Наций в 1980 году с целью активизации роли средств семьи и общины в оказании помощи детям-инвалидам в их естественной среде;

(с) Управление Верховного комиссара по делам беженцев (УВКБ) и его программа для беженцев-инвалидов;

(d) Ближневосточное агентство Организации Объединенных Наций для помощи палестинским беженцам и организации работ (БАПОР), которое наряду с прочим занимается вопросами предупреждения дефектов среди палестинских беженцев и снижением социальных и физических барьеров, с которыми сталкиваются беженцы-инвалиды;

(е) выдвинутая Управлением Координатора ООН по оказанию помощи в случае стихийных бедствий (ЮНДРО) концепция конкретных мер готовности к стихийным бедствиям и их предотвращения для лиц, имеющих инвалидность, и мер предупреждения постоянной инвалидности в результате телесного повреждения или обращения с ними, имевшего место в период стихийного бедствия;

(f) Центр ООН по населенным пунктам (ЦНПООН), занимающийся вопросами устранения физических барьеров и обеспечения общего доступа к физической среде;

(g) Организация ООН по промышленному развитию (ЮНИДО); деятельность ЮНИДО охватывает производство лекарственных средств, имеющих существенное значение для предупреждения инвалидности, а также технических средств для инвалидов.

Специализированные учреждения системы Организации Объединенных Наций, которые занимаются вопросами оказания содействия, поддержки и осуществления деятельности на местах, обладают большим опытом работы на благо инвалидов. Программы предупреждения инвалидности, программы питания, гигиены, образования детей и взрослых, являющихся инвалидами, профессионально-технической подготовки, трудоустройства и другие представляют собой большой опыт и знания, которые открывают возможности для дальнейших достижений и в то же время предоставляют возможность делиться этим опытом с правительственными и неправительственными организациями, занимающимися проблемами инвалидов. К ним относятся:

(a) стратегия основных потребностей Международной организации труда и принципы, изложенные в Рекомендации № 99 МОТ от 1955 года;

(b) Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций (ФАО) делает упор на взаимосвязь между питанием и инвалидностью;

(c) концепция соответствующего образования, рекомендованная группой экспертов Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) в отношении образования инвалидов, была усилена двумя руководящими принципами, содержащимися в Санбергской декларации:

– инвалиды должны получать от общества услуги, приспособленные к их конкретным личным потребностям;

– путем децентрализации услуг на секторы потребности инвалидов будут приниматься и удовлетворяться в рамках общества, к которому они принадлежат.

(d) Программа Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех к 2000 году» и соответствующая концепция первичной медико-санитарной помощи, на основе которой государства-члены Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) уже взяли на себя обязательства по предупреждению заболеваний и дефектов, ведущих к инвалидности. Концепция первичной медико-санитарной помощи, разработанная Международной конференцией по первичной медико-санитарной помощи, которая состоялась в Алма-Ате в 1978 году, и применение этой концепции к медицинским аспектам инвалидности разъясняется в

политике Всемирной организации здравоохранения по этому вопросу, которая была утверждена Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1978 году;

(e) Международная организация гражданской авиации (ИКАО) утвердила рекомендации договаривающимся сторонам, касающиеся средств передвижения и предоставления средств для пассажиров, имеющих инвалидность;

(f) Исполнительный комитет Всемирного почтового союза (ВПС) утвердил рекомендацию, предлагающую всем национальным почтовым управлениям улучшить доступ инвалидов к их службам.

Во Всемирной программе действий в отношении инвалидов также подробно образом сформулированы предложения по осуществлению всемирной программы действий в отношении инвалидов.

13.2. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов.

Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов были приняты Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций на ее сорок восьмой сессии 20 декабря **1993** года (резолюция **48/96**).

Во всех странах мира и в любой группе общества имеются инвалиды. Их число в мире значительно и продолжает расти. Причины и следствия инвалидности в разных странах различны. Эти различия объясняются разными социально-экономическими условиями и разными мерами государств по обеспечению благосостояния своих граждан.

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

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

ние инвалидов в нормальную жизнь общества, отражавшие растущее понимание потенциальных возможностей инвалидов.

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

Международная деятельность в прошлом.

Права инвалидов уже в течение длительного времени являются предметом пристального внимания со стороны Организации Объединенных Наций и других международных организаций. Наиболее важным итогом Международного года инвалидов (1981 год) явилась Всемирная программа действий в отношении инвалидов, принятая Генеральной Ассамблеей в ее резолюции 37/52 от 3 декабря 1982 года. Международный год и Всемирная программа действий дали мощный толчок прогрессу в этой области. В ходе их осуществления подчеркивалось право инвалидов на равные с другими гражданами возможности и на равное улучшение условий жизни в результате экономического и социального развития. Кроме того, **впервые инвалидность была определена как функция отношений между инвалидами и их окружением.**

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

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

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

Руководствуясь решениями Генеральной Ассамблеи, Экономический и Социальный Совет на своей первой очередной сессии **1990** года решил сосредоточить свои усилия на разработке международного документа несколько иного рода. В своей резолюции **1990/26** от **24** мая **1990** года Совет уполномочил Комиссию социального развития рассмотреть на ее тридцать второй сессии вопрос о создании специальной рабочей группы правительственных экспертов открытого состава, финансируемой за счет добровольных взносов, для разработки стандартных правил создания равных возможностей для инвалидов из числа детей, молодежи и взрослых в тесном сотрудничестве со специализированными учреждениями, другими межправительственными органами и неправительственными организациями, прежде всего организациями инвалидов. Совет просил также Комиссию завершить разработку текста этих правил для рассмотрения Советом в 1993 году и представления Генеральной Ассамблее на ее сорок восьмой сессии.

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

На тридцать второй сессии Комиссии социального развития инициатива разработки стандартных правил получила поддержку значительного числа представителей. В результате обсуждения была принята резолюция 32/2 от 20 февраля 1991 года, в которой Комиссия решила создать специальную рабочую группу открытого состава в соответствии с резолюцией 1990/26 Экономического и Социального Совета.

Таким образом, Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов были разработаны на основе опыта, приобретенного в ходе проведения Десятилетия инвалидов Организации Объединенных Наций (1983-1992 годы).

Политической и моральной основой настоящих Правил являются:

- Международный билль о правах человека, включающий Всеобщую декларацию прав человека;
- Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах;
- Международный пакт о гражданских и политических правах;
- Конвенция о правах ребенка;
- Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин;
- Всемирная программа действий в отношении инвалидов.

Настоящие Правила предполагают взятие государствами серьезных моральных и политических обязательств в отношении обеспечения равенства возможностей для инвалидов. В Правилах предусматриваются принципы, касающиеся ответственности, принятия мер и обеспечения сотрудничества. В них указываются также области, имеющие решающее значение для обеспечения качества жизни, всестороннего участия в жизни общества и равенства. Настоящие Правила являются основой, на которой инвалиды и их организации могут вырабатывать свою политику и строить свою деятельность. Они создают основу для технического и экономического сотрудничества между странами, в том числе через посредство Организации Объединенных Наций и других международных организаций.

Цель настоящих Правил заключается в обеспечении такого положения, при котором девочки, мальчики, мужчины и женщины, являющиеся инвалидами, как члены общества имели бы те же права и обязанности, что и другие лица. Во всех странах мира все еще существуют препятствия, которые не позволяют инвалидам осуществлять свои права и свободы и осложняют их полное участие в общественной жизни.

Обязанность государств заключается в том, чтобы принимать необходимые меры для устранения этих препятствий. Инвалиды и их организации должны играть активную роль в этом процессе как полноправные партнеры. Создание равных возможностей для инвалидов является важным вкладом в общие усилия, направленные на мобилизацию людских ресурсов во всех странах мира. Особое внимание, по-видимому, следует обратить на такие группы населения, как женщины, дети, престарелые, бедные слои населения, рабочие-мигранты, лица, страдающие двумя или несколькими видами инвалидности, коренные жители и национальные меньшинства. Кроме того, насчитывается большое число беженцев-инвалидов с особыми потребностями, требующими внимания.

Основные концепции политики в отношении инвалидов

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

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

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

Использование двух терминов «инвалидность» и «нетрудоспособность», следует рассматривать в свете современных недостатков, характерных для общества (различные препятствия для участия в жизни общества).

Предупреждение инвалидности. Термин «предупреждение инвалидности» означает осуществление комплекса мер, направленных на предупреждение возникновения физических, умственных психических и сенсорных дефектов (профилактика первого уровня) или на предупреждение перехода дефектов в постоянное функциональное ограничение или инвалидность (профилактика второго уровня). Предупреждение инвалидности может предусматривать осуществление мер различного характера, в частности, оказание первичной медико-санитарной помощи, предродовый и послеродовый уход, популяризация диетотерапии, профилактическая вакцинация от инфекционных заболеваний, меры по борьбе с эндемическими заболеваниями, охрана труда и программы предупреждения несчастных случаев в различных ситуациях, включая приспособливание рабочих мест в целях предупреждения профессиональных заболеваний и потери трудоспособности, предупреждение инвалидности, которая является следствием загрязнения окружающей среды или вооруженных конфликтов.

Реабилитация. Термин «реабилитация» означает процесс, имеющий целью помочь инвалидам достигнуть оптимального физического, интеллектуального, психического и/или социального уровня деятельности и поддерживать его, предоставив им тем самым средства для изменения их жизни и расширения рамок их независимости. Реабилитация может включать меры по обеспечению и/или по восстановлению функций или компенсации утраты, или отсутствия функций или функционального ограничения. Процесс реабилитации не предполагает лишь оказание медицинской помощи. Он включает в себя широкий круг мер и деятельности, начиная от начальной и более общей реабилитации и кончая целенаправленной деятельностью, например, восстановлением профессиональной трудоспособности.

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

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

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

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

Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов содержат три основных раздела, включивших 22 правила.

I. Предпосылки для равноправного участия

Правило 1. Углубление понимания проблемы.

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

Правило 2. Медицинское обслуживание.

Государствам следует обеспечить эффективное медицинское обслуживание инвалидов.

Правило 3. Реабилитация.

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

Правило 4. Вспомогательные услуги.

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

II. Целевые области для создания равных возможностей

Правило 5. Доступность.

Государствам следует признать важность обеспечения доступности в процессе создания равных возможностей для инвалидов во всех сферах жизни общества. Что касается лиц, имеющих любые формы инвалидности, то государствам следуе~~та~~ осуществлять программы действий, с тем чтобы сделать

материальное окружение доступным для инвалидов; и б) принимать меры для обеспечения им доступа к информации и коммуникациям.

Правило 6. Образование.

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

Правило 7. Занятость.

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

Правило 8. Поддержание доходов и социальное обеспечение.

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

Правило 9. Семейная жизнь и свобода личности.

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

Правило 10. Культура.

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

Правило 11. Отдых и спорт.

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

Правило 12. Религия.

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

III. Меры по осуществлению.

Правило 13. Информация и исследования.

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

Правило 14. Разработка политики и планирование.

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

Правило 15. Законодательство.

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

Правило 16. Экономическая политика.

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

Правило 17. Координация деятельности.

Государства несут ответственность за создание и укрепление национальных координационных комитетов или аналогичных органов для использования их в качестве национальных координационных центров по вопросам, касающимся инвалидов.

Правило 18. Организации инвалидов.

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

Правило 19. Подготовка персонала.

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

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

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

Правило 21. Техническое и экономическое сотрудничество.

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

Правило 22. Международное сотрудничество.

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

IV. Механизм контроля.

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

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

13. 3. Социальная реабилитация личности в Конвенции о правах инвалидов.

Проблема инвалидности, как и поиск путей реабилитации инвалидов, в значительной мере притягивала и притягивает внимание, как исследователей, так и общественности в различные времена. Характер отношения к людям, имеющим ограничения жизнедеятельности вследствие дефектов здоровья, изменялся от подачи милостыни к призрению и далее сложным, дифференцированным формам реабилитации. С течением времени усложнялись и насыщались по содержанию реабилитационные подходы. Выделялись фазы, этапы реабилитации, четко формулировались и дополнялись принципы реабилитационных воздействий, выделялись физиологические, психологические, социальные механизмы воздействия реабилитационных технологий.

Принципиальный вклад и значительное влияние на характер направления развития реабилитации лиц с ограничениями жизнедеятельности вследствие дефектов здоровья вносит принятая в 2007 году Конвенция о правах инвалидов.

Настоящая Конвенция о правах инвалидов базируется на положениях Всеобщей декларации прав человека утвержденной Генеральной Ассамблеей ООН 10 декабря 1948 года. Так, *статья 1* Конвенции о правах инвалидов базируется на первых двух статьях декларации прав человека, которые определяют, что «Все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах. Они наделены разумом и совестью и должны поступать в отношении друг друга в духе братства» (статья 1.1), «Каждый человек должен обладать всеми правами и всеми свободами, провозглашенными настоящей Декларацией, без какого бы то ни было различия, как-то в отношении расы, цвета кожи, пола,

языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного, сословного или иного положения» (статья 1.2). Данные положения, главным образом, нацеливают на то, что несмотря на особенности психо-физического развития человека, его физические, сенсорные, психические или другие дефекты в нем нужно видеть личность, свободную стремящуюся к самореализации, имеющую безусловные индивидуальные достоинства. Все это указывает на необходимость изменения самого общественного восприятия такой категории как инвалиды, т.е. восприятия их без акцентов на нарушения и дефекты, а в первую очередь с учетом безусловных индивидуальных достоинств. Изменение данного общественного восприятия меняет также и самовосприятие инвалидами собственных возможностей и собственного социального положения, поднимет уровень самооценки человека с ограничениями жизнедеятельности от уровня рентных установок и иждивенческого образа жизни за счет других членов общества до уровня стремления к личностной самореализации, т.е. реализации человека как профессионально, социально успешной личности. К сожалению, до сих пор остается актуальной проблема отношения к инвалидам как к отдельному, какому-то особому виду, который объединяется в отдельный, параллельно функционирующий социум. При чем данная проблема имеет отношение как к восприятию инвалидов социумом, так и к самовосприятию своего положения самими инвалидами.

Таким образом, исторически принципиальным, основным положением Конвенции является определение инвалидности, приведенное в *статье 1* «К инвалидам, относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими.» Данное определение взято за основу при разработке Закона «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» 2009 года. и пришло на смену формулировке лежавшей в основе Закона «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» в редакции 1991 года, на основании которой «Инвалидом признается лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите».

Сравнивая два приведенных определения необходимо подчеркнуть принципиальную разницу. Новое определение нацеливает на то, что несоответствие социально – средовых условий в которых проживает инвалид его возможностям в значительной мере определяет степень его социальной недостаточности. Соответственно из этого вытекает реабилитационная перспектива, т.е. уменьшение степени социальных, средовых и т.д. барьеров адекватными реабилитационными, организационными, экономическими и др. мерами для человека да-

же с выраженными функциональными нарушениями должно нивелировать степень инвалидности. Предыдущая формулировка проводила преимущественную корреляцию степени инвалидности с состоянием критериев жизнедеятельности человека: способностью к передвижению, общению, ориентации, самообслуживанию, контролю за своим поведением, возможностями к обучению и трудовой деятельности в значительной мере зависящих от степени функциональных нарушений.

Кроме того, следует учитывать, что принятое определение инвалидности еще в большей мере, чем предыдущее подчеркивает необходимость принятия мер по системе профилактики инвалидности и реабилитации через образовательные и экономические меры, улучшения отношения всего общества к инвалидам, как к равным, не допуская и тени очевидной или неочевидной дискриминации, обусловленной независимыми от гражданина трудностями пребывания в социальной среде наравне с другими лицами.

В *статье 3* настоящей Конвенции выделен ряд принципов, соблюдение которых призвано обеспечить равноправие инвалидов. Особое внимание для обсуждения, на наш взгляд, заслуживают следующие:

1. Полное и эффективное вовлечение и включение в общество.

Реализация данного положения, на наш взгляд зависит от двух основных факторов. Первый – это возможности общества и государства предоставить приемлемые условия для полноценного включения в профессиональную, общественную деятельность посредством законов и других нормативных актов. В данном случае важно чтобы не было ограничений какими-то определенными профессиональными сферами, а также не ограничивался по причине инвалидности карьерный рост. Т.е. необходимо предоставить человеку возможности для полной самореализации с учетом собственного интеллектуального, эмоционального, физического и т.д. потенциала. Второй момент – это желание самого инвалида полноценно включиться в общественную, профессиональную деятельность, наравне с другими членами общества, не требуя к себе особого отношения, льгот и скидок на дефекты. Однако, в данном случае, следует учитывать, что лица с тяжелыми нарушениями и дефектами нуждаются в средствах для их компенсации и преодоления при выполнении обычных социальных ролей и задач. Поэтому не зависимо от реабилитационных эффектов и степени социальной, в т.ч. профессиональной реинтеграции человека, следует предусматривать компенсации на нивелирование барьеров данной категории лиц, учитывая характер и степень выраженности функционального дефекта.

В нашей стране сделаны значительные шаги по предоставлению равных возможностей инвалидам. Это положение обеспечивается значительной законодательной базой: Закон Республики Беларусь «О социальной защите инвали-

дов» 1991г., 2009г., Закон Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» 1994г., 2008г., Закон Республики Беларусь «Об общем среднем образовании» 2006 г., Закон Республики Беларусь «О государственных минимальных социальных стандартах» 1999 г., Закон Республики Беларусь «О занятости населения Республики Беларусь» 2006 г., Закон Республики Беларусь «О социальном обслуживании» 2000 г., Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» 2001 г., Закон Республики Беларусь «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (Специальном образовании)» 2004 г. и др. Существующие нормативные акты достаточно комплексно обеспечивают социальную защиту данной категории лиц.

Реализация следующего принципа – доступности определяется с одной стороны возможностями получения образования, различных видов социальной и другой помощи, работы и т.д., а с другой – возможностями доступа к объектам социальной инфраструктуры, соответствия их требованиям, предъявляемым универсальным дизайном к объектам жилья, общего пользования, а также предприятиям, офисным зданиям и т.д.. Универсальный дизайн должен присутствовать не только в каком-то ограниченном перечне объектов общего пользования (магазинах, театрах, больницах и т.д.), но и во всех зданиях потенциально возможного пользования лицами с ограничениями критериев жизнедеятельности. Речь идет о жилом фонде, где предусматриваются квартиры на доступных для инвалидов этажах. В тоже время у инвалида, как и у любого другого человека могут быть социальные контакты и на других этажах и в любых зданиях. Немаловажным является также и доступ к рынку труда людей с различными физическими, сенсорными, психическими дефектами. Этот доступ зачастую ограничен только из-за наличия барьеров, непреодолимых данной категорией людей.

Следующим важным принципом Конвенции, является уважение развивающихся способностей детей - инвалидов и уважение права детей - инвалидов сохранять свою индивидуальность. Здесь необходимо заметить, что речь идет о детях, имеющих врожденные физические, косметические, сенсорные, интеллектуальные особенности и соответственно формирование и развитие их способностей будет отличаться от таковых у обычных детей. Следовательно, принципиальным в социализации таких детей является своевременное выявление компенсаторных возможностей, четкое определение механизмов возможного социального приспособления через развитие резервных возможностей с целью достижения максимально возможного уровня социальной, а в последующем и профессиональной адаптации.

Статья 4 настоящей Конвенции в целом реализуются посредством Закона о социальной защите инвалидов. Однако, обращая внимание на пункт f сле-

дует заметить, что существует необходимость разработки универсальных СНиПов в отношении универсального дизайна касающихся без ограничений всех объектов строительства. На наш взгляд это расширит рамки независимости и добавит возможности лицам с ограничениями жизнедеятельности не только в социокультурной или социально - бытовой сферах, но и при получении разнообразного образования, и на рынке труда.

Пункт g нацеливает на необходимость обращения особого внимания при выделении заданий отраслевых, государственных НТП, направленных на разработку и внедрение инновационных форм, расширяющих рамки независимости инвалидов. Примером может служить система дистанционного обучения инвалидов, разработка которой была начата в государственной НТП «Информационная Беларусь» и т.д.

Пункт h настоящей статьи нацеливает на расширение информационных порталов в сети Интернет, касающихся вопросов социальной защиты и разных уровней реабилитации инвалидов. Например, в настоящее время появился банк социальной информации (БСИ) БАСР, банк вакансий на рынке труда и т.д.

Пункт i обращает внимание на необходимость повышения уровня информированности и просвещенности по проблемам инвалидности различных специалистов и персонала, работающего с инвалидами. Это может быть реализовано посредством введения обязательных предметов в ВУЗах, касающихся социальной защиты и принципов реабилитации инвалидов. Как минимум это очень важно для ВУЗов педагогического, естественного и социально-гуманитарного профилей.

В настоящее время действует новый стандарт специальности «Социальная работа», утвержденный в 2008 году, который включает целый спектр предметов, направленных на повышение знаний, умений и навыков специалистов в вопросах социальной защиты и реабилитации инвалидов.

Реализация положений, прописанных в *статьях 5 и 6* настоящей Конвенции, всецело гарантируется Конституцией Республики Беларусь.

При рассмотрении положений, прописанных в *статье 7*, следует обратить внимание на необходимость повышения уровня готовности специалистов системы образования, социальной защиты и т.д. оказывать адекватную квалифицированную помощь данной категории лиц. Кроме того, дизайн помещений и зданий в которых расположены подобные учреждения должен позволять получить помощь инвалидам с различным характером функциональных нарушений и различной степенью их выраженности. Более подробный анализ данных положений будет проведен далее в соответствующих разделах.

Коротко останавливаясь на положениях *статьи 8* следует отметить актуальность ее положений. При проведении учебных занятий, воспитательных ме-

роприятий и т.д. в различного уровня учебных заведениях следует учитывать, что аудитория формируется на интегрированных принципах (согласно действующему законодательству). Соответственно учебные программы курсов должны показывать вклад выдающихся личностей, имевших определенные физические, сенсорные и др. дефекты, например, Бетховен, Островский, Рузвельт и т.д.

Важно увеличение процента социальной рекламы в средствах массовой информации. Речь идет о передачах на радио и телевидении, статьях в журналах и газетах, которые должны показать обществу возможности и вклад людей с различными ограничениями жизнедеятельности в общую копилку общественного развития.

Статья 9 посвящена доступности к физическому окружению, к транспорту, к информации и связи, включая информационно - коммуникационные технологии и системы, а также к другим объектам и услугам, открытым или предоставляемым для населения, как в городских, так и в сельских районах.

Обсуждение вопросов, касающихся универсального дизайна приведено выше. Следует обратить внимание на первоочередную необходимость изменения условий доступности в образовательных и социальных учреждениях. Так, например, получение среднего образования для целого ряда детей имеющих чисто физические или сенсорные нарушения ограничено надомным обучением, либо получением образования в специализированных домах-интернатах. Нужно заметить, что характер и качество подобного образования далеко не всегда может коррелировать с таковым в общеобразовательных школах. Кроме того, в подобных случаях у данной категории детей не формируются социально значимые навыки использования и применения полученной в ходе обучения информации. Дети растут заведомо асоциализированными и в последующем их социализация или нормальная социальная интеграция требует применения очень сложных, затратных реабилитационных технологий. Т.к. формирование определенных социальных навыков, приобретение конкретного жизненного опыта присуще определенным возрастным периодам и происходит в процессе определенной деятельности и взаимодействий, то целый ряд детей обречен на всю жизнь не получить путевку для функционирования в нормальном социуме. При создании безбарьерной среды в учебных заведениях практически все интеллектуально сохранные дети-инвалиды могут получить возможность к получению полноценного среднего образования и соответственно в значительной степени повысить свои шансы на получение образования следующих уровней.

Соблюдение условий универсального дизайна при проектировании и строительстве производственных зданий и сооружений может в значительной степени расширить рамки рынка труда для инвалидов, а также снять предвзя-

тые, отрицательные установки с работодателя при рассмотрении кандидатур из числа инвалидов для занятия вакантных рабочих мест. В настоящее время, при проектировании и согласовании проектов различных строительных объектов остается негативная тенденция обоснований не востребованности данных объектов инвалидами. Таких объектов быть не должно.

В настоящее время слабо разработана система предоставления посредников и помощников инвалидам, особенно имеющим двигательные и сенсорные нарушения. Подобные услуги преимущественно предоставляются общественными организациями инвалидов. Данный вопрос заслуживает особого внимания и законодательного закрепления. При этом решение его может быть и через предоставление дополнительных льгот по налогам организациям представляющим эти услуги. Например, в ряде стран помощь инвалидам с двигательными нарушениями осуществляется в качестве альтернативы службы в армии и т.д.

Очень важным при реализации пункта g 9-ой статьи является предоставление инвалидам технических средств доступа к информации, а также предоставление льгот на тарифы использования сети Интернет. Предоставление технических средств может осуществляться на основе выдачи во временное пользование, а также целесообразно их включение в перечень реабилитационных технических средств, расширяющих рамки независимости инвалида, определяемых для выдачи во МРЭК при освидетельствовании и переосвидетельствовании. Можно рассматривать решение этого вопроса посредством отделений дневного пребывания для инвалидов Территориальных центров социального обслуживания населения.

Целесообразно расширение спектра образовательных программ и предложений посредством сетевых технологий, а также предоставление услуг виртуальных реабилитационных центров.

Положения *статей 10,11,12,13,14,15,16,17,18* настоящей Конвенции, по нашему мнению, не требуют дополнительной интерпретации т.к. их суть отражена в Конституции Республики Беларусь, Законах «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь», «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов в Республике Беларусь», других законах и нормативных актах.

Проводя анализ *статьи 19* настоящей Конвенции, в первую очередь для выполнения положений пункта а) «...инвалиды имеют возможность выбирать наравне с другими людьми свое место жительства и то, где и с кем проживать, и не были обязаны проживать в каких-то определенных жилищных условиях...» на наш взгляд необходима реализация описанных в предыдущих разделах предложений по созданию универсальных СНиПов касающихся всех архитектурных объектов.

Положение в, гласящее, что «...необходимо создать условия для того, чтобы инвалиды имели доступ к разного рода оказываемым на дому, по месту жительства и иным вспомогательным услугам на базе местного сообщества, включая персональную помощь, необходимую для поддержки жизни в местном сообществе и включения в него, а также для недопущения изоляции или сегрегации от местного сообщества...» в настоящее время реализуется посредством районных ЛПУ и ТЦСОН. В настоящее время в Республике Беларусь насчитывается более 140 Территориальных центров социального обслуживания населения, функционирующих на уровне районов. В последнее время в структуре данных центров получили развитие отделения дневного пребывания инвалидов и другие подразделения, оказывающие различные виды социальной и другой реабилитационной помощи. Наряду с этим, на наш взгляд, существуют значительные резервы для развития данных служб.

Первое – это повышение уровня специальных знаний в области специфики контингентов инвалидов, специфики социальной, социально – реабилитационной работы с данными контингентами у специалистов, задействованных в социальной и социально–реабилитационной работе с инвалидами.

Второе – это необходимость внедрения принципа активного выявления и патронажа инвалидов в рамках обслуживаемой ТЦСОН территории. В настоящее время большинство подобных центров работают по заявительному принципу и оказывают помощь по заявлению. В тоже время существует социальный раздел индивидуальной программы реабилитации, выдаваемой во МРЭК при освидетельствовании либо очередном переосвидетельствовании. Его содержательная часть могла бы быть в значительной мере расширена за счет привлечения специалистов ТЦСОН.

Третье – понятие адресной социальной помощи должно включать в себя не только материальную помощь, но и реализацию конкретных реабилитационных технологий, направленных на снижение степени ограничения критериев жизнедеятельности инвалида и тем самым снижения уровня социальной его недостаточности.

Четвертое – штаты ТЦСОН должны расширяться за счет привлечения специалистов по социальной реабилитации и инженеров реабилитологов, способных оценить условия проживания конкретного инвалида, разработать программу реконструкции жилища с учетом требований, предъявляемых дефектными функциями инвалида и реализовать данные изменения совместно с техническими службами, например, БПОВЦ.

Пятое – необходимо на уровне районных структур (возможно служб занятости или ТЦСОН) рассмотреть вопрос о создании отделений профессиональной реабилитации инвалидов. Эта необходимость связана с тем, что при

определении профессиональной пригодности инвалида, либо проведении ему профессионального подбора, профессиональной ориентации следует проводить объективную физиологическую, психофизиологическую и др. оценку состояния его профессионально значимых функций и далее диагностику возможностей эффективного выполнения тех или иных видов труда, а также возможностей получения конкретного образования.

Шестое – целесообразно в целом вернуться к рассмотрению вопроса о месте составления социального и профессионального разделов индивидуальных программ реабилитации. В настоящее время это функция МРЭК, однако, при проведении освидетельствования присутствует лишь ограниченный состав специалистов, не всегда имеющих объективное представление о реальной социально-средовой ситуации конкретного человека. Кроме того, специалистам районного уровня в большей степени доступны возможности выявления и поиска резервов по адаптации социальных, средовых, профессиональных условий для конкретного человека проживающего в зоне их обслуживания.

Седьмое – целесообразно прикладывать усилия к развитию системы надомной реабилитации, что должно в значительной степени удешевить реабилитационный процесс, а реабилитанту дать возможность почувствовать результат в реальных условиях его постоянной жизнедеятельности.

Акцент при комментарии *статьи 20* настоящей Конвенции необходимо перенести в сторону создания условий для расширения спектра реабилитационных технических средств, выпускаемых предприятиями.

Чаще всего реабилитационные технические средства требуют индивидуального изготовления. Кроме того, предоставление технических средств реабилитации должно сопровождаться обучением их использования и программой адаптации к ним. Данные технические средства должны индивидуально определяться в разделах индивидуальных программ реабилитации, а их изготовление – финансироваться за счет средств, предполагаемых на реабилитацию и социальную защиту данного человека.

Статья 21, на наш взгляд, содержит положения имеющие резервы для реализации. В первую очередь это относится к применению сурдоперевода при трансляции информационных, познавательных программ. Второе – поддержка инициатив по созданию специального канала для людей с нарушениями слуха. Безусловно, важно предоставление информации с использованием альтернативных вариантов передачи, например, возможное дублирование информации в Интернет источниках с использованием текста, речевого аналога и возможно сурдоперевода.

Положения, прописанные в *статье 22*, регламентированы Конституцией Республики Беларусь и другими нормативными актами.

При анализе *статьи 23* необходимо заострить внимание на пункте 1b «Государства-участники принимают эффективные и надлежащие меры для устранения дискриминации в отношении инвалидов во всех вопросах, касающихся брака, семьи, отцовства, материнства и личных отношений, наравне с другими, стремясь при этом обеспечить, чтобы: признавались права инвалидов на свободное и ответственное принятие решений о числе детей и интервалах между их рождением и на доступ к соответствующей возрасту информации и к просвещению в вопросах репродуктивного поведения и планирования семьи, а также предоставлялись средства, позволяющие им осуществлять эти права...» и в комментарии внести предложение о возможном включении в индивидуальные программы реабилитации инвалидов соответствующих возрастных групп и, безусловно, с учетом их пожеланий, курсов просвещения по вопросам репродуктивного поведения и планирования семьи.

Обращая внимание на последующие положения данной статьи, необходимо отметить актуальность контроля за качеством присмотра и реализации индивидуальных программ реабилитации в неблагополучных семьях. К сожалению, на сегодняшний день встречаются ситуации, когда родители алкоголики просто паразитируют на пособии по уходу за ребенком-инвалидом. По нашему мнению, таких детей необходимо своевременно изымать из семей и переводить в условия, где ребенок может получить адекватный присмотр и выполнение индивидуальной программы реабилитации.

Проводя анализ положений *статьи 24*, необходимо отметить, что в Республике Беларусь, в настоящее время, в целом, созданы условия для реализации задатков и склонностей людей с ограничениями жизнедеятельности вследствие дефектов здоровья. В отношении пунктов 1a, b:

а) к полному развитию человеческого потенциала, а также чувства достоинства и самоуважения и к усилению уважения прав человека, основных свобод и человеческого многообразия;

б) к развитию личности, талантов и творчества инвалидов, а также их умственных и физических способностей в самом полном объеме...» необходимо заметить, что наряду с развитием различных кружков, студий и т.д. на местных уровнях, в том числе и на базах ТЦСОН, целесообразно развивать движение по созданию, позитивно зарекомендовавших себя в реабилитационном плане групп самопомощи инвалидов, модерируемых специалистами по социальной работе - реабилитологами.

Остановливаясь на пункте 2 «При реализации этого права, государства-участники обеспечивают, чтобы:

а) инвалиды не исключались по причине инвалидности из системы общего образования, а дети-инвалиды — из системы бесплатного и обязательного начального образования или среднего образования;

б) инвалиды имели наравне с другими доступ к инклюзивному, качественному и бесплатному начальному образованию, и среднему образованию в местах своего проживания;

с) обеспечивалось разумное приспособление, учитывающее индивидуальные потребности;

д) инвалиды получали внутри системы общего образования требуемую поддержку для облегчения их эффективного обучения;

е) в обстановке, максимально способствующей освоению знаний и социальному развитию, сообразно с целью полной охваченности принимались эффективные меры по организации индивидуализированной поддержки.» необходимо заметить, что наряду с предложениями, описанными в предыдущих разделах, касающихся универсального дизайна и, в целом, доступности образования, следует учитывать необходимость предоставления возможности инвалидам продолжать образование на следующих уровнях вплоть до ВУЗов. Учитывая, что характер и качество образования на уровне учреждений интернатного типа, при надомном обучении и т.д. в значительной степени отличается от такового в общеобразовательных школах, следует рассмотреть вопрос о возможной технологии поступления таких детей в профессиональные учебные заведения. Важнейшим фактором при поступлении в профессиональные учебные заведения, по нашему мнению, является состояние профессионально значимых функций и резервные возможности человека, выявляемые при объективной физиологической, психофизиологической, психологической, медицинской и т.д. диагностике.

Важно предусмотреть возможности создания системы реабилитационного сопровождения таких людей на этапе профессионального обучения. Кроме того, при проведении профессионального отбора или подбора должно проводиться исследование возможностей рынка труда и уровень перспективной востребованности данных специалистов.

Пункт 3 настоящей статьи указывает на актуальность более широкого развития и включения в социальные разделы индивидуальных программ реабилитации эрготерапевтических направлений, как первого — сенсо-моторно-функционального уровня, так и второго — формирующего навыки самостоятельного функционирования. Возможно данные направления могут получить свое развитие на базе ТЦСОН. Следующие подпункты нацеливают на разработку и более плотное внедрение альтернативных источников общения и передачи информации посредством электронных источников в т.ч. и учебников, пе-

редствующих информацию наряду с традиционными формами в виде электронных сурдопереводов, сопровождающих текст, электронных читающих программ, видеорядов и т.д..

Пункт 4 настоящей статьи подчеркивает необходимость включения в программы подготовки специалистов, задействованных в работе с инвалидами (педагогов, врачей, социальных работников и т.д.), курсов, освещающих специфику работы с инвалидами и реабилитационные принципы их взаимодействия.

Статья 25 реализуется в Республике Беларусь посредством Закона «О здравоохранении».

Как уже отмечалось ранее важно усилить внимание, уделяемое различным уровням профилактики инвалидности. Наряду с этим целесообразно предусмотреть усиление роли социальной составляющей в проблеме предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов. Ориентация на чисто медицинские технологии, как показали прошедшие годы после принятия Закона «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» в 1994 г., а также мировой опыт, обобщенный Всемирной Организацией Здравоохранения, не позволяет получить желаемый результат В странах, где акценты проблемы расставлены более адекватно (медицинский и социальный аспекты), результаты несравненно выше.

Статья 26 «Абилитация и реабилитация» посвящена важнейшим направлениям, создающим условия реализации равных прав инвалидов.

Пункты 1 а,б «1. Государства-участники принимают, в том числе при поддержке со стороны других инвалидов, эффективные и надлежащие меры к тому, чтобы наделить инвалидов возможностью для достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни. С этой целью государства-участники организуют, укрепляют и расширяют комплексные абилитационные и реабилитационные услуги и программы, особенно в сфере здравоохранения, занятости, образования и социального обслуживания, таким образом, чтобы эти услуги и программы: а) начинали реализовываться как можно раньше и были основаны на многопрофильной оценке нужд и сильных сторон индивида; б) способствовали вовлечению и включению в местное сообщество и во все аспекты жизни общества, имели добровольный характер и были доступны для инвалидов как можно ближе к местам их непосредственного проживания, в том числе в сельских районах» нацеливают на совершенствование системы этапной реабилитации инвалидов. Здесь необходимо акцентировать внимание на четком соблюдении принципов реабилитации таких как комплексность и особенно индивидуальность. Соблю-

дение данных принципом может быть достигнуто только при наличии четкой реабилитационной диагностики, направленной на определение нарушений конкретных критериев жизнедеятельности и четкого выявления причин социальной недостаточности человека. Кроме того, должен четко выявляться реабилитационный потенциал человека и определяться его резервные возможности. Реабилитационные программы должны иметь главную цель – повышение качества жизни человека, попавшего в затруднительную жизненную ситуацию и уровня его социальной адаптации. Данный результат может быть достигнут только при базировании реабилитационных программ на результатах социальной и профессиональной диагностики. Примерная схема социальной диагностики инвалида приведена в приложении 1.

Важным для повышения эффективности реабилитации является разработка и внедрение критериев завершения фаз реабилитации.

Предложения по пункту 3 настоящей статьи «Государства-участники поощряют наличие, знание и использование относящихся к абилитации и реабилитации ассистивных устройств и технологий, предназначенных для инвалидов.» приведены выше.

При анализе положений *статьи 27* необходимо отметить следующее.

Первое – это необходимость создания государственной службы профессиональной ориентации инвалидов. Технологии работы подразделений данной службы должны включать своевременную объективную физиологическую, психофизиологическую, психологическую диагностику возможностей человека выполнять те или иные виды труда, объективную диагностику возможностей человека получить соответствующее образование, диагностику мотиваций человека к конкретной трудовой и профессиональной деятельности, диагностику возможностей рынка труда предоставить, в последующем, адекватное рабочее место. Необходимо учитывать степень востребованности подобной специальности в перспективе.

Второе – это проведение своевременных, адекватных, эффективных профориентационных мероприятий для детей–инвалидов, воспитывающихся в интернатных учреждениях.

Третье – необходимо рассматривать вопрос о структурировании системы профессиональной реабилитации инвалидов, включающей специальные центры профессионального обучения, центры профессиональной реабилитации, центры профессиональных тренингов, а также возможности профессионально–реабилитационных тренингов на конкретных рабочих местах производств.

Четвертое – одним из основных моментов, отличающих систему профессиональной реабилитации от просто профессионального обучения, является наличие службы реабилитационного (социо-медико-психологического) сопро-

вождения инвалида. Разработка технологий работы и создание подобных служб особенно актуально в настоящее время в нашей стране.

Реализация положений, определенных в *статьях 28, 29* настоящей Конвенции регламентировано Конституцией Республики Беларусь и другими нормативными актами.

Положения *статьи 30*, касающиеся участия инвалидов в культурной жизни, проведении досуга и отдыха, и занятии спортом анализировались в вышеизложенном материале. Степень их реализации, как уже говорилось, зависит от создания и применения норм проектирования и строительства с учетом требований универсального дизайна, распространяющихся на все объекты, расширения возможностей средств массовой информации посредством использования разнообразных, в том числе и инновационных способов коммуникации, расширения сети кружков и групп самопомощи и т.д..

Здесь необходимо акцентировать внимание на более плотном использовании возможностей общественного сектора. В настоящее время актуально создание условий для развития общественных организаций, чья деятельность нацелена на повышение уровня социальной защищенности, интеграции и социальной адаптации инвалидов. Необходимо оказывать содействие и всяческую поддержку организациям, занимающимся оптимизацией досуговой и социокультурной деятельности инвалидов. Особое содействие нужно оказывать организациям различных форм собственности, создающим рабочие места для инвалидов.

Проблема оптимального взаимодействия государственного и общественного секторов в сфере социальной защиты и реабилитации инвалидов требует отдельной проработки и законодательного закрепления.

Вопросы статистики и сбора данных по вопросам инвалидности, обозначенные в *статье 31* настоящей Конвенции, требуют безусловного уважения и соблюдения. Однако требуется четкое определение границ конфиденциальности собираемой и учитываемой информации. На наш взгляд, в настоящее время, заслуживают внимания персонифицированные, эпидемиологические системы статистического учета, позволяющие своевременно отслеживать динамику ситуации конкретного человека на различных этапах жизни, в случае его внутренней (по стране) миграции. Данные системы позволяют в любом месте предоставить специальную информацию об истории проблем человека, связанных с инвалидностью, а также отследить характер и качество реализации программ реабилитации и т.д..

Положения, изложенные в *статье 32*, требуют поддержки и развития как на различных уровнях государственного, так и общественного секторов. Кроме

того, они тесно связаны с перспективами сотрудничества данных секторов, описанных выше.

Опираясь на положения, прописанные в *статье 33* Конвенции, следует заметить, что, на наш взгляд, целесообразно поручить координацию и контроль вопросов, связанных с инвалидностью, Министерству, несущему расходы по пенсионированию и другим выплатам, связанным с инвалидностью. Причем, структуры данного Министерства должны иметь возможность влияния с момента появления случая инвалидности до момента подведения итогов комплексной реабилитации инвалида. Эти структуры должны проводить анализ по соотношению затраченных на реабилитацию средств с возможными выплатами по инвалидности.

ТЕМА 14. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ВО МРЭК. ОСНОВЫ МСЭ

14.1. Медико-реабилитационные экспертные комиссии.

Медико-реабилитационные экспертные комиссии в соответствии с законодательством Республики Беларусь проводят экспертизу ограничения жизнедеятельности граждан, а также составляют индивидуальные программы реабилитации и осуществляют контроль за их выполнением.

Комиссии находятся в непосредственном подчинении управлений здравоохранения исполкомов областных и Минского городского Советов народных депутатов, которые организуют их работу по территориальному принципу: областные, центральная городская в г. Минске, городские, районные, межрайонные, специализированные.

Финансирование расходов на содержание комиссий осуществляется за счёт ассигнований, предусмотренных в бюджетах областей и г. Минска на охрану здоровья. Распорядителем кредитов является главный эксперт области (г. Минска) по медико-социальной экспертизе и реабилитации.

Комиссия является юридическим лицом, имеет печать с изображением Государственного герба Республики Беларусь и штамп со своим наименованием.

Организация комиссий.

Комиссии создаются, реорганизуются и ликвидируются областными (Минским городским) Советами народных депутатов или в порядке, установленном этими Советами.

Формирование сети районных, межрайонных, городских комиссий проводится в зависимости от количества, обслуживаемого ими населения (как правило, на район создаётся одна комиссия), в области могут создаваться и специализированные комиссии.

В каждой области создаётся одна областная, в г. Минске - центральная городская комиссия.

При необходимости Министерством здравоохранения организуется республиканская комиссия.

В структуру областных и Минской центральной городской комиссий входят 2-3 состава.

В каждом составе обязаны быть 3 врача-реабилитолога-эксперта: терапевт, хирург, невропатолог, один из которых назначается председателем состава, а также старшая медсестра, медрегистратор (оператор ЭВМ). Кроме того, в штат включаются врачи-реабилитологи-эксперты следующих специальностей: педиатр, окулист, психиатр и другие узкие специалисты и врач-статистик (в зависимости от объема работы), а также другой персонал: юрист-консульт, главный бухгалтер, бухгалтер-кассир, инспектор по кадрам, водитель, уборщица и гардеробщица.

В состав районных и межрайонных, городских комиссий входят 3 врача-реабилитолога-эксперта: терапевт, хирург, невропатолог, а также методист-реабилитолог, старшая медсестра, медрегистратор (оператор ЭВМ).

В состав комиссии специализированного и смешанного профилей входят 2 врача, специальности которых соответствуют профилю комиссии, а также терапевт или невропатолог, методист-реабилитолог, старшая медсестра, медрегистратор (оператор ЭВМ).

Комиссии для проведения медико-социальной экспертизы могут привлекать консультантов по медицинским и другим вопросам с почасовой оплатой труда, а также представителей общественных организаций.

Руководство работой комиссий в областях и г. Минске осуществляет главный эксперт области (г. Минска) по медико-социальной экспертизе и реабилитации, который является также председателем одного из составов областной (Минской центральной городской) комиссии и назначается управлением здравоохранения исполкома областного (Минского городского) Совета народных депутатов.

Председателем комиссии назначается один из врачей, который входит в ее состав, который организует, обеспечивает работу комиссии и несёт персональную ответственность за её деятельность.

Обязанности и права комиссии.

Областные и Минская центральная городская комиссии:

— осуществляют организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью городских, районных, межрайонных и специализированных комиссий;

- анализируют состояние медико-социальной экспертизы и реабилитационной работы в областях и г. Минске и причины инвалидности, взаимодействуют с соответствующими органами при распределении мероприятий по профилактике инвалидности и социальной защите инвалидов, принимают участие в создании специализированных рабочих мест для инвалидов, ежеквартально анализируют результаты своей работы, представляют отчеты в порядке подчиненности;

- проводят повторное освидетельствование лиц по направлению городских, районных, межрайонных, специализированных комиссий, а также лиц, которые обжаловали решения указанных комиссий, и в случае необоснованности этих решений отменяют их; в сложных случаях направляют больных и инвалидов в Республиканский научно-практический центр экспертизы и реабилитации инвалидов, на Республиканский межведомственный экспертный совет по установлению причинной связи заболевания с выполнением работ по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС или на Республиканскую межведомственную комиссию по установлению причинной связи инвалидности с нахождением на фронте участников Великой Отечественной войны;

- проводят освидетельствование инвалидов с целью определения их потребностей в специальных транспортных средствах; вводят в практику работы комиссий научные принципы и методы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;

- принимают меры по повышению квалификации работников комиссий.

Городские, районные, межрайонные и специализированные комиссии:

- устанавливают степень ограничения жизнедеятельности больных, причину и время наступления инвалидности; определяют степень утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) лицами, которые получили травму или другое повреждение здоровья, связанное с исполнением ими трудовых обязанностей, а также потребность их в дополнительных видах помощи;

- устанавливают причинную связь смерти инвалида с производственной травмой, профессиональным заболеванием, ранением на фронте и другими причинами для решения вопроса о назначении пенсии и компенсации ущерба членам семьи умершего;

- составляют индивидуальные программы реабилитации с указанием объема, порядка и последовательности медицинской, социально-бытовой и профессиональной реабилитации и контролируют их выполнение;

- анализируют ежеквартально показатели своей работы, составляют отчеты о работе и представляют информацию по требованию вышестоящих органов;
- участвуют в проведении конференций, совещаний, семинаров по вопросам профилактики инвалидности, медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов совместно с лечебными учреждениями, профсоюзными организациями;
- обследуют совместно со службой занятости предприятия по вопросам трудоустройства инвалидов, участвуют в установлении квоты бронирования рабочих мест для инвалидов;
- оказывают консультативную помощь лечебно-профилактическим учреждениям в решении вопросов медико-социальной экспертизы, контролируют проведение экспертизы временной нетрудоспособности и медицинской реабилитации; выдают удостоверение инвалида при установлении впервые группы инвалидности; заполняют соответствующие графы удостоверения при продлении срока инвалидности или изменения группы (причины) инвалидности.

Комиссии имеют право:

- получать от органов и учреждений здравоохранения, администраций предприятий, учреждений, организаций и других субъектов хозяйствования сведения, необходимые для работы комиссии, в том числе данные о характере и условиях труда лиц, которые проходят освидетельствование. Должностные лица несут установленную законодательством ответственность за выдачу информации, которая является коммерческой тайной субъекта хозяйствования;
- направлять лиц, которые проходят освидетельствование, в лечебно-профилактические учреждения для уточнения диагноза и восстановительного лечения; посещать в установленном порядке предприятия, учреждения, организации и другие субъекты хозяйствования, осматривать места работы, рабочие и служебные помещения, знакомиться с отчетами, статистическими и другими материалами по вопросам деятельности комиссий.

Порядок освидетельствования граждан в комиссиях.

Освидетельствование граждан проводится по месту жительства или месту прикрепления их к лечебно-профилактическому учреждению по направлению соответствующего лечебно-профилактического учреждения (врачебно-консультативной реабилитационной комиссии).

Комиссии проводят освидетельствование граждан, в том числе детей до 18 лет, в тех случаях, когда законодательство связывает с установлением инвалидности предоставление прав на социальную помощь или освобождение

от исполнения соответствующих обязанностей, и в других случаях, предусмотренных действующим законодательством.

Направление граждан на медико-социальную экспертизу осуществляется после проведения диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Лица, которые направляются на комиссию в период временной нетрудоспособности, проходят освидетельствование вне очереди на всех этапах экспертизы.

Комиссии проводят выездные заседания в лечебно-профилактических учреждениях.

Когда больной не может явиться в комиссию по состоянию здоровья согласно заключения лечебно-профилактического учреждения, освидетельствование проводится дома или в стационаре, где он находится на лечении: при невозможности организовать выездное заседание комиссии экспертное решение в исключительных случаях может приниматься заочно.

По лицам, которые находятся на длительном стационарном лечении за пределами Республики Беларусь, может выноситься экспертное решение областной, Минской центральной городской и республиканской комиссиями заочно по представлению документов из лечебно-профилактического учреждения.

Комиссии проводят заседание в полном составе и принимают решение после коллегиального обсуждения результатов освидетельствования. Данные экспертного освидетельствования и решение комиссии заносятся в протокол заседания и акта освидетельствования комиссии, которые подписываются председателем, остальными членами комиссии и заверяются печатью.

Когда председатель или некоторые члены комиссии не согласны с принятым решением, в акт освидетельствования заносится их особое мнение и акт в 3-х дневный срок представляется в областную, Минскую центральную городскую комиссии, которые принимают решение по этому вопросу.

Решения областных и Минской центральной городской комиссий (в том числе и при освидетельствовании в сложных случаях, в порядке контроля или обжалования и в других случаях) принимаются большинством голосов членов комиссий. При равенстве голосов голос председателя комиссии является решающим. Член комиссии, не согласный с принятым решением, выражает свое особое мнение в письменном виде, которое прилагается к делу.

Датой установления инвалидности считается день поступления в комиссию документов, необходимых для освидетельствования больного.

Справки с решением о группе, причине инвалидности, сроке повторного освидетельствования комиссии направляют в органы пенсионного обеспечения (отдел социального обеспечения исполкома Совета народных депутатов, облвоенкомат, управление внутренних дел облисполкома, управление государственной безопасности облисполкома) и по месту работы. Индивидуальная программа реабилитации выдается комиссией инвалиду.

Формы документов, которые используются в работе комиссий, утверждаются Министерством здравоохранения по согласованию с соответствующими министерствами и ведомствами.

Лица, виновные в вынесении неумышленно неправильного решения, незаконной выдаче документов комиссий, несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством.

Сроки повторного освидетельствования и порядок обжалования решений комиссий.

При нестойких обратимых морфологических изменениях и нарушениях функций органов и систем организма в целях наблюдения за эффективностью лечения и проведенных реабилитационных мероприятий, состоянием здоровья и степенью социальной адаптации проводится периодическое повторное освидетельствование инвалидов.

Повторное освидетельствование инвалидов первой группы проводится один раз в 2 года, инвалидов второй и третьей группы - один раз в год, а детей-инвалидов, бывших воинов-интернационалистов и инвалидов из числа лиц, которые пострадали в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС - в другие сроки, предусмотренные действующими нормативными актами. Инвалидность устанавливается до первого числа месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено очередное повторное освидетельствование.

При стойких необратимых морфологических изменениях и нарушениях функций органов и систем организма, невозможности улучшения течения заболевания и социальной адаптации по причине неэффективности проведенных реабилитационных мероприятий инвалидность устанавливается без указания срока повторного освидетельствования после 3-х лет наблюдения в комиссии.

Инвалидность устанавливается также бессрочно по анатомическому дефекту, когда отсутствуют показания для медицинской реабилитации.

Повторное освидетельствование инвалидов раньше, чем в указанные сроки проводятся при изменении ограничения их жизнедеятельности или при выявлении фактов необоснованного решения комиссии.

Повторное освидетельствование инвалидов - мужчин старше 55 лет и женщин старше 50 лет – проводится только по их заявлению или в *случае* принятия комиссией решения на основе подложных документов.

При несогласии освидетельствуемого с решением городской, районной, межрайонной, специализированной комиссией он имеет право на протяжении месяца подать письменное заявление о своем несогласии в областную (Минскую центральную городскую) комиссию или в комиссию, в какой он проходил освидетельствование. Комиссия, которая проводила освидетельствование, в 3-х дневный срок со дня получения заявления направляет все имеющиеся документы вместе с заявлением на рассмотрение областной (Минской центральной городской) комиссии, которая не позже чем за месяц со дня подачи заявления проводит повторное освидетельствование больного и выносит решение по данному вопросу сразу или после консультации в Республиканском научно-практическом центре экспертизы и реабилитации, Республиканском межведомственном экспертном совете по установлению причинной связи заболевания с выполнением работ по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС или Республиканской межведомственной комиссии по установлению причинной связи инвалидности с нахождением на фронте участников Великой Отечественной войны, заключения которых для комиссии являются обязательными.

Решение областной, центральной городской комиссии может быть обжаловано в суде.

Вопросы, решаемые МРЭК при освидетельствовании:

1. Определение группы инвалидности или степени утраты здоровья ребенка – инвалида.
2. Определение причины инвалидности.
3. Определение срока инвалидности и даты очередного переосвидетельствования (при необходимости)
4. Определение индивидуальной программы реабилитации (ИПР).
5. Назначение технических средств реабилитации или компенсации дефекта (при необходимости).
6. Определение показанных условий и характера труда.
7. При необходимости могут решаться другие экспертные и реабилитационные вопросы.

Вопросы, решаемые МРЭК при переосвидетельствовании:

1. Изменение, подтверждение или снятие группы инвалидности или степени утраты здоровья ребенка – инвалида.
2. При необходимости изменение причины инвалидности.

3. Определение дальнейшего срока инвалидности и даты очередного переосвидетельствования (при необходимости).
4. Определение индивидуальной программы реабилитации (ИПР).
5. Назначение технических средств реабилитации или компенсации дефекта (при необходимости).
6. Определение показанных условий и характера труда.
7. При необходимости могут решаться другие экспертные и реабилитационные вопросы.

14.2. Критерии определения инвалидности.

В соответствии с законом "О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь" инвалидом является лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите [5; 6; 7; 14; 15; 16].

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

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

Ограничение жизнедеятельности может характеризоваться незначительной, легкой, умеренной, выраженной и резко выраженной степенями.

В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности у взрослых устанавливается первая, вторая или третья группа инвалидности.

Вопрос об установлении инвалидности рассматривается после проведения диагностических и лечебных мероприятий и медицинской реабилитации.

Решение об инвалидности основывается на оценке комплекса клинических, психологических, социально-педагогических, социально-бытовых и профессиональных факторов. При этом учитывается: характер заболевания, степень выраженности нарушения функций, эффективность лечения и реабилитационных мероприятий, состояние компенсаторных механизмов, клинический, педагогический и трудовой прогноз, возможность адаптации, нуждаемость в различных видах социальной помощи, конкретные условия и содержание труда, профессиональная подготовка, возраст и др.

При освидетельствовании в медико-реабилитационной экспертной комиссии в каждом случае, независимо от характера заболевания и дефекта,

проводится комплексное обследование больного. В целях объективной оценки состояния здоровья и степени социальной адаптации используются данные функциональных и лабораторных методов исследования, проводится опрос (для детей - родителей или опекуна) и личный осмотр больного, анализ необходимых документов. Принимается во внимание профессионально-трудовая деятельность больного и возможность социальной адаптации. Освидетельствование основывается на принципах медицинской этики и деонтологии.

При вынесении решения об инвалидности составляется индивидуальная программа реабилитации, предусматривается преемственность с ранее проведенными медико-социальными мерами, рассматривается вопрос о нуждаемости в медицинской, профессиональной и социальной реабилитации, предоставлении социально-бытовых услуг.

В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности взрослым устанавливается первая, вторая, третья группа инвалидности.

Основанием для установления первой группы инвалидности является резкое ограничение жизнедеятельности, обусловленное заболеваниями, последствиями травм, врожденными дефектами, приводящими к резко выраженной социальной дезадаптации вследствие невозможности обучения, общения, ориентации, контроля за своим поведением, передвижения, самообслуживания, участия в трудовой деятельности, если указанные нарушения вызывают нуждаемость в постоянном постороннем уходе или помощи. При обеспечении средствами компенсации анатомических дефектов или нарушенных функций организма, создании специальных условий труда на производстве или на дому, возможно выполнение некоторых видов труда.

Основанием для установления второй группы инвалидности является значительное ограничение жизнедеятельности, обусловленное заболеваниями, последствиями травм, врожденными дефектами, не требующими постоянного постороннего ухода или помощи, но приводящими к выраженной социальной дезадаптации вследствие резко выраженного затруднения обучения, общения, ориентации, контроля за своим поведением, передвижения, самообслуживания, участия в трудовой деятельности /возможно выполнение труда только в специально созданных условиях/ или невозможности трудовой деятельности.

Основанием для определения 2 группы инвалидности также служат тяжелые анатомические дефекты:

1. Экзартикуляция верхней конечности в плечевом суставе.
2. Паралич руки, значительный нижний парапарез.

3. Культия плеча, или предплечья при значительном нарушении функции другой верхней конечности.

4. Порочная культия нижней конечности или обеих стоп по Шопару при невозможности медицинской реабилитации и протезирования.

5. Культия верхней или нижней конечности и слепота на один глаз.

6. Экзартикуляция бедра.

7. Культия нижней конечности при значительном нарушении двигательных или статических функций другой нижней конечности.

8. Культия верхней или нижней конечности.

9. Каловый / мочевой / свищ, противоестественный задний проход при неэффективности или наличии противопоказаний для хирургического лечения.

Основанием для определения третьей группы инвалидности является выраженное ограничение жизнедеятельности, обусловленное заболеваниями, последствиями травм, врожденными дефектами, приводящими к значительному снижению возможности социальной адаптации вследствие выраженного затруднения обучения, общения, передвижения, участия в трудовой деятельности, значительное уменьшение объема трудовой деятельности, снижение квалификации, затруднения в выполнении профессионального труда вследствие анатомических дефектов.

Перечень анатомических дефектов дающих право на определение 3-ей группы инвалидности:

1. Ампутация на уровне кисти, предплечья, ложный сустав плеча или обеих костей предплечья, резко выраженная контрактура /объем движений в суставе до 10 градусов или анкилоз / локтевого сустава в функционально невыгодном положении: / под углом менее 60 и более 150 градусов / или при фиксации предплечья в крайней пронации или крайней супинации; болтающийся плечевой или локтевой сустав; отсутствие всех фаланг четырех пальцев кисти, исключая первый; трех пальцев кисти, включая первый; анкилоз или резко выраженная контрактура этих же пальцев в функционально невыгодном положении; отсутствие первого и второго пальцев или трех пальцев, исключая первый, с соответствующими пястными костями; отсутствие первых пальцев обеих кистей.

2. Культия стопы после ампутации и более высокие уровни; двусторонние культы стоп; выраженная двусторонняя косолапость с опорой на тыл стопы; резко выраженная контрактура или анкилоз голеностопного сустава с порочным положением стопы или анкилоз обоих

голеностопных суставов; ложный сустав бедра или обеих костей голени; болтающийся коленный или тазобедренный сустав; резко выраженная контрактура или анкилоз тазобедренного или коленного сустава; врожденный или приобретенный вывих тазобедренных суставов; врожденный или приобретенный вывих тазобедренного сустава с выраженными нарушениями функции конечностей; укорочение нижней конечности на 10 см и более; эндопротез коленного или тазобедренного сустава.

3. Кифосколиоз IV степени.

4. Паралич кисти, паралич нижней конечности, выраженный парез всей верхней или всей нижней конечности со значительными трофическими нарушениями.

5. Паралич кисти, паралич нижней конечности, выраженный парез всей верхней или всей нижней конечности со значительными трофическими нарушениями.

6. Полная или практическая слепота на один глаз (острота зрения менее 0,05 с коррекцией или концентрическое сужение поля зрения до 10 градусов).

7. Дефекты челюсти или твердого неба, если протезирование не обеспечивает жевания.

8. Гипофизарный нанизм, остеохондропатия, остеохондродистрофия с низкорослостью (рост ниже 150 см).

9. Двусторонняя глухота.

10. Постоянное канюленосительство вследствие отсутствия гортани;

11. Обширный костный дефект черепа (более 3,0 x 1,0 см) или инородное тело в веществе мозга.

12. Отсутствие одного легкого.

13. Экстирпация желудка.

14. Искусственный клапан сердца.

15. Искусственный водитель ритма деятельности сердца.

16. Инородное тело в сердечной мышце или сердечной сумке.

Порядок освидетельствования больных, страдающих психическими расстройствами или заболеваниями

1. Инвалидность вследствие психического расстройства или заболевания устанавливается исходя из вышеуказанных общих принципов установления инвалидности.

2. Если лицо, страдающее психическим расстройством или заболеванием, нуждается в установлении инвалидности, но не способно выразить

свое отношение к самому факту установления, то решение о необходимости установления инвалидности такому лицу принимается врачебно-консультативной комиссией психоневрологического учреждения (психиатрического кабинета) по месту жительства больного с разрешения законных представителей больного.

3. Если законные представители больного возражают против установления ему инвалидности, что, по мнению психоневрологического (психиатрического) учреждения (кабинета) ухудшит уровень жизни этого больного, то психоневрологическое (психиатрическое) учреждение (кабинет) обязано ходатайствовать перед соответствующими структурами исполнительной власти о назначении таких законных представителей, которые смогли бы учитывать интересы больного в лучшей степени.

4. Если лицо, страдающее психическим расстройством или заболеванием, нуждается в установлении инвалидности, но категорически возражает против ее установления, что, по мнению психоневрологического (психиатрического) учреждения (кабинета), ухудшит жизнь данного больного, то психоневрологическое (психиатрическое) учреждение (кабинет) обязано в установленном порядке ходатайствовать перед судом об ограничении дееспособности данного больного. После вынесения судом соответствующего решения, психоневрологическое (психиатрическое) учреждение (кабинет) направляет больного на медико-реабилитационную экспертную комиссию, которая и проводит освидетельствование независимо от воли больного в установленном порядке.

5. Заочное установление инвалидности лицам, страдающим психическими расстройствами или заболеваниями, запрещается.

Определение инвалидности детям.

Инвалидность у ребенка – состояние стойкой социальной дезадаптации, вызванное ограничением жизнедеятельности вследствие нарушения функций органов и систем.

Наличие заболевания не равноценно инвалидности. Она возникает, когда болезнь, травма, дефект развития вызывают нарушения функций, достигающие степени, приводящей к ограничению жизнедеятельности.

Жизнедеятельность включает сложные интегративные функции: способность организма к передвижению (ходьба, бег, прыжки и т.д.), осуществлению личного ухода, ориентации в окружающем, контролю своего поведения, общению, обучению, трудовой деятельности.

Ограничение жизнедеятельности создает затруднения в воспитании, обучении, физическом и культурном развитии ребенка, препятствует возможности посещения детских учреждений, т.е. вызывает состояние соци-

альной дезадаптации и дает основания для определения инвалидности. При этом инвалидность определяется, если социальная дезадаптация принимает стойкий или, длительный характер, несмотря на проведенное лечение и реабилитацию. Поэтому направление на МРЭК и установление инвалидности у ребенка могут проводиться только после окончания всего комплекса диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

При определении инвалидности следует руководствоваться не столько наименованием заболевания, но, главным образом, характеристикой клинической картины и функционального состояния, обращая внимание на степень нарушения функций, которая должна быть достаточно выраженной.

Инвалидность – понятие динамическое, поэтому детям она устанавливается на определенный срок: от 6 месяцев до 2 лет; на 2 года; 5 лет; до исполнения 18 лет. Срок, на который устанавливается инвалидность у ребенка, зависит от обратимости вызванных заболеванием (травмой, дефектом) функциональных нарушений и возможностей социальной адаптации, т.е. от клинического и педагогического прогноза и реабилитационного потенциала.

При обратимых нарушениях и возможности реабилитации сроки, на которые устанавливается инвалидность, должны быть короткими; при необратимых нарушениях - длительными.

Поскольку окончательное выяснение прогноза требует достаточно продолжительного времени, то при первичном освидетельствовании детей во МРЭК целесообразно, как правило, определять инвалидность на более короткие сроки (до 2 лет), за исключением анатомических дефектов и др. необратимых патологических состояний, при которых улучшение невозможно и предусматривается одномоментное установление инвалидности до достижения 18 лет.

В отличие от классификации степеней инвалидности у взрослых (1,2,3 группы инвалидности) у детей введено понятие «степени утраты здоровья ребенка – инвалида», которое может характеризоваться четырьмя степенями.

В зависимости от степени утраты здоровья ребенка – инвалида назначается и уровень пособия. Так при определении 1 – й степени утраты здоровья ребенка – инвалида определяется пособие, составляющее 150% минимального размера пенсии по возрасту, 2-й – 175%, 3-й – 200% и 4-й – 250%.

Критериями для определения степеней утраты здоровья ребенка – инвалида являются следующие:

– основанием для установления 1-й степени утраты здоровья ребенка – инвалида являются легкие или умеренные нарушения функции, которые, явля-

ются показанием к установлению инвалидности у ребенка, но, как правило, не приводят к необходимости определения инвалидности у лиц старше 18 лет;

- основанием для установления 2-й степени утраты здоровья ребенка – инвалида являются выраженные нарушения функций органов и систем, которые, несмотря на проведенное лечение, ограничивают возможности социальной адаптации ребенка. Этот критерий соответствует 3 группе инвалидности у взрослого;

- критерии установления 3-й степени утраты здоровья ребенка – соответствуют таковым, при определении 2-й группы инвалидности у взрослых;

- 4-я степень утраты здоровья ребенка – инвалида определяется при резко выраженных нарушениях функций органов и систем, приводящих к социальной дезадаптации ребенка, что соответствует у взрослых критериям 2-й группы инвалидности.

Порядок определения ухода за ребенком – инвалидом.

Учитывая особенности физического и умственного развития детей-инвалидов, их постоянную нуждаемость в охране, помощи и уходе, выплата пособия по уходу одному из родителей или родственнику, фактически осуществляющему уход за ребенком-инвалидом до достижения им возраста 10 лет, осуществляется органами социальной защиты по справке МРЭК об определении инвалидности.

Заключение о нуждаемости в уходе за детьми-инвалидами в возрасте от 10 до 18 лет МРЭК выдают при установлении детям второй, третьей и четвертой степени утраты здоровья.

Определение причин инвалидности взрослым.

При определении группы инвалидности медико-реабилитационная экспертная комиссия одновременно устанавливает причину инвалидности. От группы и причины инвалидности зависит право на пенсию, ее размер и льготы.

Устанавливаются следующие причины инвалидности:

- общее заболевание,
- трудовое увечье;
- профессиональное заболевание;
- инвалидность с детства;
- инвалидность с детства, связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны;
- ранение, контузия, травма, увечье, заболевание, связанное с пребыванием на фронте;
- ранение, контузия, травма, увечье, заболевание, полученное при исполнении обязанностей военной службы;

- ранение, контузия, травма, увечье, заболевание, связанное с пребыванием в партизанском отряде;
- ранение, контузия, травма, увечье, полученное в период прохождения военной службы, в результате несчастного случая, не связанного с исполнением обязанностей военной службы;
- заболевание, полученное в период прохождения военной службы;
- заболевание (увечье), вызванное катастрофой на Чернобыльской АЭС;
- ранение, контузия, увечье, полученное при исполнении обязанностей военной службы и вызванное катастрофой на Чернобыльской АЭС.

Законодательством Республики Беларусь могут быть установлены и другие причины инвалидности.

Общее заболевание.

Данная причина инвалидности устанавливается в тех случаях, когда инвалидность наступила в период трудовой деятельности, учебы или после прекращения работы. Установление причины инвалидности "общее заболевание" означает, что заболевание (травма), приведшие к инвалидности, не относятся к числу профессиональных заболеваний или инвалидности с детства, не являются следствием трудового увечья или заболевания (ранение, травма), полученного в период прохождения военной службы.

Лицам, имеющим права на пенсию в случае потери кормильца, причина инвалидности устанавливается также – «общее заболевание» или «инвалидность с детства».

Инвалидность вследствие трудового увечья.

Инвалидность, наступившая во время исполнения служебных обязанностей вследствие несчастного случая (травмы, острого профессионального заболевания и отравления, теплового удара, ожога, обморожения, утопления, поражения молнией, повреждения здоровья при стихийных бедствиях, оползнях, наводнениях, пожарах, повреждения в результате контакта с животными и др.), происшедшего с работниками, состоящими в трудовых отношениях с предприятиями, учреждениями и организациями государственной, коллективной и других форм собственности; лицами, занимающимися предпринимательской деятельностью или работающими в крестьянском (фермерском) хозяйстве; студентами и учащимися в период прохождения производственной практики или выполнении работы на предприятиях; лицами, осужденными к лишению свободы, а также содержащимися в воспитательно-трудовых, лечебно-трудовых профилакториях и привлеченных к труду на государственных учреждениях, предприятиях, организациях:

а) при выполнении трудовых обязанностей (в том числе во время командировки), а также при совершении действий в интересах предприятия, хотя бы и без поручения администрации;

б) в пути на работу или с работы на транспорте предприятия сторонней организации, предоставившей его согласно договору (заявке);

в) на территории предприятия или в ином месте работы в течение рабочего времени и сверхурочное время, включая установленные перерывы; в течение времени, необходимого для приведения в порядок орудий производства, одежды и т.п. перед началом или после окончания работы;

г) во время проведения субботника (воскресника), независимо от места его проведения, оказания шефской помощи предприятиям;

д) при авариях на производственных объектах, оборудовании;

е) на транспортном средстве, территории вахтового поселка, с работником, который находился на сменном отдыхе (проводник, работник рефрижераторной бригады, шофер-сменщик, работники морских и речных судов, а также работающих вахтово-экспедиционным методом и др.);

ж) в рабочее время на общественном транспорте или при следовании пешком с работником, чья деятельность связана с передвижением между объектами обслуживания, а также при следовании к месту работы по заданию администрации;

з) в рабочее время из-за нанесения телесных повреждений другим лицом, либо преднамеренного убийства работника при исполнении трудовых обязанностей;

и) в рабочее время на личном легковом транспорте, при наличии распоряжения администрации на право пользования им для служебных поездок или по поручению администрации;

к) по пути на работу или с работы. В данном случае при решении вопроса о причине инвалидности не имеет значения, откуда направлялся пострадавший на работу и куда он шел с работы, а также каким путем (в командировке - во время переезда к месту командировки, при служебных поездках во время командировки и при возвращении к месту жительства);

л) при выполнении государственных или общественных обязанностей, хотя эти задания и не были связаны с основной работой. Инвалидность в результате несчастного случая, произошедшего при выполнении указанных обязанностей и заданий, считается трудовым увечьем, если потерпевший относился к числу лиц, подлежащих социальному страхованию;

м) при выполнении долга гражданина по спасению человеческой жизни, по охране государственной собственности и правопорядка;

н) инвалидность, наступившая в связи с выполнением донорских функций в учреждениях Министерства здравоохранения Республики Беларусь;

о) инвалидность также считается связанной с трудоувечьем, если она наступила вследствие необычных условий, чрезвычайных обстоятельств в работе по специальности. Чрезвычайные обстоятельства - это исключительные условия работы потерпевшего, выходящие за границы обычных, нормальных условий (например, работа в условиях стихийного бедствия, в аварийной ситуации и т.д.). К необычным условиям работы относятся те, характер которых несвойственен содержанию трудовых обязанностей работника. Если эти чрезвычайные обстоятельства или необычайные условия работы вызывают заболевания или приводят к значительному обострению заболевания и вследствие этого к инвалидности, то причина инвалидности устанавливается: «трудовое увечье»;

п) как последствия трудового увечья должны рассматриваться и те случаи, когда травма на производстве спровоцировала до того скрыто протекающий патологический процесс или обусловила развитие заболевания в травмированном органе;

р) как последствия трудового увечья, должно рассматриваться и резкое ухудшение ранее компенсированного заболевания под воздействием производственной травмы. В подобных случаях связь имеющегося патологического состояния, тяжести функциональных нарушений, характера течения заболевания с производственной травмой должна устанавливаться на основе тщательного анализа клинической картины, изучения анамнеза в сопоставлении с характером перенесенной травмы.

Медико-реабилитационная экспертная комиссия для установления причины инвалидности от трудового увечья должна располагать соответствующими документами, подтверждающими несчастный случай, его характер и последствия.

В соответствии с Положением о расследовании и учете несчастных случаев на производстве основным документом является акт о несчастном случае, связанном с производством, составленный по форме Н-1.

Чрезвычайное обстоятельство на работе, которое могло обусловить наступление инвалидности, должно быть охарактеризовано и подтверждено соответствующими официальными документами.

При травме, полученной в пути на работу или с работы, для установления причины инвалидности от трудового увечья предоставление акта о несчастном случае необязательно. В этих случаях медико-реабилитационная экспертная комиссия руководствуется протоколом органа милиции, справкой медицинского учреждения, впервые оказавшего помощь пострадавшему, с

указанием диагноза, описанием состояния больного с отметкой о времени оказания помощи и адреса медицинского учреждения, справкой с работы, удостоверяющей, когда пострадавший в день несчастного случая должен приступить к работе, окончить ее, адресом места работы, справкой с места жительства и др.

В случае увечья, полученного в связи с выполнением общественных обязанностей, медико-реабилитационная экспертная комиссия руководствуется справкой (протоколом), выданной органами милиции, сельсоветом, пожарной охраной и другими организациями, подтверждающими факт выполнения долга гражданина по спасению человеческой жизни, по охране государственной собственности и правопорядка, а также медицинскими документами лечебного учреждения, впервые оказавшего помощь пострадавшему, с указанием диагноза и времени оказания помощи.

Если последствия производственной травмы с течением времени настолько компенсировались, что дало основание для снятия инвалидности, а в дальнейшем опять обострились и привели вновь к инвалидности, причина ее устанавливается прежняя, независимо от длительности перерывов в инвалидности.

При повышении группы инвалидности инвалиду вследствие трудового увечья причина инвалидности сохраняется, хотя бы она была повышена по другому заболеванию, не связанному с производственной травмой.

В тех же случаях, когда последствия производственной травмы не влияют на состояние трудоспособности, а возникло новое заболевание или увечье, причина инвалидности должна быть установлена в зависимости от характера вновь возникшего заболевания или увечья.

В случаях, перечисленных в п.п. а), и), о), р), медико-реабилитационная экспертная комиссия при предоставлении направления администрации предприятия (организации) либо народного суда определяют степень утраты трудоспособности в процентах.

Инвалидность с детства.

Медико-реабилитационная экспертная комиссия устанавливает причину «инвалидность с детства» в тех случаях, когда инвалидность вследствие заболевания (увечья) наступила в возрасте до 18 лет.

При решении этого вопроса медико-реабилитационная экспертная комиссия исходит из данных, отраженных в документации лечебно-профилактического учреждения (выписки из истории болезни, амбулаторных карт, справки из лечебных учреждений о лечении, произведенной операции). В исключительных случаях при наличии анатомического дефекта у освидетельствуемого могут быть приняты во внимание свидетельские показания врачей,

лечивших больного, или справки сельских Советов и других учреждений, подтверждающих, с какого времени данным анатомическим дефектом страдает указанное лицо.

В отдельных случаях медико-реабилитационная экспертная комиссия может решить вопрос об установлении причины "инвалидности с детства" и без медицинских документов, если у освидетельствуемого имеется анатомический дефект (врожденный или приобретенный в детстве), по характеру которого с достоверностью можно судить о наступлении инвалидности до 18-ти летнего возраста.

Следует иметь в виду, что наличие заболевания, дефекта или деформации с детства не может быть основанием для установления причины "инвалидность с детства", если указанные заболевания (дефекты, деформации) не привели к выраженному ограничению жизнедеятельности больного, т.е. к инвалидности в возрасте до 18 лет.

Следовательно, лицам у которых заболевание хотя и возникло в детстве, но функциональные нарушения выявились уже в период трудовой деятельности, причина инвалидности устанавливается в зависимости от обстоятельств (трудоувечье, профессиональное заболевание, общее заболевание).

Если ухудшение в состоянии здоровья, приведшее к инвалидности, наступило в результате профессионального отравления, увечья, связанного с работой, или указанные факторы привели к прогрессированию заболевания, имеющегося с детства, то в этих случаях устанавливается соответствующая причина инвалидности (профзаболевание или трудовое увечье).

Пример 1. У больного имелась близорукость с детства, но она хорошо корригировалась и не давала оснований для установления инвалидности. В период трудовой деятельности близорукость стала резко прогрессировать и привела к инвалидности. В этом случае причина инвалидности устанавливается – «общее заболевание» (если нет оснований для установления причин инвалидности – «профзаболевание» или «трудоувечье»).

Пример 2. В результате заболевания или травмы позвоночника, имевших место в детстве, развилась деформация грудной клетки, которая не ограничивала жизнедеятельность больного. Если в период трудовой деятельности в результате травмы, связанной с работой, наступила инвалидность, то причина инвалидности устанавливается не «инвалидность с детства», а «трудоувечье».

При очередных переосвидетельствованиях причина "инвалидность с детства" может быть изменена. Изменение причины инвалидности может повлечь за собой изменение размера пенсии.

Если у инвалида с детства (любой группы) возникло в период трудовой деятельности или после оставления работы новое заболевание (увечье), дающее

основание для установления одной из групп инвалидности или для повышения группы инвалидности (по совокупности заболеваний или увечий), то причина инвалидности может быть изменена на "общее заболевание", "трудовое увечье", "профессиональное заболевание" в зависимости от характера нового заболевания, увечья.

Пример 3. Инвалид III группы с детства с остаточными явлениями полиомиелита получил во время работы травму головы, которая также давала основание для установления III группы, инвалидности. В этом случае причина инвалидности устанавливается «трудовое увечье».

Пример 4. Если у инвалида с детства III группы в период трудовой деятельности развился туберкулез легких, который привел к полной потере трудоспособности, то в этом случае определяется II группа инвалидности от «общего заболевания».

Пример 5. Инвалид с детства I группы, слепой, во время работы на производстве получил травму, дающую основание для установления III группы инвалидности. Медико-реабилитационная экспертная комиссия в этом случае должна оставлять I группу инвалидности (в связи с полной слепотой), а причину инвалидности установить – «трудовое увечье».

Инвалидность с детства, связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны.

При решении вопроса о связи инвалидности с детства с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны медико-реабилитационная экспертная комиссия в первую очередь должна исходить из данных, отраженных документацией лечебно-профилактических учреждений. Такими документами могут быть: выписки из историй болезни или амбулаторных карт, справки из лечебных учреждений о лечении, произведенных операциях, справки ВКК и лечащих врачей об освобождении от работы с указанием диагноза, санаторной книжки.

Однако у многих инвалидов могут отсутствовать какие-либо медицинские документы. Поэтому медико-реабилитационные экспертные комиссии должны принимать во внимание свидетельские показания врачей, лечивших больного, справки колхозов, совхозов, учреждений, сельских Советов, подтверждающих, что данным анатомическим дефектом или заболеванием указанное лицо страдает с такого-то времени (например, в результате разрыва авиабомбы во время войны). Аналогичным образом медико-реабилитационная экспертная комиссия руководствуется протоколом органов МВД, определениями народного суда, актом правления колхоза или администрации предприятия, составленным по поводу данного происшествия, где имеются соответствующие

указания о наличии и характере полученных травм, увечья, ранения. При этом следует иметь в виду и их последствия.

Таким образом, инвалидность наступившая и в послевоенные годы (и даже в настоящее время) может быть связана с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны (подорвался на mine, оставшейся с времен войны).

Причина инвалидности – «инвалидность с детства, связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны» устанавливается не только по прямым последствиям, но и по разным осложнениям ранений, контузий, увечий, полученных в детстве при вышеуказанных обстоятельствах.

Инвалидность вследствие профессионального заболевания.

Профессиональным считается заболевание, которое развилось под влиянием особенностей трудового процесса, свойственных данной профессии, а также факторов условий труда, специфичных для данного вида производства.

Так, хронические ларингиты («узелки певцов»), парезы голосовых связок у певцов, учителей, дикторов зависят от факторов, свойственных данной профессии. Силикоз у горняков зависит от характерных особенностей этой профессии, условий работы в шахтах (запыленность воздуха кремний содержащей пылью). Пневмосклероз у электромонтеров, работающих в цехах, где имеется воздействие токсических веществ, поражающих дыхательные пути, или урсовая бронхиальная астма у уборщиц цеха, где обрабатываются крашенные меха, вызываются не факторами, свойственными их профессии, а условиями, характерными для производства, в которых они работают.

При установлении причины инвалидности «профессиональное заболевание» медико-реабилитационные экспертные комиссии руководствуются списком профессиональных заболеваний и Инструкцией по применению списка профессиональных заболеваний, утверждаемыми Министерством здравоохранения Республики Беларусь по согласованию с Федерацией Профсоюзов Беларуси.

При использовании списка профзаболеваний следует иметь в виду, что помещенные в нем примеры профессий не являются полным перечнем профессий, при которых можно установить причину инвалидности вследствие профзаболевания, а служат лишь иллюстрацией к названию болезни и характеру профвредности. Поэтому при установлении причины инвалидности от профзаболевания необходимо, чтобы заболевание, имеющееся у инвалида, обязательно было обозначено в списке (название болезней) и чтобы в работе инвалида имели место "профессиональные вредности", вызывающие болезнь, которые устанавливаются профпатологом или врачами санитарно-эпидемиологической станции.

Инвалидность вследствие профессионального заболевания устанавливается тогда, когда воздействие профессионального фактора является единственным (или ведущим) этиологическим моментом в развитии заболевания (и последующей инвалидности). Например, воздействие ионизирующей радиации при лучевой болезни. Однако, следует иметь в виду, что в список профзаболеваний включены не только заболевания, встречающиеся исключительно у лиц данной профессии или работающих в определенных условиях труда, но и также заболевания, которые могут возникать у лиц, не подвергшихся вредным воздействиям, но в развитии которых профессиональный фактор мог играть определенную роль. Эти заболевания, как правило, встречаются у лиц, профессии которых предъявляют повышенные требования к отдельным функциям организма. Например, следует считать профзаболеванием эмфизему легких у стеклодувов или музыкантов, играющих на духовых инструментах, поскольку их работа связана с постоянной напряженностью экспирации. То же самое можно сказать об облитерирующем эндартериите у рыбаков, рабочих холодильников и торфогазразработок, поскольку их работа протекает в условиях значительного охлаждения.

Инвалидность вследствие профзаболевания устанавливается также при всех осложнениях и последствиях профзаболеваний, обусловивших инвалидность, а также в тех случаях, когда профессиональная болезнь имела существенное значение в изменении характера и течения уже имевшегося ранее заболевания профессиональной этиологии - развитии латентно протекающего заболевания, более быстром прогрессировании имеющегося патологического процесса, обусловившего установление или повышение группы инвалидности; например, резкое прогрессирование имеющегося ранее пневмосклероза у работающего в «пылевой» профессии, резкое прогрессирование имевшейся близорукости под влиянием работы, связанной с постоянным напряжением зрения при точной мелкой работе (гравер, микроскопист, картограф, часовщик и т.п.).

Необходимо учитывать, что некоторые профзаболевания могут прогрессировать и после окончания работы в контакте с вредным профессиональным фактором. Например, силикоз, не диагностированный у пескоструйщика во время его работы с воздействием пыли, содержащей двуокись кремния, может через несколько лет после прекращения данной работы вызвать выраженные функциональные нарушения – «поздний силикоз», что обусловит установление группы инвалидности вследствие профессионального заболевания.

То же относится к ртутной, свинцовой и другой интоксикации. В таких случаях при наступлении инвалидности устанавливается причина – «профессиональное заболевание».

Одновременно с установлением причины инвалидности «профессиональное заболевание» при предоставлении направления администрации или профсоюзного комитета предприятия или народного суда медико-реабилитационные экспертные комиссии определяют степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах.

Причины инвалидности у бывших военнослужащих.

Инвалидность определяется по тому заболеванию (травме, ранению, контузии), что указано в заключении военно-врачебной комиссии (свидетельство о болезни, справка по форме N 16, справка из военно-медицинского архива), причина инвалидности устанавливается в соответствии с решением РВК о причине заболевания (увечья, ранения).

В случае несогласия медико-реабилитационной экспертной комиссии с решением военно-врачебной комиссии о причине заболевания (увечья, ранения) или обнаружения дефекта в документе, выданном ВКК, она направляет дело в Центральную военно-врачебную комиссию Министерства обороны (МВД, КГБ) и в дальнейшем при установлении инвалидности руководствуется ее формулировками.

Розыск архивных документов о пребывании на лечении, прохождении военной службы, пребывании в плену и участии в боевых действиях производится военными комиссариатами.

При определении причины инвалидности бывшим военнослужащим, уволенным в запас в связи с окончанием срока службы и по другим причинам, не связанным с состоянием здоровья, но ставшим инвалидами по заболеваниям, ранениям и т.д., имевшим место в период службы, медико-реабилитационная экспертная комиссия употребляет одну из следующих формулировок:

1. При заболеваниях:

1.1. Заболевание связано с пребыванием на фронте. При этом предусматриваются случаи, когда заболевание возникло в период службы в действующей армии или, когда заболевание, возникшее до этого, в период службы в действующей армии достигло такой степени, которая ограничивает годность или приводит к негодности к военной службе.

1.2. Заболевание получено в период прохождения военной службы. Этим предусматриваются случаи, когда заболевание возникло в период прохождения военной службы в мирное время или, когда заболевание, возникшее до военной службы, достигло такой степени, которая ограничивает годность или приводит к негодности к военной службе. Сюда же относятся случаи, когда на фоне последствий травмы, имевшей место до призыва, в период прохождения военной службы развились патологические изменения, которые обуславливают ограниченную годность или негодность к военной службе.

1.3. При хронических, медленно прогрессирующих заболеваниях, возникших в первые пять лет после службы в контингентах, ведших боевые действия, и приведших к инвалидности у лиц, служивших в указанных контингентах в странах, ведших боевые действия, причина инвалидности устанавливается «заболевание, полученное при исполнении обязанностей военной службы».

2. При ранениях, контузиях, травмах, увечьях:

2.1. Ранение (контузия, травма, увечье) связано с пребыванием на фронте, если оно получено в период службы в действующей армии в военное время.

2.2. Ранение (контузия, травма, увечье) получено при исполнении обязанностей военной службы, если ранение (контузия, травма, увечье) получено в мирное время (или в военное в период службы в воинских частях, не входивших в состав действующей армии) при исполнении обязанностей, предусмотренных уставами вооруженных Сил, приказами, постановлениями и инструкциями. Эту же формулировку следует выносить и в случаях, когда ранение, контузия, травма, увечье произошло:

- в пути следования на службу или со службы, а равно при следовании в командировку или возвращении к месту службы;

- при выполнении государственных или общественных обязанностей, специальных заданий;

- при выполнении воинского долга по охране государственной собственности, спасению человеческой жизни, поддержанию воинской дисциплины и охране правопорядка;

- в связи с выполнением донорской функции в учреждениях Минздрава Республики Беларусь, мед. службы Вооруженных Сил, Министерства внутренних дел, комитета государственной безопасности;

- при поражениях, обусловленных воздействием радиоактивных веществ, ионизирующих излучений, компонентов ракетных топлив, а также источников электромагнитных полей, токсических веществ, возникающих в связи с исполнением обязанностей военной службы, выносится постановление: – «травма (заболевание) получена при исполнении обязанностей военной службы».

2.3. Ранение (контузия, увечье, травма) получено вследствие несчастного случая, не связанного с исполнением обязанностей военной службы, если ранение, контузия, травма или увечье получены в период прохождения военной службы, но при обстоятельствах, не связанных с выполнением обязанностей, указанных в подпункте

2.2.В случаях, когда военный служащий, умышленно нанеся себе повреждение, не привлекается к уголовной ответственности по обвинению в членовредительстве или дело на него было прекращено следственными или судебными органами, выносится постановление – «травма получена вследствие

несчастливого случая, не связанного с исполнением обязанностей военной службы».

2.4. Не связываются со службой в Вооруженных Силах последствия ранения, контузии, травмы или увечья, полученных до призыва, если военная служба не оказала влияние на ухудшение состояния, связанного с бывшим ранением или травмой. В таких случаях причина инвалидности рассматривается как общее заболевание.

3. Бывшим военным служащим, проходившим военную службу в контингентах, ведших боевые действия в других странах и уволенным из рядов Вооруженных Сил не по болезни, но перенесшим заболевание в период службы в указанных контингентах и признанным по последствиям этих заболеваний инвалидами, причина инвалидности устанавливается "заболевание получено при исполнении обязанностей военной службы", а перенесшим ранение (травму, контузию, увечье) – «ранение (травма, контузия, увечье) получено при исполнении обязанностей военной службы».

4. Если бывший военный служащий признан инвалидом по последствиям ранений, контузий, увечий или заболеваний, полученных во время службы, и у него возникло новое заболевание, дающее право на установление инвалидности, причина инвалидности сохраняется даже и тогда, когда последствия ранений (контузии, увечья, заболевания) к моменту очередного освидетельствования полностью ликвидированы (если непосредственно перед этим была инвалидность).

Если последствия военной травмы с течением времени настолько компенсировались, что дали основание для снятия с инвалидности, а в дальнейшем опять обострились и привели вновь к инвалидности, причина инвалидности устанавливается прежняя, независимо от длительности перерыва в инвалидности.

5. Причинная связь инвалидности с пребыванием на фронте устанавливается бывшим военным служащим, получившим на фронте контузию, ранение, увечье и признанным инвалидами от общего заболевания или других причин.

Причинная связь инвалидности с пребыванием на фронте также устанавливается бывшим военным служащим, признававшимся ранее инвалидами Великой Отечественной войны в связи с ранением, контузией, увечьем, заболеванием, полученным на фронте, при наличии в настоящее время их последствий, если у них имеются основания для установления инвалидности в связи с заболеванием или иным повреждением здоровья, развившимся в послевоенные годы.

Причинная связь инвалидности с пребыванием на фронте в указанных случаях устанавливается по обращению этих лиц в медико-реабилитационные

комиссии на основании документов о службе в действующей армии, о получении в период пребывания на фронте ранений, контузий, увечий, заболеваний.

6. Причина инвалидности у бывших военнослужащих при отсутствии военно-медицинских документов МРЭК решается после вынесения постановления ЦВВК Министерства Обороны (МВД, КГБ).

7. Инвалидность, наступившая у бывшего военнослужащего в течение 3-х месяцев со дня увольнения из армии, рассматривается как наступившая в период прохождения военной службы, но не связанная с исполнением обязанностей военной службы.

В большинстве случаев инвалидность в течение 3-х месяцев после увольнения из армии является следствием каких-либо острых заболеваний (инфаркт, инсульт, "острый живот" и т.п.) или травм. Обычно в подобных случаях больные сравнительно длительное время находятся на стационарном лечении и направляются на медико-реабилитационную экспертную комиссию только после ликвидации острых явлений заболевания (последствий травм).

Таким образом, срок с момента демобилизации до момента освидетельствования в медико-реабилитационной экспертной комиссии может превысить 3 месяца. В этих случаях при установлении группы и причины инвалидности время наступления ее должно считаться с момента получения травмы или проявления острого заболевания.

В случаях, когда инвалидность наступила позднее 3 месяцев после увольнения с военной службы не по болезни, медико-реабилитационная экспертная комиссия прежде всего должна решить вопрос, имелось заболевание во время службы в армии или же оно возникло после демобилизации. При этом она имеет право устанавливать связь инвалидности со службой (пребыванием на фронте) независимо от сроков обращения.

При наличии в военно-медицинских документах периода службы в армии указаний на инвалидизирующее во время освидетельствования заболевание или хотя бы отдельные его симптомы, инвалидность связывается с прохождением службы.

Устанавливается связь инвалидности с военной службой и по разным осложнениям ранений, контузий, увечий, имевших место в период военной службы.

Если инвалидность у бывшего военнослужащего, уволенного из армии по болезни, устанавливается не вследствие заболевания, указанного в свидетельстве о болезни (справка по форме N 16), но имевшего место в период службы в армии, то причина инвалидности устанавливается - "заболевание, полученное в период прохождения военной службы".

8. Медико-реабилитационная экспертная комиссия может решить вопрос о связи инвалидности с пребыванием на фронте и в случаях отсутствия у бывших военнослужащих документов или при их ненадлежащем оформлении:

а) при хронических, медленно прогрессирующих заболеваниях, которые не были выявлены в период военной службы, по представлении документов, выданных лечебным учреждением в первые 5 лет после увольнения из действующей армии, либо позднее (однако не позднее 1970 года), но по данным за указанные 5 лет, которые дают основание отнести начало заболевания к периоду пребывания на фронте;

б) в случаях, когда в военно-медицинских документах указаны отдельные симптомы заболевания, приведшего к инвалидности.

9. Для решения вопроса о связи ранения, травмы, увечья и контузии с пребыванием на фронте при отсутствии военно-медицинских документов следует руководствоваться записями в послужном списке бывшего военнослужащего, военным билетом, свидетельством об освобождении от воинской обязанности, проходным свидетельством, служебной, красноармейской книжкой, архивными документами и т.д., а также всеми документами (характеристика командования, представления к наградам и т.д.), данными военкоматов о времени службы в Вооруженных силах (действующей армии).

Могут быть приняты к рассмотрению заверенные райгорвоенкоматами по месту жительства свидетельские показания, лечившихся одновременно больных (не менее двух), имеющих документальные подтверждения о стационарном лечении (в период войны), или двух бывших военнослужащих из одной воинской части, а для прибывших из плена - двух бывших военнослужащих по их совместному пребыванию в плену; металлические осколки при отсутствии сведений о ранении мирного времени.

Для восстановления справки о ранении (контузии) производится освидетельствование бывшего военнослужащего во врачебной комиссии с участием судмедэксперта при райгорвоенкоматах по месту жительства с последующим вынесением постановления ЦВВК Министерства обороны (МВД, КГБ).

Если в военных документах имеется запись только о соответствующей статье Расписания болезней без указания диагноза, то документы направляются на разрешение причинной связи в ЦВВК МО (МВД, КГБ).

МРЭК (по п.9) выносят решения после получения постановления ЦВВК Министерства обороны (МВД, КГБ) РБ.

10. МРЭК при установлении причины инвалидности бывшим военнослужащим обязана указывать в деле освидетельствования все документы, на основании которых устанавливает причину инвалидности: справки о ранении или

несчастном случае, документы, подтверждающие факт пребывания на фронте, в партизанском отряде, воинской части и т.д.

11. Военнообязанным, призванным на учебные или проверочные сборы и ставшим инвалидами вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при исполнении служебных обязанностей в период прохождения этих сборов, причину инвалидности медико-реабилитационные экспертные комиссии устанавливают в строгом соответствии с формулировкой постановления военно-врачебных комиссий в свидетельстве о болезни.

Причины инвалидности у бывших партизан.

Инвалидность вследствие ранений, контузий, заболеваний, полученных во время пребывания в партизанских отрядах в годы Великой Отечественной войны, считается связанной с пребыванием на фронте и устанавливается при наличии удостоверения партизана и на основании справок или данных партизанского архива о ранении, контузии, травме или заболеваний, полученных во время пребывания в партизанских отрядах, а при отсутствии этих сведений - на основании свидетельских показаний двух партизан, находившихся одновременно в одном партизанском отряде с освидетельствуемым во время получения им ранения (травмы) или медицинского работника, оказывавшего в период военных действий помощь по поводу ранения (травмы).

Причины инвалидности у бывших рабочих и служащих, работавших в период отечественной войны в районах военных действий.

Причины инвалидности у бывших рабочих и служащих Вооруженных Сил (вольнонаемных), гражданских работников транспорта, привлекавшихся к строительству оборонительных рубежей, разминированию местности, сбору трофеев, участников отрядов самообороны, работников госпиталей и больниц г.Ленинграда, объектных и аварийных команд местной ПВО периода Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие вражеских действий, разрешаются МРЭК на основании справок о ранении (контузии, увечье, травме) и работе в указанных выше организациях и командах, которые выдаются рай(гор)военкоматами или по решению суда. При этом инвалидность связывается с пребыванием на фронте, если часть (команда) входила во время получения ранения (травмы, контузии) в состав действующей армии (по перечню Генерального штаба Вооруженных Сил), а в случаях, если не входила, инвалидность связывается с исполнением обязанностей военной службы.

Инвалидность, связанная с катастрофой на Чернобыльской АЭС.

Установление причинной связи заболевания с катастрофой на Чернобыльской АЭС осуществляется межведомственными экспертными советами и военно-врачебными комиссиями, включая военно-врачебные комиссии Министерства Внутренних дел и Комитета госбезопасности. Причинная связь при-

знается установленной, если указанными советами и комиссиями не подтверждено отсутствие такой связи.

Установление медико-реабилитационными экспертными комиссиями причинной связи инвалидности без освидетельствования в межведомственном совете или военно-врачебных комиссиях проводится у лиц, проживавших в 30-ти км зоне ЧАЭС и принимавших участие в 1986-1987 гг. в работах по ликвидации последствий катастрофы в пределах зоны эвакуации или занятых в этот период на эксплуатации или других работах на указанной станции (в том числе временно направленных на работу или командированных), включая военнослужащих и военнообязанных, призванных на специальные сборы и привлеченных к выполнению работ, связанных с ликвидацией последствий данной катастрофы.

Установление причинной связи заболеваний с катастрофой на Чернобыльской АЭС проводится межведомственными экспертными советами и военно-врачебными комиссиями у лиц:

- принимавших в 1986-1989 гг. участие в работах по ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС в пределах зоны эвакуации (отчуждения) или занятых в этот период на эксплуатации или других работах на указанной станции (в том числе временно направленных на работу или командированных), включая военнослужащих и военнообязанных, призванных на специальные сборы и привлеченных к выполнению работ, связанных с ликвидацией последствий данной катастрофы;

- принимавших в 1986-1987 гг. участие в работах по дезактивации, строительству, по жизнеобеспечению населения в зонах первоочередного отселения и последующего отселения, включая военнослужащих и военнообязанных, призванных на специальные сборы и привлеченных к выполнению этих работ.

Вопрос о причине инвалидности решается медико-реабилитационной комиссией на основании направления лечебно-профилактического учреждения по ф.88, документа, подтверждающего связь заболевания с ликвидацией последствий катастрофы на ЧАЭС или проживанием на территории, загрязненной радионуклидами, удостоверения «участника ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС» в котором указывается, что принимал участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС в 1986-1987 гг. и пользуется льготами в соответствии со ст.19 Закона, командировочного удостоверения, военного билета, трудовой книжки, табеля учета рабочего времени, справки на повышенную оплату с обязательным указанием года работ (свидетельские показания во внимание не принимаются), принимаются копии документов только на основе подлинных документов, а для эвакуированных на основании эвакуационного удостоверения, выданного исполкомами областных, городских, районных Со-

ветов народных депутатов, в которых имеется отметка о прописке. Лицам, которым устанавливается причинная связь инвалидности с катастрофой на ЧАЭС, одновременно определяется степень утраты трудоспособности в процентах для назначения пенсии в размере возмещения фактического ущерба, как при профессиональном заболевании.

При установлении причинной связи инвалидности с последствиями катастрофы на Чернобыльской АЭС причина инвалидности формулируется следующим образом – «заболевание (увечье) вызванное катастрофой на Чернобыльской АЭС».

При установлении причинной связи инвалидности военнослужащим, принимавшим участие в ликвидации последствий катастрофы на ЧАЭС и получившим при этом ранение (контузию, увечье) причина инвалидности формулируется следующим образом «ранение (контузия, увечье) получено при исполнении обязанностей военной службы и вызвано катастрофой на Чернобыльской АЭС».

ТЕМА15. ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ ИНВАЛИДОВ В СИСТЕМЕ ИХ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

В настоящее время в социальная защита инвалидов в Республике Беларусь осуществляется как на уровне государства, так и на уровне общественных организаций. Из всего обилия общественных организаций и образований, особенно, численность которых возросла в последние годы, следует выделить три основные обладающие системным характером организации социальной защиты инвалидам. Это такие организации, как Белорусское общество инвалидов по зрению (БелТИЗ, Белорусское общество глухих (БелОГ) и Белорусское общество инвалидов (БелОИ).

Данные общественные организации оказывают комплексную, дифференцированную социальную помощь лицам с ограниченными возможностями направленную на максимально возможную реабилитацию и интеграцию данных людей в общество.

В структуре вышеперечисленных общественных организаций имеются учебные центры, предприятия, реабилитационные и культурные центры.

Безусловно, характер оказываемой данными обществами помощи различен и продиктован специфическими проблемами членов данных организаций.

Рассмотрим структуру, основные цели, задачи и направления деятельности каждой из этих организаций.

Белорусское общество инвалидов (сокращенное название – БелОИ) является общественной организацией, объединяющей на добровольных началах инвалидов, действующей в соответствии с Конституцией Республики Беларусь,

Законами Республики Беларусь: «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь», «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», «Об общественных объединениях», другими законодательными актами Республики Беларусь, а также Уставом БелОИ.

Деятельность БелОИ распространяется на всю территорию Республики Беларусь.

БелОИ и его структурные подразделения (районные, межрайонные, городские, объединенные и областные организации БелОИ) являются юридическими лицами, имеют свои печати, угловые штампы и бланки, символику, счета в банках Республики Беларусь.

БелОИ не зависит в своей деятельности от политических партий и религиозных организаций.

Цели, задачи и методы деятельности БелОИ

Основные цели:

- защита прав, свобод и законных интересов инвалидов Республики Беларусь и членов их семей;
- создание инвалидам равных с другими гражданами Беларуси возможностей участия во всех сферах жизни общества;
- интеграция инвалидов в общество;
- пропаганда и развитие творчества инвалидов;
- взаимодействие с европейскими и международными организациями инвалидов.

Главные задачи БелОИ:

- учреждение средств массовой информации и осуществление издательской деятельности;
- выдвижение кандидатов в депутаты Верховного Совета Республики Беларусь и местных Советов;
- осуществление в порядке, определенном законодательством, производственно-хозяйственной деятельности, создание предприятий и хозяйственных организаций в целях выполнения уставных задач;
- разработка и реализация программ по социально-трудовой реабилитации инвалидов;
- сотрудничество с общественными организациями Республики Беларусь и других государств;
- разработка и внесение в установленном порядке проектов законов и постановлений в Верховный Совет и Кабинет Министров Республики Беларусь;
- разъяснение в обществе своих идей и программных целей;
- осуществление иной деятельности, соответствующей уставным задачам и не противоречащей действующему законодательству.

Для реализации своих уставных целей и задач БелОИ используются следующие методы:

- выдвигает кандидатов в депутаты Верховного Совета Республики Беларусь и местные Советы в соответствии действующим законодательством;
- разрабатывает проекты законов, постановлений, программ по социально-трудовой реабилитации инвалидов и вносит их в установленном порядке в Верховный Совет, Кабинет Министров Республики Беларусь, местные органы власти;
- осуществляет сотрудничество с общественными организациями Республики Беларусь и других государств согласно действующему законодательству;
- учреждает средства массовой информации и осуществляет издательскую деятельность;
- создает предприятия, другие хозрасчетные организации;
- решает вопросы реабилитации инвалидов в созданных БелОИ реабилитационных учреждениях.

В соответствии действующим законодательством может использовать и другие методы деятельности.

Членство в БелОИ.

Членами БелОИ могут быть инвалиды - граждане Республики Беларусь, достигшие 16-летнего возраста и признающие Устав БелОИ, один из родителей детей-инвалидов или законных опекунов и попечителей инвалидов, признанных в установленном порядке недееспособными или ограниченно дееспособными и, как исключение, граждане, не имеющие инвалидности, но активно помогающие инвалидам, а также работники предприятий, учреждений и организаций БелОИ.

Член БелОИ не может являться членом БелТИЗ и БелОГ.

Членами БелОИ могут быть юридические лица (трудовые коллективы предприятий, учреждений и организаций, коллективы учебных заведений и общественных объединений граждан), оказывающие содействие в решении уставных целей и задач БелОИ.

Представители юридического лица принимают участие в работе БелОИ на основе служебных полномочий или доверенности.

Права и обязанности юридического лица, размер его вступительного и членских взносов определяются по договоренности при приеме в БелОИ.

Граждане Республики Беларусь, желающие вступить в члены БелОИ, подают об этом письменное заявление в первичную организацию БелОИ или в районное, межрайонное, городское, объединенное правление БелОИ.

Прием в члены БелОИ проводится на общем собрании первичной организации, а также Советом или президиумом Совета районной, межрайонной, городской, объединенной организации.

Прием в члены БелОИ юридического лица осуществляет Президиум Центрального Совета БелОИ на основании письменного заявления.

Принятым в члены БелОИ считается лицо, за которое проголосовало более половины членов БелОИ - участников общего собрания, членов Совета или его президиума.

Отказ в приеме в члены БелОИ может быть обжалован в вышестоящую организацию БелОИ. Порядок учета членов БелОИ и их перехода из одной организации в другую определяется Инструкцией, утверждаемой Президиумом Центрального Совета БелОИ.

Членам БелОИ выдаются членские билеты установленного ЦС образца.

Члены БелОИ имеют право:

- по категории инвалидности объединяться и создавать общественные формирования (союзы, ассоциации, группы) в виде структурных подразделений, которые бы по решению Президиума ЦС БелОИ могут наделяться правами юридического лица, оставаясь при этом подотчетными Центральным органам БелОИ;

- участвовать в работе органов БелОИ;

- запрашивать и получать информацию от органов БелОИ по вопросам их деятельности;

- на получение помощи и поддержку со стороны БелОИ;

- участвовать в обсуждении вопросов, в том числе касающихся их лично, рассматриваемых на собраниях членов БелОИ, Советах или их президиумов;

- выдвигать и избирать, а также по достижении 18 лет быть избранными в любой орган БелОИ согласно действующему законодательству.

Члены БелОИ обязаны:

- состоять на учете в первичной или районной, межрайонной, городской, объединенной организации, выполнять требования Устава, участвовать в работе своей организации, своевременно уплачивать членские взносы;

- выполнять решения органов БелОИ, принятые в пределах их компетенции.

Общие принципы организационного строения БелОИ.

Основой БелОИ являются первичные организации, образуемые по месту жительства, при наличии не менее пяти человек. При наличии в районе или городе двух и более первичных организаций БелОИ могут создаваться районные или городские организации БелОИ. По решению вышестоящего Совета БелОИ первичные организации двух и более районов могут объединяться в межрайон-

ные, а района и города - в объединенные организации БелОИ. При наличии в области (в г. Минске) двух и более районных, межрайонных, городских, объединенных организаций создаются областные организации БелОИ.

Высшим органом организаций БелОИ соответственно являются:

- общее собрание (конференция) – для первичных организаций;
- конференция – для городских, районных, межрайонных, объединенных и областных организаций;
- съезд – для Белорусского общества инвалидов (БелОИ).

Общее собрание, конференция, съезд избирают соответственно Советы первичной, районной, межрайонной, городской, объединенной, областной организации, Центральный Совет, которые являются коллегиальными руководящими органами, осуществляющими руководство работой соответствующих организаций БелОИ в период между собраниями, конференциями, съездами, и подотчетны им. Совет из своего состава на первом заседании тайным голосованием избирает председателя. При недобросовестном выполнении обязанностей председателя, проявление действий или бездействие, сдерживающие развитие и деятельность Совета соответствующего уровня, Совет вправе 2/3 голосов от общего состава при тайном голосовании переизбрать председателя Совета до истечения срока полномочий. Для осуществления исполнительских функций Советы БелОИ формируют правления, работающие на постоянной основе, структуры и штаты которых определяются Центральным Советом или вышестоящим Советом. Решения вышестоящего правления обязательны к исполнению нижестоящими правлениями. Председатель правления назначается председателем вышестоящего правления и утверждается Советом соответствующего уровня. Порядок назначения председателей правления определяется Положением о Центральном правлении (далее - ЦП БелОИ), утвержденным ЦС БелОИ. Заместитель (заместители) председателя правления утверждается Советом соответствующего уровня по предложению председателя правления.

Председатели Советов БелОИ возглавляют их президиумы и могут быть назначены председателями правлений. Избранными на руководящие должности и делегатами на конференции и съезды считаются кандидаты, за которых проголосовало более половины участников собрания, делегатов конференции или съезда. Делегаты на районные, межрайонные, городские, объединенные конференции избираются на собраниях (конференциях) первичных организаций. Делегаты на областные конференции и на съезды БелОИ избираются на районных, межрайонных, городских и объединенных конференциях БелОИ.

Первичные организации БелОИ.

Первичные организации создаются по территориальному принципу при наличии не менее 5 членов БелОИ, их регистрация и постановка на учет осу-

ществляется вышестоящим Советом БелОИ. По решению вышестоящего Совета БелОИ первичной организации могут быть предоставлены права юридического лица.

Первичная организация избирает из своего состава председателя и заместителя председателя. Если первичная организация насчитывает свыше 100 членов, может избираться Совет первичной организации.

Первичная организация БелОИ строит свою работу согласно решения вышестоящих органов и имеет право выходить с предложениями и ходатайствами в эти органы.

Высшим органом первичной организации является собрание, а если численность организации свыше 100 человек - конференция, которые не реже 1-го раза в год. Порядок проведения конференции устанавливается вышестоящим органом БелОИ.

Областные организации БелОИ.

В областях создаются областные организации БелОИ, которые объединяют районные, межрайонные, городские, объединенные организации. Высшим органом областной организации БелОИ является конференция, созываемая по решению его Совета один раз в пять лет. Нормы представительства на конференции устанавливаются Советами областных организаций по согласованию с вышестоящим органом БелОИ.

Общественное объединение «Белорусское товарищество инвалидов по зрению» (далее – БелТИЗ) является добровольным республиканским общественным объединением граждан, объединившихся для совместной реализации гражданских, экономических, социальных и культурных прав. Деятельность БелТИЗ носит социальный характер.

Деятельность БелТИЗ осуществляется на территории Республики Беларусь в соответствии с Конституцией Республики Беларусь 1994 г. (с изменениями и дополнениями), принятой на республиканском референдуме 24 ноября 1996 г., Декретом Президента Республики Беларусь от 26.01.1999 г. № 2, Законом Республики Беларусь «Об общественных объединениях», иными актами законодательства Республики Беларусь и настоящим Уставом.

БелТИЗ действует независимо от государственных и хозяйственных органов, политических партий, других общественных объединений, им неподотчетно и неподконтрольно и может сотрудничать с ними на равноправной основе по всем вопросам, затрагивающим законные интересы его членов.

БелТИЗ может вступать в международные общественные организации инвалидов, поддерживать с ними прямые связи (спортивные, культурные и иные), заключать соответствующие договоры и соглашения, которые не проти-

воречат законодательству и международным обязательствам Республики Беларусь.

БелТИЗ является юридическим лицом, обладает обособленным имуществом, имеет печать, штампы, символику, зарегистрированную в установленном порядке, расчетный, валютный и иные счета в учреждениях банков.

БелТИЗ является собственником своих предприятий, учреждений и организаций, всего принадлежащего им имущества и денежных средств, управление которыми (владение, пользование и распоряжение) осуществляется под руководством Центрального правления БелТИЗ.

Цели, задачи, методы и принципы деятельности БелТИЗ.

Основной целью деятельности БелТИЗ является социально-трудовая и медицинская реабилитация инвалидов по зрению, являющихся членами БелТИЗ, защита их прав и законных интересов.

Для осуществления этой цели БелТИЗ через свои выборные органы решает следующие **основные задачи**:

- Выявляет и вовлекает в активную общественную и трудовую деятельность инвалидов по зрению.
- Осуществляет производственно-хозяйственную деятельность, направленную на решение уставных целей и задач, создает учреждения и предприятия, в том числе с участием иностранного капитала.
- Способствует рациональному трудоустройству инвалидов по зрению. Обеспечивает занятость инвалидов на учебно-производственных предприятиях БелТИЗ не менее 50 процентов от среднесписочной численности промышленно-производственного персонала в целом по БелТИЗ.
- Решает вопросы обеспечения инвалидов по зрению тифлотехническими приборами и приспособлениями, облегчающими условия их труда, быта, информационного обеспечения. Внедряет передовой опыт и достижения в области тифлологии.
- Содействует органам народного образования в осуществлении всеобщего обязательного обучения слепых. Оказывает шефскую помощь специализированным дошкольным и школьным учреждениям для слепых и слабовидящих детей.
- Принимает меры к улучшению жилищно-бытовых условий, санаторно-курортного лечения и организации отдыха инвалидов по зрению, являющихся членами БелТИЗ, а также зрячих работников предприятий, учреждений и организаций БелТИЗ, оказывает им в случае необходимости благотворительную и иную помощь.
- Представляет и защищает права и законные интересы членов БелТИЗ в государственных, хозяйственных и общественных органах и органи-

ях.

- Организует работу по нравственному, этическому, эстетическому и физическому воспитанию, экономическому и правовому просвещению членов БелТИЗ.

- Устанавливает и развивает международные контакты в соответствии с действующим законодательством.

- Осуществляет функции заказчика и технического надзора при строительстве своих объектов промышленного и социально-культурного назначения.

- Организует и осуществляет оздоровление за рубежом детей членов БелТИЗ, работников предприятий, учреждений и организаций БелТИЗ, учащихся школ для слепых и слабовидящих детей.

- Организует получение и распределение гуманитарной помощи среди членов БелТИЗ, работников предприятий, учреждений и организаций БелТИЗ. Гуманитарная помощь может передаваться инвалидам других категорий, общественным объединениям инвалидов, учреждениям здравоохранения и органов социальной защиты, школам для слепых и слабовидящих детей, детским дошкольным учреждениям.

- Осуществляет иную деятельность, не запрещенную законодательством Республики Беларусь, направленную на решение уставных целей и задач БелТИЗ.

Методами деятельности БелТИЗ, направленными на достижение уставных целей и решение уставных задач, являются:

- Внесение предложений Президенту, Национальному собранию и Совету Министров Республики Беларусь по вопросам жизнедеятельности товарищества.

- Сотрудничество с государственными, общественными и иными организациями, действующими на территории Республики Беларусь.

- Привлечение государственных инвестиций, частного и зарубежного капитала, сбор добровольных пожертвований для нужд БелТИЗ.

- Организация совместно с органами Министерства здравоохранения на предприятиях БелТИЗ медицинского обслуживания членов БелТИЗ, работников предприятий, учреждений и организаций БелТИЗ (в том числе бывших работников, до ухода на пенсию работавших в БелТИЗ).

- Проведение культурно-массовой, физкультурно-оздоровительной и спортивной работы среди членов БелТИЗ, работников предприятий, учреждений и организаций БелТИЗ, учащихся школ для слепых и слабовидящих детей, детей-инвалидов по зрению, обучающихся в общеобразовательных школах.

- Озвучивание художественной, общественно-политической и науч-

но-популярной литературы и обеспечение ею инвалидов по зрению.

- Освещение в средствах массовой информации деятельности БелТИЗ.
- Учреждение в установленном порядке своих печатных органов.
- БелТИЗ может использовать иные не запрещенные законодательством методы.

Деятельность БелТИЗ осуществляется на основе следующих принципов:

- Выборности всех органов БелТИЗ.
- Подотчетности всех выборных органов избравшим их организациям и вышестоящим выборным органам БелТИЗ.
- Соблюдения всеми членами и выборными органами БелТИЗ положений настоящего Устава и подчинения меньшинства большинству.
- Соблюдения всеми членами БелТИЗ, независимо от их должностного положения, требований дисциплины.
- Обязательности исполнения решений вышестоящих органов нижестоящими организациями и выборными органами, предприятиями и учреждениями, членами БелТИЗ.
- Признания права вышестоящих выборных органов БелТИЗ отменять решения или приостанавливать исполнение решений нижестоящих организаций и выборных органов БелТИЗ, противоречащих законодательству, положениям настоящего Устава и решениям вышестоящих органов БелТИЗ.
- Единства действий членов и выборных органов БелТИЗ в достижении основной цели и реализации задач БелТИЗ.
- Использование всех возможностей, предусмотренных законодательством, для защиты прав и законных интересов членов БелТИЗ.

Членство в БелТИЗ, их права и обязанности:

- Членами БелТИЗ могут быть граждане Республики Беларусь, достигшие возраста 18 лет и признанные медико-реабилитационной экспертной комиссией инвалидами по зрению.
- Членами БелТИЗ могут быть также граждане, достигшие возраста 18 лет, не являющиеся инвалидами по зрению, принимающие активное участие в жизни и деятельности организационных структур БелТИЗ.
- Прием в члены БелТИЗ производится индивидуально на основании личного письменного заявления вступающего.
- Вопрос о приеме в члены БелТИЗ рассматривается на заседании Правления районной, межрайонной, городской или производственной организации. Отказ в приеме в члены БелТИЗ может быть обжалован в Правление вышестоящей организации БелТИЗ, решение которого является окончатель-

ным.

- Принятый в члены БелТИЗ ставится на учет в первичной организации, ему выдается членский билет установленного образца и заводится учетная карточка члена БелТИЗ.

- Принятый в члены БелТИЗ уплачивает вступительный взнос в размере 1% минимальной зарплаты, а впоследствии - ежегодный членский взнос в размере 1% минимальной зарплаты, установленной в Республике Беларусь. Срок уплаты ежегодного членского взноса определяется Правлением первичной организации.

- От уплаты вступительных и членских взносов освобождаются лица, находящиеся на полном государственном обеспечении.

- Средства, полученные первичными организациями от уплаты вступительных и членских взносов, расходуются по усмотрению Правления первичной организации на цели, предусмотренные настоящим Уставом.

Член БелТИЗ имеет право:

- На содействие в трудоустройстве с учетом состояния здоровья и рекомендаций медико-реабилитационной экспертной комиссии.

- Избирать и быть избранным в руководящие и контрольно-ревизионные органы БелТИЗ.

- Обсуждать на собраниях вопросы жизни и деятельности БелТИЗ, вносить предложения по улучшению его работы, участвовать в выработке и принятии решений.

- Гласно обсуждать и обоснованно критиковать любого члена БелТИЗ, независимо от занимаемой им должности, а также любой руководящий орган БелТИЗ.

- Лично присутствовать на заседаниях коллегиальных органов БелТИЗ и участвовать в рассмотрении вопросов о его деятельности или поведении.

- Обращаться с запросами, заявлениями и предложениями в руководящие органы БелТИЗ или его организационные структуры.

Принимать участие в культурно-массовых, спортивных и других мероприятиях, проводимых в БелТИЗ.

- Пользоваться льготами, предусмотренными в БелТИЗ.

- Выйти в любое время из членов БелТИЗ. В этом случае членство прекращается со дня подачи письменного заявления в Правление первичной организации.

Структура и руководящие органы БелТИЗ:

БелТИЗ организуется по производственно - территориальному принципу и состоит из первичных и областных организаций.

Первичные организации: производственные и территориальные (районные, межрайонные, городские) объединяют членов товарищества по месту работы или жительства при наличии не менее десяти членов БелТИЗ.

Областные организации объединяют первичные организации БелТИЗ, действующие на территории этой области.

Областные и первичные организации, являющиеся организационными структурами БелТИЗ, действуют на основании настоящего Устава и своих отдельных уставов не имеют.

Областные и первичные организации регистрируются (берутся на учет) в установленном законодательством порядке.

Для координации деятельности БелТИЗ, руководства его организационными структурами, выработки и реализации мер по выполнению стоящих перед БелТИЗ задач избираются его соответствующие руководящие органы.

Первичные организации БелТИЗ.

Основой БелТИЗ являются производственные и территориальные (районные, межрайонные, городские) организации, которые создаются по решению Правления областной организации и являются первичными организациями БелТИЗ.

Районные, городские, межрайонные (территориальные) организации БелТИЗ объединяют неработающих в системе БелТИЗ членов, проживающих в данном районе, городе или нескольких смежных районах.

Производственные организации объединяют только работающих на предприятиях и в учреждениях БелТИЗ его членов.

Работающие на дому состоят на учете в производственной или территориальной организации БелТИЗ по решению Правления соответствующей областной организации.

По решению Правления соответствующей областной организации территориальные организации могут подразделяться на группы, а производственные – на цеховые организации.

Районные, межрайонные, городские и производственные организации БелТИЗ по решению Правлений соответствующих областных организаций могут наделяться правами юридического лица, иметь расчетный счет в соответствующем отделении банка, печать, штампы.

Хозяйственно-управленческая деятельность первичных организаций осуществляется за счет собственных и привлеченных средств, дотаций вышестоящих организаций БелТИЗ, отчислений от прибыли предприятий БелТИЗ, других источников.

Предприятия БелТИЗ ежемесячно отчисляют своим первичным производственным организациям на осуществление их уставной деятельности часть прибыли в размере, устанавливаемом Центральным правлением.

Высшим органом районной, межрайонной, городской и производственной организации БелТИЗ является Собрание её членов (Конференция делегатов), которое проводится по мере необходимости, но не реже одного раза в год.

Правление районной, межрайонной, городской и производственной организации БелТИЗ:

- Выявляет и принимает в члены БелТИЗ инвалидов по зрению, вовлекает их в активную общественную и трудовую деятельность.
- Устанавливает и поддерживает постоянную связь с членами БелТИЗ, отстаивает их права и законные интересы в государственных, хозяйственных и общественных органах и организациях.
- Содействует улучшению жилищно-бытовых условий, материального положения, медицинского и торгового обслуживания инвалидов по зрению, организует другие виды социальной помощи.
- Проводит мероприятия по элементарной реабилитации инвалидов.
- Организует шефство над одинокими и престарелыми инвалидами по зрению.
- Способствует выявлению слепых и слабовидящих детей и содействует определению их в спецшколы-интернаты.
- Принимает вступительные и членские взносы.
- Решает другие вопросы в пределах своей компетенции в соответствии с настоящим Уставом.
- Правление производственной организации, кроме того:
- Способствует укреплению трудовой дисциплины на предприятиях БелТИЗ, повышению производительности и охраны труда, улучшению качества продукции.
- Содействует рациональному трудоустройству инвалидов по зрению.
- Формирует здоровый морально-психологический климат в трудовом коллективе.
- Принимает участие в разработке коллективного договора и в осуществлении контроля за его выполнением.

Областные организации БелТИЗ.

Областные организации БелТИЗ объединяют районные, межрайонные, городские и производственные организации БелТИЗ, находящиеся на территории области, координируют и направляют их работу.

Областные организации наделены правами юридического лица, имеют печать, штамп и расчетный счет в банке.

Высшим органом областной организации является Конференция, которая созывается один раз в пять лет. Внеочередная областная Конференция может быть созвана по инициативе Правления областной организации или Центрального правления, а также по требованию не менее одной трети первичных организаций БелТИЗ данной области.

Центральные органы БелТИЗ.

Высшим органом БелТИЗ является Съезд, который созывается по решению Центрального правления БелТИЗ один раз в пять лет.

Белорусского общества глухих (БелОГ).

Инвалидность по слуху и речи создает определенные трудности в деле приобщения человека к труду, общественной жизни, овладении им знаниями и квалификацией, интеграции его в общество.

Важнейшим условием преодоления этих трудностей является решение вопросов общего и профессионального образования, трудоустройства и обслуживания.

Государство затрачивает значительные средства для того, чтобы инвалиды по слуху были полноправными и полноценными гражданами. Для этого в Республике Беларусь создана широкая сеть дошкольных и школьных учреждений, профессиональных училищ, учебно-производственных предприятий, медицинских и учебных заведений и культурно-просветительных учреждений.

Мероприятия по реабилитации глухих в нашей стране начинаются с первых дней жизни глухого ребенка. Каждый ребенок с нарушением слуха находится под особой опекой органов здравоохранения и просвещения.

С трехлетнего возраста глухие дети определяются в специальные дошкольные учреждения, где они воспитываются до семилетнего возраста. Затем их обучают в специальных школах для глухих и слабослышащих детей. В республике имеется 10 дошкольных учреждений, где воспитывается примерно 600 детей с патологией слуха и речи, в 14 спецшколах для глухих обучается более 2 тысяч детей. Все дети как в дошкольных учреждениях и в спецшколах – интернатах находятся на полном государственном обеспечении.

В настоящее время ведется работа по интеграции глухих детей в среду слышащих. Формируются специальные классы при массовых школах. Всего в специальных классах при массовых школах Минска и Гомеля обучается более 100 глухих и слабослышащих детей. Работа по формированию классов и детских групп при массовых школах, детских учреждениях проводится Белорусским обществом глухих во всех областных центрах.

По настоянию Белорусского общества глухих открыты специальные группы глухих при профессиональных училищах, педколледжах, медучилищах для получения инвалидами престижных профессий. На протяжении 30 лет в Гомельском машиностроительном техникуме подготовлено более 700 техников-технологов из числа инвалидов по слуху. Все они работают в народном хозяйстве республики.

Уставные цели и задачи общественного объединения БелОГ схожи с таковыми в других крупных общественных объединениях (Бел ОИ и БелТИЗ).

ТЕМА 16. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ СПЕЦИАЛИСТА ПО СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Становление профессиональной социальной работы в Республике Беларусь на современном этапе притягивает внимание, как специалистов различных областей знаний, так и общественности. Данный интерес объясняется целым рядом современных экономических и социальных факторов. В условиях экономического кризиса особенно обостряются проблемы связанные со снижением уровня жизни, особенно, контингентов имеющих ограничения жизнедеятельности, либо относящихся к группам повышенного риска. Данные явления подталкивают к оптимизации социальных процессов, оставляя лишь те, которые являются наиболее экономически обоснованными и эффективными. Происходит естественный отбор технологий и подходов в решении конкретных задач. Потихоньку снижается уровень информационного «шума» которым неизбежно обрастают, даже самые актуальные проблемы на этапе своей выкристаллизации, актуализации и становления. Приоритеты в развитии социальных технологий переносятся на те, которые позволяют получить социально значимый результат. Профессионализация направлений заставляет рассматривать конкретные проблемы на уровне механизмов их развития и нивелирования, а не на общем уровне постановки проблемы. Данные процессы неизбежно приводят и к перегруппировке сил сосредоточенных вокруг решения конкретных социальных задач. В связи, с этим нарастает удельный вес специалистов, которые с учетом характера и уровня своего образования, профессионального опыта способны решать конкретные задачи, принося конкретный социально значимый результат, обладающий социальной целесообразностью и экономической эффективностью. Вместе с тем отодвигаются на второй план «специалисты» способные громко обсуждать высочайшую актуальность проблем, заговаривая их до уровня социально-экономического парадокса.

Как уже говорилось, оптимизация технологий социальной работы происходит за счет переноса акцентов в сторону профессиональной социальной работы, наполненной конкретными методами и подходами призванными пошагово

решать вопросы ресоциализации, реабилитации лиц имеющих ограничения жизнедеятельности вследствие различных медицинских, социальных, профессиональных причин. Обсуждение сути и содержания профессионального и не профессионального уровней социальной работы встречается довольно часто и имеет достаточно разноречивые суждения. На наш взгляд к профессиональному уровню социальной работы можно относить научно обоснованные методы, технологии и подходы которые имеют четкие механизмы воздействия, могут быть оценены конкретными критериями и для реализации которых необходимо применение специальных знаний, умений и навыков квалифицированных специалистов. Т.е. реабилитационные подходы и виды социальной помощи, которые не требуют специальной квалификации специалистов нужно относить к непрофессиональному уровню социальной работы. Например, определить технические средства реабилитации или адаптации человеку со значительными физическими или сенсорными нарушениями может специалист, ориентирующийся в вопросах компенсации данных конкретных нарушений, знающий механизмы развития этих нарушений и способы их нивелирования, знающий нормативно-правовую базу о порядке назначения и выдачи (приобретения) данных конкретных технических средств, знающий алгоритм обеспечения средствами реабилитации, владеющий информацией о порядке направления в учреждения за которыми закреплена обязанность решения подобных вопросов и т.д. Следовательно, специалист занимающийся решением вопросов связанных с социальной реабилитацией данной категории лиц должен обладать целым спектром медицинских, медико-социальных, правовых, менеджерских и т.д. знаний, умений, навыков, здесь одного желания и чувства эмпатии (сопереживания) будет не достаточно. В тоже время человек со значительными зрительными нарушениями нуждается в посторонней помощи и услугах, например сопровождающего в данном случае сопровождающий может не иметь специальных знаний. Нельзя не заметить, что вопрос уровня социальной работы, часто ошибочно, рассматривается с позиции характера (государственного или не государственного) организации организующей либо оказывающей различные виды социальных услуг или социальной, социально – юридической, социально-реабилитационной, социально – психологической и др. помощи. Данный подход, на наш взгляд является не обоснованным и этому имеет целый ряд неопровержимых доказательств. Так, например зарождение сети детских реабилитационных Центров в Республике Беларусь произошло в общественных организациях. Так например, Республиканский Центр медицинской реабилитации детей – инвалидов (Брест) неврологического профиля был создан при Белорусском обществе инвалидов, правда вначале концепция центра была медико – социальная и акценты ставились на социальную интеграцию данной категории

детей, Мозырьский Центр реабилитации детей – инвалидов основан в общественной организации Крик души, разработка концепции и начало строительства Республиканского Центра социальной реабилитации детей – инвалидов в г. Минске принадлежит Белорусскому обществу инвалидов. Подобные примеры можно приводить и по целому ряду инновационных технологий социальной реабилитации различных социально – уязвимых контингентов, получивших дорогу в жизнь именно в общественных, религиозных организациях, а также организациях других форм собственности.

В классификации контингентов, нуждающихся в различных видах социальной помощи, поддержки и защиты выделяется примерно 20 социально-уязвимых контингентов. Ряд контингентов имеют значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной недостаточности и, особенно, нуждаются в профессиональной, разно-спектральной социальной и другой помощи. К таким контингентам можно отнести инвалидов; детей-инвалидов; детей сирот; лиц, пострадавших вследствие участия в военных конфликтах; людей, пострадавших вследствие аварии на ЧАЭС; лиц вышедших из мест лишения свободы; людей с наркотической зависимостью и др. Все эти и другие социально уязвимые контингенты обладают рядом специфических проблем, однако, их объединяет наличие достаточно унифицированных ограничений сфер жизнедеятельности приводящих к социальной недостаточности. В первую очередь невозможность эффективно трудиться и эффективно функционировать в социально – средовом окружении. В свою очередь ограничения жизнедеятельности у разных контингентов формируются вследствие нарушения конкретных биологических, социальных функций, а также способности к био-социальной интегративной деятельности.

Постановка акцентов на ограничениях жизнедеятельности человека и принципах формирования его социальной недостаточности не случайна. На наш взгляд при рассмотрении вопросов связанных с характером и объемами профессиональной социальной работы, а также функциональной модели специалистов призванных решать задачи социальной реинтеграции и ресоциализации людей с ослаблением или потерей био-социальных связей должны учитываться показатели социально-экономической целесообразности и адекватности этой деятельности, а также критерии оценки ее эффективности.

Реабилитация и ресоциализация людей с ограничениями жизнедеятельности, страдающих социальной недостаточностью – процесс сложный и требующий квалифицированного вмешательства специалистов различных профилей. Такие принципы реабилитации, как индивидуальность, непрерывность и комплексность определяют необходимость параллельного реабилитационного воздействия (бригадной реабилитации) на целый ряд нарушений, формирующих

ограничения жизнедеятельности и как следствие приводящие к социальной недостаточности.

Как уже говорилось, профессиональная социальная работа должна отвечать требованиям социально – экономической эффективности и адекватности. Результат деятельности специалиста должен быть направлен на расширение рамок физической, психологической, социальной независимости конкретного человека имеющего ограничения жизнедеятельности. Нивелирование ограничений жизнедеятельности и расширение рамок независимости конкретного человека, в процессе реабилитации должно достигать социально значимого уровня. Под социально значимым уровнем восстановления, в свою очередь, мы понимаем появление либо значительное улучшение способностей к самостоятельному функционированию в повседневной жизни, появление или достижение уровня конкурентноспособности в трудовой, профессиональной деятельности. Данные изменения позволяют вернуть человеку уровень прежней самооценки, ощущение чувства собственного достоинства, т.е. реализацию человека как профессионально, социально адаптивной личности. Кроме того важным моментом является достижение значимого социально – экономического результата, который достигается вследствие высвобождения от обязанностей осуществления постоянного призрения трудоспособных членов семьи которые могут вернуться к пополнению общественной корзины результатами своей профессиональной деятельности, возвратом самого человека в прежний, адекватный затраченным на его образование и профессиональное становление средствам, профессиональный, макросоциальный круг. Нужно заметить, что в данном случае происходит не только сохранение трудового ресурса, но и реализация такой социальной роли человека, как передача жизненного, профессионального опыта следующему поколению. На наш взгляд именно эти аргументы должны определять характер и содержание технологий социальной работы, а последние в свою очередь должны определить и характер модели специалиста по социальной работе.

Приведенная выше аргументация на наш взгляд четко указывает на необходимый характер соотношения обще профессиональных и специальных знаний специалиста по социальной работе. Кроме того, все это определяет необходимость умения реализовывать конкретные технологии и методы социальной работы, направленные на изменение степени выраженности критериев ограничений жизнедеятельности.

Все вышесказанное определило стратегию совершенствования стандартов по подготовке специалистов по социальной работе в Республике Беларусь. Постепенно акценты перенеслись в практическую сторону и внутри специальности произошло выделение пяти, на наш взгляд, наиболее актуальных направле-

ний решающих конкретные социально – значимые задачи и призванных достичь социально значимого результата. В первую очередь – сохранение трудового ресурса.

Так в государственном образовательном стандарте по специальности социальная работа, утвержденном и введенном в действие постановлением Министерства образования Республики Беларусь 31.08.2011 №249 выделены следующие направления с присвоением соответствующих квалификаций:

- Социально - педагогическая деятельность – специалист по социальной работе – педагог;
- Социально - психологическая деятельность - Специалист по социальной работе – психолог;
- Социально - реабилитационная деятельность – специалист по социальной работе – реабилитолог;
- Социально - экономическая деятельность – специалист по социальной работе – экономист;
- Социально - проектная деятельность – специалист по социальной работе и управлению проектами.

Принципиальным отличием перечисленных направлений являются объекты, предметы и сферы деятельности специалиста по социальной работе, что в свою очередь определило необходимость разработки и внедрения пяти отдельных типовых планов обучения. Типовые планы всех направлений специальности социальная работа имеют общие блоки цикла социально – гуманитарных дисциплин, цикла естественнонаучных дисциплин и в цикле общепрофессиональных и специальных дисциплин – компонент дисциплин специальности. Модули, определяющие специфику направлений специальности, заложены в блоках дисциплин направления специальности, дисциплинах вузовского компонента и практик, что составляет более 1/3 всего учебного времени.

Так как задачей настоящей публикации является рассмотрение модели специалиста по социальной работе – реабилитолога, остановимся подробнее на содержании программы подготовки и характере требований к профессиональным компетенциям в данном направлении.

Специалист по социальной работе – реабилитолог должен обладать следующими профессиональными компетенциями по видам деятельности, быть способным:

В социально-реабилитационной деятельности:

- обеспечивать социальный блок работы в деятельности медико-социальных экспертных комиссий;

- формулировать социальный диагноз с учетом ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности, исходя из соответствующей международной классификации;
- выполнять социально-реабилитационные функции в бригадной форме организации реабилитационной работы;
- разрабатывать и обеспечивать реализацию социального блока индивидуальной программы реабилитации;
- проводить информационную работу в обществе по социальным проблемам реабилитации лиц с ограничениями жизнедеятельности, в том числе с лицами, имеющими особенности психофизического развития;
- обеспечивать профессиональную диагностику и профориентацию лиц с ограничениями жизнедеятельности.
- диагностировать психологические особенности личности;
- анализировать особенности девиантного поведения подростков и других категорий населения, разрабатывать и реализовывать индивидуальные программы их коррекции;
- выявлять неблагоприятные психические состояния и провоцирующие их факторы;
- взаимодействовать с психиатрической службой в случае необходимости консультации психиатра;

В медико-социально-профилактической деятельности:

- применять в практике социальной работы Международную классификацию ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности;
- использовать в практической деятельности социальную сущность определения здоровья, регламентируемую Уставом Всемирной организации здравоохранения;
- анализировать значение социальных детерминант здоровья с учетом социальных теорий медицины и выдавать рекомендации по их коррекции;
- анализировать социальные составляющие, входящие в сферу социальной медицины, используя их для социальной защиты человека через профилактику болезней, обусловленных социальными факторами;
- формировать и осуществлять планы работы в соответствии с требованиями общественной социальной защиты населения;
- использовать в практике профилактики болезней цивилизации индивидуальные особенности клиента, касающиеся его конституции и темперамента;
- разрабатывать проекты общенациональной интегрированной программы профилактики неинфекционных заболеваний, обеспечивая реализацию социальных компонентов;
- осуществлять социальные мероприятия по снижению распространенно-

сти в обществе поведенческих факторов риска основных неинфекционных заболеваний (употребление алкоголя, курение табака, гиподинамия, психологический стресс);

- оценивать уровень риска неинфекционных заболеваний и осуществлять профилактические меры на индивидуальном, групповом и популяционном уровне, включая лекционную деятельность и взаимодействие со средствами массовой информации.

Как вариант, нами разработана **квалификационная характеристика** Специалиста по социальной работе - реабилитолога. Специальности 1-86 01 01 “Социальная работа”, которая может быть положена в основу при разработке квалификационных характеристик для специалистов – реабилитологов задействованных в реализации реабилитационных технологий с учетом специфики реабилитируемых контингентов и направлений реабилитационной деятельности учреждений оказывающих реабилитационную помощь. Например в реабилитационных отделениях лечебно-профилактических учреждений, территориальных центров социального обслуживания населения, реабилитационных центров различной ведомственной подчиненности и т.д..

Назначение специалиста:

- Специалист обеспечивает планирование и организацию реабилитации лиц с ограниченными возможностями с нарушениями опорно-двигательного аппарата, зрения, слуха, голоса, речи, психическими нарушениями и лиц с девиантным поведением, практическое осуществление реабилитационных технологий и конкретных методов, касающихся социальной, социально-трудовой, психологической реабилитации, обеспечивая интеграцию реабилитантов в общество, социальную и профессиональную среду или расширение рамок их независимости, сведение к минимуму необходимости посторонней помощи. Способствует реализации в обществе принципа приоритета реабилитации перед пенсией, профилактике инвалидности.

- Организует и осуществляет реабилитационную работу в учреждениях и реабилитационных центрах Минтруда и соцзащиты, образования, здравоохранения, обществ инвалидов и других государственных и общественных организациях и фондах, занятых социальной и социально-трудовой реабилитацией лиц с ограниченными возможностями, лиц с девиантным поведением, пожилых лиц, нуждающихся в реабилитационной помощи.

- Анализирует эффективность индивидуальных программ реабилитации и в целом реабилитационной помощи лицам с ограниченными возможностями, способствует организации и развитию реабилитационных структур, участвует в подготовке кадров для службы реабилитации.

Должностные обязанности специалиста:

- Развивает реабилитационные технологии и проводит реабилитационную идеологию в соответствии с требованиями законодательства Республики Беларусь и международных актов, рекомендуемых ООН для защиты инвалидов и других лиц с ограниченными возможностями;
- Осуществляет меры по профилактике социальной недостаточности, требующей мер социальной помощи и поддержки, при ограничениях жизнедеятельности, вызванных врожденными или приобретенными дефектами здоровья;
- Обеспечивает в целях достижения реабилитационного эффекта, взаимодействие в реабилитации лиц с ограниченными возможностями специалистов Минтруда и соцзащиты с таковыми службами Минздрава, Минобразования, работодателей;
- Способствует развитию в курируемом регионе безбарьерной среды, обеспечивающей интеграцию лиц с ограниченными возможностями и других реабилитантов в общество;
- Обеспечивает организацию подготовки специалистов, необходимых для реабилитационной работы;
- Осваивает и выполняет конкретные реабилитационные методы, внедряет технические средства.
- Отслеживает динамику инвалидности, структуру и численность лиц с ограниченными возможностями, требующих реабилитации;
- Проводит социальную экспертизу нуждаемости реабилитанта в мерах социальной реабилитации, завершенности этапов реабилитации;
- Обеспечивает выполнение социального и профессионального разделов индивидуальной программы реабилитации, предписанной медико-реабилитационными экспертными комиссиями;
- Отслеживает полноту и достаточность реабилитационных мер, соблюдение установленных реабилитационных технологий; Обобщает эффективность профилактических и реабилитационных технологий, анализирует мировой опыт работы в этой области и внедряет в практику более эффективные технологии;
- Готовит отчеты о результатах реабилитационной работы, вносит в вышестоящие инстанции предложения по совершенствованию реабилитационных технологий, введению или уточнению показателей реабилитационной работы.

Требования к знаниям и умениям специалиста:

Специалист по социальной работе-реабилитолог должен знать:

- законодательные и нормативные документы, касающиеся медико-социальной экспертизы и реабилитации лиц с дефектами здоровья (нарушени-

ями), приводящих к ограничениям жизнедеятельности и социальной недостаточности;

- принципы социальной экспертизы, требования к установлению групп инвалидности и меры социальной защиты при них; основы реабилитации, как меры социальной защиты человека с дефектом здоровья;
- отечественный и международный опыт установления нарушений здоровья (последствий врожденных дефектов, перенесенных болезней или травм), ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности;
- основы лечебной гимнастики и массажа;
- основы эрготерапии, трудотерапии, психотерапии;
- порядок назначения и использования технических средств реабилитации,
- оборудования и требования рабочего места под возможности инвалида;
- особенности проявления течения алкоголизма, наркомании;
- принципы оборудования жилого помещения под возможности инвалида;
- показанные и противопоказанные профессии для трудоустройства
- инвалидов;
- основы профессионального консультирования, профориентации, переобучения на новые профессии лиц с ограниченными возможностями;
- основы ухода и обращения с лицами с ограничениями в передвижении, с нарушениями зрения, слуха, голоса, речи;
- основы медицинской само и взаимопомощи;
- основы социальной психологии и психологические особенности лиц с ограниченными физическими возможностями;
- принципы пенсионного обеспечения инвалидов;
- методы оценки качества жизни;
- вопросы статистики и демографии по проблеме;
- этику социальной работы лиц с дефектами здоровья и девиантным поведением;
- экономические и правовые проблемы реабилитации при инвалидности, методы экономического прогнозирования при выборе альтернативных мер социальной защиты через пенсию или профессиональное переобучение;
- комплекс мер, необходимых для реализации социальной защиты на основе принципа «приоритета реабилитации перед пенсией»;
- источники информации, раскрывающие мировой опыт социальной защиты человека через реабилитацию.

Предлагаемая нами модель специалиста по социальной работе – реабилитолога, на наш взгляд является принципиально новым шагом в развитии системы комплексной реабилитации, человека страдающего социальной недостаточностью, на уровне личности, а не на уровне отдельных био – функциональных показателей индивида. По нашему мнению, назрела необходимость введения в системе реабилитации должностей специалистов по социальной работе – реабилитологов, что позволит, как оптимизировать реабилитационные процессы, так и достигать социально значимых результатов имеющих социально – экономическое значение и определяющих в итоге эффективность всего комплекса реабилитационной работы.

ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

Тема 1. Основные принципы реабилитации.

Вопросы для обсуждения

- 1) Раннее начало.
- 2) Непрерывность.
- 3) Этапность.
- 4) Комплексность.
- 5) Содержание и суть принципов на разных этапах реабилитационного процесса.
- 6) Онтогенетический принцип в реабилитации, как последовательность мероприятий формирующих или восстанавливающих утраченные навыки.

Тема 2. Концепция последствий болезни, реабилитационный потенциал человека с ограничениями жизнедеятельности

Вопросы для обсуждения

- 1) 3 уровня последствий болезни для индивидуума - 1 уровень (органный), 2 уровень – организменный, 3 уровень – социальный.
- 2) Оценка последствий болезни на органном уровне.
- 3) Критерии количественной характеристики последствий болезней 1 уровня (морфофункциональных нарушений);
- 4) Понятие «функциональный класс» (ФК);
- 5) Оценка повседневной деятельности больного, его основных способностей, т.е. жизнедеятельности – последствий второго уровня, приводящих к социальной недостаточности.
- 6) Реабилитационный потенциал (РП).
- 7) Прогнозирование возможности восстановления функций и жизнедеятельности в будущем вне зависимости от состояния больного в момент его определения.
- 8) Клинико-реабилитационные группы.

Тема 3. Ограничение жизнедеятельности и социальная недостаточность, как основа последствий болезни

Вопросы для обсуждения

- 1) Ограничение жизнедеятельности и социальная недостаточность, как критерии определения инвалидности у взрослых.

- 2) Ограничение жизнедеятельности и социальная недостаточность, как критерии определения инвалидности у детей.
- 3) Ограничение мобильности.
- 4) Ограничение способности к самообслуживанию.
- 5) Ограничение способности к ориентации.
- 6) Коммуникативные ограничения.
- 7) Ограничение способности контролировать свое поведение.
- 8) Ограничение способности к обучению / труду.

Тема 4. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)

Вопросы для обсуждения

- 1) Цели МКФ, общие подходы (концепция) МКФ,
- 2) Рамки МКФ, единица классификации, представление МКФ,
- 3) Применение МКФ, характеристики МКФ.
- 4) Функции организма, структуры организма,
- 5) Нарушения, активность, участие,
- 6) Ограничение активности, ограничение возможности участия,
- 7) Факторы окружающей среды.
- 8) Формализация характера и уровня социальной недостаточности человека с позиции МКФ.

Тема 5. Ограничения жизнедеятельности пожилых людей в контексте международной классификации функционирования (МКФ).

Вопросы для обсуждения

- 1) Ограничения жизнедеятельности людей пожилого возраста.
- 2) Социальные факторы формирования ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности пожилых лиц
- 3) Нарушения структур организма пожилых людей;
- 4) Нарушение функций организма пожилых людей;
- 5) Активность и участие пожилых людей в контексте МКФ.
- 6) Влияние факторов окружающей среды на формирование социальной недостаточности пожилого человека.

Тема 6. Технология исследования социального статуса клиента и социальный диагноз.

Вопросы для обсуждения

- 1) Исследования проблем клиента.
- 2) Выяснение целей обращения клиента (его жалобы).
- 3) Сбор социального анамнеза проблем (профессиональный маршрут клиента, образовательный ценз, семейный статус, материальный статус).
- 4) Исследование социального статуса, постановка социального диагноза, выработка рекомендаций по выходу клиента из создавшейся затруднительной ситуации.
- 5) Разработка программы действий, направленной на восстановление нормального социального, профессионального, экономического статуса клиента.
- 6) Организация помощи в реализации программы по выходу из затруднительной жизненной ситуации.
- 7) Организация контроля за изменениями в судьбе клиента, оказание вспомогательной адресной помощи по мере возможности и необходимости для предупреждения рецидивов или детерминированных катаклизмов.

Тема 7. Факторная концепция формирования социальной недостаточности личности. Реабилитация людей с ограничениями жизнедеятельности в реальном социально-средовом окружении.

Вопросы для обсуждения

- 1) Реабилитация как процесс реинтеграции личности человека с различными ограничениями жизнедеятельности в социальную и профессиональную среду.
- 2) Формирование социальной недостаточности человека-личности вследствие комплексного взаимодействия био-социальных и социально-средовых факторов.
- 3) Онтогенетический фактор в формировании социальной недостаточности;
- 4) Личностный фактор в формировании социальной недостаточности;
- 5) Антропологический фактор – тип темперамента, соматотип в формировании социальной недостаточности;
- 6) Гео-социальный фактор – особенности региона проживания в формировании социальной недостаточности;
- 7) Инфраструктурный и социально-культурный факторы – доступность социально-культурной реализации в формировании социальной недостаточности;

8) Индустриальный фактор (уровень развития и доступности рынка труда в регионе и уровень развития и доступности рынка труда в регионе), социально-экономический (макро и микро экономические возможности региона) и нормативно-регуляторный фактор в формировании социальной недостаточности;

9) Био-функциональный фактор – функциональные нарушения структур организма вследствие медицинских причин и возрастного фактора в формировании социальной недостаточности человека.

Тема 8. Психологические аспекты реабилитации.

Вопросы для обсуждения

- 1) Психологические нарушения у людей с ограничениями жизнедеятельности.
- 2) Фазы подавленного состояния на разных этапах реабилитации (острое реактивное состояние, агрессия, депрессия, признание настоящей ситуации).
- 3) Основные задачи психологической службы при реализации комплексных программ реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности.

Тема 9. Бригадный метод в реабилитации.

Вопросы для обсуждения

- 1) Теоретические основы бригадного метода.
- 2) Принципы формирования состава бригады.
- 3) Задачи отдельных служб и специалистов задействованных в бригаде.
- 4) Роль членов семьи реабилитанта в работе бригады.
- 5) Преимущества и показатели эффективности бригадного метода.

Тема 10. Универсальный дизайн в стратегии реабилитации личности.

Вопросы для обсуждения

- 1) Цели, задачи, основные теоретические положения, сущность и beneficiaries универсального дизайна.
- 2) Принципы универсального дизайна.
- 3) Зарубежный и отечественный опыт.

4) Механизмы обеспечения доступности объектов архитектурного проектирования.

5) Закономерности и особенности комплексного проектного формирования объектов и элементов архитектурной среды с помощью универсального дизайна и разумного приспособления в компенсации ограничений жизнедеятельности.

Тема 11. Группы самопомощи в технологии социальной реабилитации.

Вопросы для обсуждения

1) Цели и принципы формирования групп самопомощи в реабилитации лиц с ограничениями жизнедеятельности.

2) Организация групп.

3) Реабилитационное сопровождение и модерация групп самопомощи инвалидов.

4) Функционально - нозологический принцип формирования групп самопомощи.

5) Эффективность работы групп самопомощи и наиболее типичные ошибки при их создании.

Тема 12. Международные и Национальные правовые принципы социальной защиты инвалидов.

Вопросы для обсуждения

1) Всемирная программа действий в отношении инвалидов;

2) Стандартные правила ООН создания равных возможностей для инвалидов.

3) Цели и задачи Всемирной программы действий в отношении инвалидов.

4) Основные разделы Всемирной программы действий в отношении инвалидов.

5) История и основные разделы стандартных правил ООН создания равных возможностей для инвалидов.

6) Концепция и основные положения закона РБ «О социальной защите инвалидов в РБ» Функции различных ведомств в реализации Закона.

7) Концепция и основные положения закона РБ «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов в РБ». Функции различных ведомств в реализации Закона.

8) Концепция и основные положения закона РБ «О социальной защите граждан пострадавших от ЧАЭС».

9)

Тема 13. Реабилитационные аспекты освидетельствования во МРЭК. Основы МСЭ.

Вопросы для обсуждения

- 1) Ограничение жизнедеятельности и социальная недостаточность, как критерии определения инвалидности у взрослых.
- 2) Ограничение жизнедеятельности и социальная недостаточность, как критерии определения инвалидности у детей.
- 3) Критерии определения различных групп инвалидности у взрослых при основной инвалидизирующей патологии.
- 4) Критерии определения различных степеней утраты здоровья ребенка - инвалида у детей при основной инвалидизирующей патологии.
- 5) Понятие о сроках инвалидности и тактика их определения при различных заболеваниях.
- 6) Понятие о причинах инвалидности и критерии их определения.
- 7) Порядок проведения освидетельствования и переосвидетельствования во МРЭК.
- 8) Понятие об индивидуальной программе реабилитации инвалида
- 9) Порядок назначения и выдачи инвалидам вспомогательных технических средств.

Тема 14. Общественные организации инвалидов в системе их социальной защиты.

Вопросы для обсуждения

- 1) Система организации помощи, основные цели и задачи БелОИ.
- 2) Система организации помощи, основные цели и задачи БелТИЗ.
- 3) Система организации помощи, основные цели и задачи БелОГ.

Тема 15. Функциональная модель специалиста по социально-реабилитационной деятельности.

Вопросы для обсуждения

- 1) Назначение специалиста.
- 2) Требования к знаниям и умениям специалиста в социально-реабилитационной деятельности,

- 3) Требования к знаниям и умениям специалиста в медико-социально-профилактической деятельности.
- 4) Квалификационная характеристика специалиста по социально-реабилитационной деятельности.
- 5) Должностные обязанности специалиста – реабилитолога.

РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ ПО КУРСУ

«РЕАБИЛИТОЛОГИЯ»

1. Место реабилитации в системе социальной защиты лиц с дефектами здоровья.
2. Суть принципа приоритет реабилитации перед пенсией.
3. Концепция последствий болезни, 3 уровня последствий болезни для индивидуума.
4. Оценка последствий болезни на органном уровне. понятие "функциональный класс" - ФК, значение каждого ФК.
5. Оценка повседневной деятельности больного и его основных способностей, шкалы измерения.
6. Реабилитационный потенциал (РП), понятие, виды РП, значение, составляющие.
7. Определение и суть 1-й фазы реабилитации, критерии завершения.
8. Определение и суть 2-й фазы реабилитации, критерии завершения.
9. Определение и суть 3-й фазы реабилитации, критерии завершения.
10. Определение, суть и составляющие социальной реабилитации.
11. Основные принципы реабилитации, содержание и суть принципов на разных этапах реабилитационного процесса.
12. Понятие онтогенетического принципа в реабилитации.
13. Понятие и механизмы реабилитации.
14. Понятие и механизм реституции.
15. Понятие и механизм компенсации, компенсация при использовании вспомогательных технических средств реабилитации.
16. Характеристика и динамика психологических нарушений у пациентов с острым тяжелым поражением ЦНС на ранних этапах реабилитации.
17. Причины и характеристика *острого реактивного состояния* у пациентов с острым тяжелым поражением ЦНС на ранних этапах реабилитации.
18. Причины и характеристика *агрессивного состояния* у пациентов с острым тяжелым поражением ЦНС в остром периоде.
19. Причины и характеристика *агрессивного состояния* у пациентов с острым тяжелым поражением ЦНС в восстановительном периоде.
20. Причины и характеристика *депрессивного состояния* у пациентов с острым тяжелым поражением ЦНС остром периоде.

21. Причины и характеристика *депрессивного состояния* у пациентов с острым тяжелым поражением ЦНС восстановительном периоде.
22. Типы отрицаний болезни, суть.
23. Психологический профиль больных пациентов с острым тяжелым поражением ЦНС на ранних этапах реабилитации.
24. Юридические аспекты реабилитации. Задачи социальных и социально-юридических служб на этапе реабилитации.
25. Порядок направления на МРЭК и определения инвалидности при проведении реабилитации. Тактика в отношении сроков и степени инвалидности.
26. Порядок выдачи БЛ по уходу за нуждающимся в реабилитации.
27. Принципы формирования состава реабилитационной бригады и основные ее задачи.
28. Задачи отдельных служб и специалистов задействованных в бригаде.
29. Задачи решаемые реабилитационной бригадой на первом заседании.
30. Задачи решаемые реабилитационной бригадой на промежуточных заседаниях.
31. Задачи решаемые реабилитационной бригадой на последнем заседании.
32. Технология реабилитации с применением бригадного метода.
33. Отличия технологий с применением бригадного и традиционного методов реабилитации.
34. Преимущества бригадного метода, их обоснование.
35. Документация сопровождающая реабилитационный процесс, основные отражающиеся в ней аспекты, принципы составления и заполнения.
36. Виды реабилитационной помощи оказываемой общественными организациями, типы реабилитационных учреждений.
37. Принципы организации и формы работы реабилитационных отделений поликлиник, решаемые задачи.
38. Принципы организации и формы реабилитационной работы в территориальных центрах социального обслуживания населения, решаемые задачи.
39. Принципы организации, технология и формы работы республиканских реабилитационных центров, решаемые задачи.
40. Принципы организации и формы работы областных отделений реабилитации, решаемые задачи.
41. Принципы составления ИПР больного, цели, основные разделы.
42. Принципы составления ИПР инвалида, цели, основные разделы.

43. Понятие и задачи профессиональной реабилитации.
44. Основные критерии подбора профессии для переобучения инвалида.
45. Формы проведения и типы специализированных учреждений профессиональной реабилитации.
46. Понятие о социально-бытовой реабилитации. цели и задачи социально-бытовой реабилитации.
47. Реабилитационные принципы правильного обустройства жилища инвалида.
48. Вспомогательное оборудование для обустройства квартиры, реабилитационного отделения.
49. Роль семьи в реабилитации инвалида, негативные аспекты влияния семьи способствующие усугублению дезадаптации инвалида.
50. Роль членов семьи инвалида, как членов реабилитационной бригады.
51. Понятие абилитации, отличия абилитации от реабилитации, формирование личности ребенка инвалида в процессе реабилитации.
52. Принципы составления ИПРР, ее основные разделы для детей дошкольного возраста.
53. Принципы составления ИПРР, ее основные разделы для детей младшего школьного возраста.
54. Принципы составления ИПРР, ее основные разделы для детей старшего школьного возраста.
55. Принципы формирования групп самопомощи инвалидов.
56. Порядок модерирования групп самопомощи инвалидов.
57. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: цели, назначение.
58. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: основные домены и их назначение.
59. Технология исследования социального статуса.
60. Факторы формирующие социальную недостаточность человека с ограничениями жизнедеятельности.
61. Влияние индустриального фактора на формирование социальной недостаточности.
62. Влияние инфраструктурного фактора на формирование социальной недостаточности.
63. Влияние личностного фактора на формирование социальной недостаточности.

64. Влияние онтогенетического фактора на формирование социальной недостаточности.
65. Закон Республики Беларусь «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь».
66. Закон Республики Беларусь «О профилактике инвалидности и реабилитации инвалидов в Республике Беларусь».
67. Конвенция ООН «О правах инвалидов» основные разделы и положения.
68. Вопросы решаемые при освидетельствовании во МРЭК.
69. Вопросы решаемые при переосвидетельствовании во МРЭК.
70. Принципы формирования разделов ИПР во МРЭК.
71. Порядок назначения технических средств реабилитации.
72. Основные компетенции специалиста в области социальной реабилитации.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ
УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Учебно-методическое объединение по гуманитарному образованию

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра образования
Республики Беларусь

_____ В.А. Богуш

_____ /тип.
Регистрационный № ТД-

РЕАБИЛИТОЛОГИЯ

**Типовая учебная программа по учебной дисциплине
для специальности:**

1-86 01 01 Социальная работа (по направлениям)

СОГЛАСОВАНО

Заместитель Министра
труда и социальной защиты
Республики Беларусь
_____ А.А. Румак

СОГЛАСОВАНО

Председатель Учебно-методического
объединения по гуманитарному
образованию.

_____ С.Н. Ходин

СОГЛАСОВАНО

Начальник Управления
высшего образования
Министерства образования
Республики Беларусь

_____ С.А. Касперович

СОГЛАСОВАНО

Проректор по научно-методической
работе Государственного учреждения
образования «Республиканский
институт высшей школы»

_____ И.В. Титович

Эксперт-нормоконтролер

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА.

Концепция социальной работы в Республике Беларусь предполагает три основных направления профессиональной деятельности специалиста по социальной работе. Данные направления иерархически выстроены в зависимости от наибольшей социальной эффективности и внутрипопуляционного охвата людей, имеющих социальную депривированность. Первое – это профилактика ограничений жизнедеятельности людей, попавших в затруднительную жизненную ситуацию вследствие воздействия биологических, социальных, экологических, экономических и других факторов. Второе – это реабилитация лиц, у которых уже сформировались стойкие ограничения жизнедеятельности. Третье – это помощь и поддержка людям, имеющим значительные и резко выраженные ограничения жизнедеятельности, которые не могут быть нивелированы при помощи профилактических и реабилитационных технологий. Реабилитология, как учебная дисциплина призвана объяснить базисные реабилитационные принципы, стратегии и технологические аспекты, подготовив студентов к освоению частных вопросов реабилитации и дисциплин направленных на формирование компетенций прикладного реабилитационного спектра.

Цели и задачи учебной дисциплины:

Целью преподавания учебной дисциплины «Реабилитология» является подготовка студентов к практической работе в области социальной и профессиональной реабилитации лиц с ограничениями жизнедеятельности и социальной недостаточностью вследствие дефектов здоровья, нарушения поведения, других негативных социальных ситуаций; обеспечить преемственность и непрерывность медицинского и социального аспектов в медико-социальной защите человека.

Задачи изучения учебной дисциплины:

1. Дать теоретические понятия о восстановительных механизмах реабилитации (реституции, различных видах компенсации), их физиологических и патофизиологических аспектах.
2. Познакомить будущих специалистов с основами реабилитационной терминологии, применяемой при вынесении заключений, о нуждаемости человека в социальной помощи и различных видах социальной защиты, применении технических средств, преобразовании жилища, рабочего места и т.д.
3. Показать составные части дефекта здоровья, как исхода болезни или увечья, в чем проявляются при этом ограничения жизнедеятельности, например при инвалидности (способность к самообслуживанию, перемещению, ориентации, взаимоотношениям, занятию трудовой деятельностью, контролю за своим поведением), приводящие к социальной недостаточности.

Место учебной дисциплины в системе подготовки специалиста с высшим образованием.

Знания, полученные студентами в ходе изучения курса «Реабилитология», могут быть использованы в самых различных сферах практической деятельности специалиста по социальной работе:

- *в практике образования и воспитания*, где необходимо выявление ограничений жизнедеятельности детей с нарушениями психофизического развития и здоровья, для осуществления индивидуального подхода к ним в обучении и профориентации, а в будущем - для оценки профпригодности, оказания им абилитационной или реабилитационной помощи и т.д.;
- *в области медицины, экспертизы и реабилитации*, где указанные знания помогут в оценке характера и степени ограничений жизнедеятельности, формирующих социальную недостаточность, оценке профпригодности и подборе профессий для обучения и труда, при проведении мероприятий по медико-социальной экспертизе и реабилитации лиц с ограничениями жизнедеятельности;
- *для оказания социально-психологической помощи индивидам*, оказавшимся в ситуации объективного или субъективного неблагополучия при проведении мероприятий социальной и профессиональной реабилитации;
- *при коррекционной и профилактической деятельности с лицами с ограничениями жизнедеятельности и индивидами*, оказавшимся в социально – депривационной ситуации.

Связи с другими учебными дисциплинами. Знания, необходимые для освоения курса «Реабилитология»:

- дисциплина «Реабилитация в психиатрии и наркологии»
- дисциплина «Психология труда»
- дисциплина «Реабилитационный практикум»
- дисциплина «Эргономика и охрана труда»
- дисциплина «Психодиагностика»
- дисциплина «Психология»
- дисциплина «Медицинская психология»
- дисциплина «Эрготерапия»
- дисциплина «Профессиональная ориентация и реабилитация»
- дисциплина «Частная реабилитация»

Требования к освоению учебной дисциплины (включая требования образовательного стандарта).

Выпускник должен:

В результате изучения учебной дисциплины «Реабилитология» студент должен

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, вытекающие из Конвенции о правах инвалидов;
- законодательство Республики Беларусь о социальной защите инвалидов и лиц с особенностями психофизического развития;
- реабилитационные возможности и показатели деятельности учреждений социальной защиты, реабилитации и коррекции.

уметь:

- формировать комплексный социальный диагноз клиента с различного уровня ограничениями жизнедеятельности и социальной недостаточностью вследствие различных причин;
- разрабатывать комплексную индивидуальную программу реабилитации (ИПР), ориентированную на проведение медико-профессионального, профессионального и социального этапов (фаз) реабилитации;
- реализовывать социальный, социально-психологический, социально-медико-психологический, профессиональный, социально-педагогический, социально-культурный разделы ИПР;
- осуществлять социальное, социально-психологическое, социально-медико-психологическое, профориентационное, профадаптационное, социально-педагогическое сопровождение клиента в реабилитации и постреабилитационном периодах;

владеть:

- навыками формирования комплексного социального диагноза клиента с различного уровня ограничениями жизнедеятельности и социальной недостаточностью вследствие различных причин;
- навыками разработки комплексной индивидуальной программы реабилитации (ИПР);
- навыками реализации социального, профессионального разделов (ИПР);
- навыками социального, социально-психологического, социо-медико-психологического сопровождения клиента в реабилитационном и постреабилитационном периодах.

Освоение данной учебной дисциплины обеспечивает формирование следующих компетенций:

Выпускник 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 вырабатывать 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. Обладать 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-16. Использовать в практической деятельности: социальную сущность определения здоровья, регламентируемую Уставом Всемирной организации здравоохранения; международную классификацию функционирования.
- ПК-17. Анализировать социальные составляющие, входящие в сферу социальной медицины, используя их для социальной защиты человека через профилактику болезней, обусловленных социальными факторами, социальные детерминанты здоровья, этические ценности социальной работы.
- ПК-18. Разрабатывать проекты общенациональной интегрированной программы профилактики неинфекционных заболеваний, обеспечивая реализацию социальных компонентов.
- ПК-19. Осуществлять социальные мероприятия по снижению распространенности в обществе поведенческих факторов риска основных неинфекционных заболеваний (употребление алкоголя, курение табака, гиподинамия, психологический стресс) с учетом конституции и темперамента.
- ПК-20. Оценивать уровень риска неинфекционных заболеваний и осуществлять профилактические меры на индивидуальном, групповом и популяционном уровне, включая лекционную деятельность и взаимодействие со средствами массовой информации.
- ПК-21. Определять структуру ограничений жизнедеятельности лиц, стра-

дающих 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 государственной статистики показатели результативности реабилитационной деятельности.

- ПК-38. Разрабатывать современные модели социальной работы, направленные на улучшение уровня и качества жизни всех слоев населения граждан, в том числе социально уязвимых категорий.

- ПК-39. Организовывать и управлять социально-терапевтической и реабилитационной работой по реализации проектов, программ, планов на разных уровнях, способствующих решению социальных проблем, устраняющих рост негативных явлений в социуме.

- ПК-40. Организовывать и реализовывать взаимодействие с учреждениями разных министерств и ведомств, общественными организациями социальной направленности.

- ПК-41. Управлять проведением научных исследований по разработке проектов и программ в материальной и нематериальной сфере.

- ПК-42. Внедрять новые информационные технологии в реализации социальных проектов и программ в материальной и нематериальной сфере, использовать современные методы анализа и прогнозирования повышения эффективности социальной защиты и социального обслуживания населения.

- ПК-43. Разрабатывать инновационные подходы в решении возникающих на разных этапах развития общества социальных проблем.

•ПК-44.Планировать и проводить экспериментальную апробацию инновационных идей, способствующих повышению результативности социальной деятельности.

Общее количество часов: 150

Количество аудиторных часов:

- 68 часов для студентов дневной формы обучения;
- 16 часов для студентов заочной формы обучения;
- 12 часов для студентов сокращенной формы обучения;

Форма получения высшего образования:

- дневная;
- заочная;

Распределение аудиторного времени по видам занятий, курсам и семестрам:

Форма обучения	Курс, семестр	Лекции (к-во час.)	Практические занятия (к-во час.)	Лабораторные занятия (к-во час.)
Дневная	2 курс, 4 семестр	20	8	40
Заочная	2 курс, 4 семестр	6	2	8
Сокращенная	2 курс, 4 семестр	6		6

Формы текущей аттестации по учебной дисциплине: экзамен

СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

Тема 1. Реабилитация - основная мера социальной защиты личности.

Эволюция форм социальной защиты инвалидов. Медицинская и социальная концепции реабилитации. Личность, как основной субъект реабилитации. Современные задачи реабилитации, в соответствии с задачами Конвенции ООН О правах инвалидов. Реабилитация людей с ограничениями жизнедеятельности в социально – экономическом аспекте. Принцип приоритета реабилитации перед пенсией, его суть. Взаимосвязь объемов планируемых технологий реабилитации, социальной и экономической эффективности реализуемой комплексной программы реабилитации человека с ограничениями жизнедеятельности.

Тема 2. Основные принципы реабилитации.

Раннее начало. Непрерывность. Этапность. Комплексность. Содержание и суть принципов на разных этапах реабилитационного процесса. Онтогенетический принцип в реабилитации, как последовательность мероприятий формирующих или восстанавливающих утраченные навыки.

Тема 3. Концепция последствий болезни, реабилитационный потенциал человека с ограничениями жизнедеятельности.

3 уровня последствий болезни для индивидуума - 1 уровень (органный), 2 уровень – организменный, 3 уровень – социальный.

Оценка последствий болезни на органном уровне. Для количественной характеристики последствий болезней 1 уровня (морфофункциональных нарушений) используются различные критерии. В настоящее время получает распространение понятие «функциональный класс» (ФК), который отражает количественное состояние функции в баллах (классах) или процентах.

Оценка повседневной деятельности больного, его основных способностей, т.е. жизнедеятельности – последствий второго уровня, приводящих к социальной недостаточности.

Реабилитационный потенциал (РП). Прогнозирование возможности восстановления функций и жизнедеятельности в будущем вне зависимости от состояния больного в момент его определения.

Клинико-реабилитационные группы.

Тема 4. Ограничение жизнедеятельности и социальная недостаточность, как основа последствий болезни

Ограничение жизнедеятельности и социальная недостаточность, как критерии определения инвалидности у взрослых. Ограничение жизнедеятельности и социальная недостаточность, как критерии определения инвалидности у детей. Ограничение мобильности. Ограничение способности к самообслуживанию. Ограничение способности к ориентации. Коммуникативные ограничения. Ограничение способности контролировать свое поведение. Ограничение способности к обучению / труду.

Тема 5. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)

Цели МКФ, общие подходы (концепция) МКФ, рамки МКФ, единица классификации, представление МКФ, применение МКФ, характеристики МКФ.

Функции организма, структуры организма, нарушения, активность, участие, ограничение активности, ограничение возможности участия, факторы окружающей среды. Формализация характера и уровня социальной недостаточности человека с позиции МКФ.

Тема 6. Ограничения жизнедеятельности пожилых людей в контексте международной классификации функционирования (МКФ).

Ограничения жизнедеятельности людей пожилого возраста. Социальные факторы формирования ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности пожилых лиц. Нарушения структур организма, функций организма, активности и участия пожилых людей в контексте МКФ.

Влияние факторов окружающей среды на формирование социальной недостаточности пожилого человека.

Тема 7. Технология исследования социального статуса клиента и социальный диагноз.

Исследования проблем клиента. Выяснение целей обращения клиента (его жалобы). Сбор социального анамнеза проблем (профессиональный маршрут клиента, образовательный ценз, семейный статус, материальный статус). Исследование социального статуса, постановка социального диагноза, выработка рекомендаций по выходу клиента из создавшейся затруднительной ситуации. Разработка программы действий, направленной на восстановление нормального социального, профессионального, экономического статуса клиента. Организация помощи в реализации программы по выходу из затруднительной жизненной ситуации. Организация контроля за изменениями в судьбе клиента,

оказание вспомогательной адресной помощи по мере возможности и необходимости для предупреждения рецидивов или детерминированных катаклизмов.

Тема 8. Факторная концепция формирования социальной недостаточности личности. Реабилитация людей с ограничениями жизнедеятельности в реальном социально-средовом окружении.

Реабилитация как процесс реинтеграции личности человека с различными ограничениями жизнедеятельности в социальную и профессиональную среду.

Формирование социальной недостаточности человека-личности происходит вследствие комплексного взаимодействия био-социальных и социально-средовых факторов. Онтогенетический фактор, личностный фактор, антропологический фактор – соматотип, тип темперамента, гео-социальный фактор – особенности региона проживания, инфраструктурный фактор, социально-культурный фактор – доступность социально-культурной реализации. Индустриальный фактор – уровень развития и доступности рынка труда в регионе – уровень развития и доступности рынка труда в регионе; социально-экономический фактор – макро и микро экономические возможности региона, нормативно-регуляторный. Био-функциональный фактор – функциональные нарушения структур организма вследствие медицинских причин и возрастного фактора:

Тема 9. Психологические аспекты реабилитации.

Психологические нарушения у людей с ограничениями жизнедеятельности. Фазы подавленного состояния на разных этапах реабилитации (острое реактивное состояние, агрессия, депрессия, признание настоящей ситуации). Основные задачи психологической службы при реализации комплексных программ реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности.

Тема 10. Бригадный метод в реабилитации.

Теоретические основы бригадного метода. Принципы формирования состава бригады. Задачи отдельных служб и специалистов задействованных в бригаде. Роль членов семьи реабилитанта в работе бригады. Преимущества и показатели эффективности бригадного метода.

Тема 11. Универсальный дизайн в стратегии реабилитации личности.

Основные теоретические положения, сущность и бенефициары универсального дизайна. Принципы универсального дизайна. Механизмы обеспечения доступности объектов архитектурного проектирования. Закономерности и

особенности комплексного проектного формирования объектов и элементов архитектурной среды с помощью универсального дизайна и разумного приспособления в компенсации ограничений жизнедеятельности.

Тема 12. Группы самопомощи в технологии социальной реабилитации.

Цели и принципы формирования групп самопомощи в реабилитации лиц с ограничениями жизнедеятельности. Организация групп. Реабилитационное сопровождение и модерация групп самопомощи инвалидов. Функционально - психологический принцип формирования групп самопомощи. Эффективность работы групп самопомощи и наиболее типичные ошибки при их создании.

Тема 13. Международные и Национальные правовые принципы социальной защиты инвалидов.

Всемирная программа действий в отношении инвалидов, стандартные правила ООН создания равных возможностей для инвалидов. Цели и задачи Всемирной программы действий в отношении инвалидов. Основные разделы Всемирной программы действий в отношении инвалидов. История и основные разделы стандартных правил ООН создания равных возможностей для инвалидов. Концепция и основные положения закона РБ «О социальной защите инвалидов в РБ». Функции различных ведомств в реализации Закона. Концепция и основные положения закона РБ «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов в РБ». Функции различных ведомств в реализации Закона. Концепция и основные положения закона РБ «О социальной защите граждан пострадавших от ЧАЭС».

Тема 14. Реабилитационные аспекты освидетельствования во МРЭК. Основы МСЭ.

Ограничение жизнедеятельности и социальная недостаточность, как критерии определения инвалидности у взрослых. Ограничение жизнедеятельности и социальная недостаточность, как критерии определения инвалидности у детей. Критерии определения различных групп инвалидности у взрослых при основной инвалидизирующей патологии. Критерии определения различных степеней утраты здоровья ребенка - инвалида у детей при основной инвалидизирующей патологии. Понятие о сроках инвалидности и тактика их определения при различных заболеваниях. Понятие о причинах инвалидности и критерии их определения. Порядок проведения освидетельствования и переосвидетельствования во МРЭК. Понятие об индивидуальной программе

реабилитации инвалида. Порядок назначения и выдачи инвалидам вспомогательных технических средств.

Тема 15. Общественные организации инвалидов в системе их социальной защиты.

Система организации помощи, основные цели и задачи БелОИ. Система организации помощи, основные цели и задачи БелТИЗ. Система организации помощи, основные цели и задачи БелОГ. Система организации помощи, основные цели и задачи БелАПДИиМИ.

Тема 16. Функциональная модель специалиста по социально-реабилитационной деятельности.

Назначение специалиста. Требования к знаниям и умениям специалиста в социально-реабилитационной деятельности, в медико-социально-профилактической деятельности. Квалификационная характеристика специалиста по социально-реабилитационной деятельности. Должностные обязанности специалиста – реабилитолога.

СПИСОК ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература:

1. Зборовский, Э.И. Социальная работа : введение в специальность: учеб. метод. пособие /Э.И.Зборовский. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2015. – 240с.
2. Вальчук, Э.А. Основы медицинской реабилитологии /Э.А.Вальчук. – Минск : МЕТ, 2010. – 320с.
3. Смычек, В.Б. Основы МКФ /В.Б.Смычек. – Минск : 2015 . – 432с.
4. Правовое регулирование социальной защиты инвалидов в Республике Беларусь /С.М.Сивец [и др.] : под. общ. ред. С.М. Сивца. – Минск : Институт радиологии, 2014. – 348с.
5. Конвенция Организации объединенных наций О правах инвалидов [Электронный ресурс] : Принята резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 6/106 от 13.12. 2006. – Режим доступа :www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml. – Дата доступа : 20.03.2012.
6. Лазовская, Н. А. Универсальный дизайн открытых пространств, зданий и сооружений / Н. А. Лазовская. – Минск : Ковчег, 2016. – 144 с.; ил.
7. Зборовский, К.Э. Медицинская подготовка социального работника: уход за одинокими престарелыми и нетрудоспособными гражданами: учеб пособие /К.Э.Зборовский – Минск : РИПО, 2008. – 186с.
8. Зборовский, К.Э. Группы самопомощи в технологии социальной реабилитации инвалидов: учебно-метод. пособие /К.Э.Зборовский. – Минск : Общ. организ. «Белор. ассоц. социал. работн.», 2008. – 156с.

Дополнительная литература:

1. Конвенция о правах ребенка [Электронный ресурс]. Принята резолюцией 44/25 Генеральной ассамблеи ООН от 22.11.1989 г.– Режим доступа: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml. – Дата доступа: 20.03.2015.
2. Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации [Электронный ресурс] : Принята резолюцией 2106 (XX) Генеральной ассамблеи ООН от 21.12.1965 г. – Режим доступа : http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/raceconv.shtml. – Дата доступа: 20.03.2015.
3. Гиткина, Л.С., Зборовский, Э.И. Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации: Метод. рекомендации. – Минск, 1995.
4. Пузин, С.Н., Гришина, Л.П., Кардаков, Н.Л. Инвалидность в Российской Федерации. – М.: – ОАО Издательство «Медицина», 2006. – 224с.

5. Международный пакт о гражданских и политических правах [Электронный ресурс] : Принят резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной ассамблеи ООН 16.12.1966г. – Режим доступа : http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactpol.shtml. – Дата доступа: 20.03.2015.
6. О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов: Закон Республики Беларусь //Звязда. – 1994. – 25 ліст. – С. 2.
7. О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь: Закон Респ. Беларусь, 11 лістапада 1991 г. // Ведамасці Вярхоўнага Савета Респ. Беларусь. – 1991. – № 34.
8. Инвалидность и общество. Матер. Междун. науч.-практ. конф. посвящ. 20-летию ОО «БелОИ», Минск, 4 июля 2008г. /редкол.: Э.И. Зборовский [и др.] Минск : ОО «БелОИ», 2009. – 292с.
9. Гиткина, Л.С. Методические основы концепции медицинской реабилитации. /Л.С. Гиткина, В.В. Колбанов, Э.И. Зборовский, В.Б. Смычок [и др.] // Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов : материалы межд. науч. - практ. Конф, Минск, 29-31 окт. 1996г. /Научн. ред. проф. Э.И. Зборовский. – Минск : Белор. Издат. Товарищество “Хата”, 1998. – 352с.
10. Специальные здания для физически ослабленных лиц. Общие положения по проектированию = Спецыяльныя будынкi для фізічна аслабленых асоб. Асноўныя палажэннi па праектаванню : ТКП 45-3.02-187-2010. – Введ. 01.11.10. – Минск : Минстройархитектуры Респ. Беларусь, 2010. – 56 с.
11. Среда обитания для физически ослабленных лиц. Основные положения = Асяроддзе пражывання для фізічна аслабленых асоб. Асноўныя палажэннi : СТБ 2030-2010. – Введ. 01.08.10. – Минск : Минстройархитектуры Респ. Беларусь, 2010. – 32 с.
12. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. [Электронный ресурс]. Приняты резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 48/96 от 20.12.1993. – Режим доступа: www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disabled.shtml. – Дата доступа: 20.03.2012.
13. Рекомендации Международной научн. практ. конферен. Социальная работа: теория, подготовка кадров, практика Г. Минск, 2-3 ноября 2006г. /Социал. работа: теория, подготовка кадров, практ.- матер. Междун. науч. практ. конф., Г. Минск, 2-3 ноября 2006г. /редкол.: Э.И. Зборовский [и др.]. – Минск : БГУ, 2016. – 248с.
14. Социальная защита и здоровье личности в контексте реализации прав человека: наука, образование, практика: Матер. междун. научн. практ.

крнф. Республики Беларусь, Минск, 26-27 ноября 2015г. /редкол.:Э.И.Зборовский [и др.]. – Минск : БГУ, 2016. – 248с.

15. Резолюция Междунар. Научно-практической конференции «Социальная защита и здоровье личности в контексте реализации прав человека: наука, образование, практика» : Матер. междуна. научн. - практ. конф., Минск, 26-27 ноября 2015г. /редкол.:Э.И.Зборовский [и др.]. –Минск : БГУ, 2016. – 248с.

16. Зборовский, Э.И. Беда не вина //Неман. – 1989. –№4. – С.137–144.

17. Зборовский, Э.И. Основной принцип социальной защиты человека //Ахова працы. – 2001 – №11. – С.1, 7– 9.

18. Зборовский, К.Э. Бригадный метод как форма работы реабилитационного отделения. /Реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в РБ: тезисы доклада выездного пленума Респ. общества кардиол., посвящен. 25-летию кард.службы Витебской обл. – Витебск, 1997г. – С. .50 – 51.

19. Зборовский, К.Э. Прогнозирование восстан. функций у больных, перенесших мозг. инсульт методом сомато-сенсорных вызванных потенциалов. /Реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в РБ: тезисы доклада выездного пленума Респ. общества кардиол., посвящен. 25-летию кард. службы Витебской обл. – Витебск, 1997г. – С.52.