

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ  
ПОЛИТИКИ УКРАИНЫ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧЕРЕЖДЕНИЕ  
«ЛУГАНСКИЙ ИНСТИТУТ ТРУДА И  
СОЦИАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ»

*Т.В. Шаповалова, Н.А. Пересадин,  
В.С. Воронов*

# **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОСО- БЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ**

Методические информационные материалы для са-  
моподготовки студентов по дисциплине

«СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РЕБИАЛИТАЦИЯ ИНВАЛИ-  
ДОВ»

Луганск 2007

УДК 364 – 056.24  
ББК 65.272  
ISBN 966-8151-05-04

Авторы:

Шаповалова Т.В. – кандидат экономических наук, доцент, действительный член Академии Экономических наук Украины, ректор «Луганского института труда и социальных технологий»;

Пересадин Н.А. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой социальной работы;

Воронов В.С. – кандидат экономических наук, профессор, доцент кафедры социальной работы.

Рецензенты:

Доктор медицинских наук, профессор В.М. Фролов, (Луганский государственный медицинский университет);

Доктор психологических наук, профессор В.В. Третьяченко (Восточно-Украинский национальный университет имени В.И. Даля);

Доктор педагогических наук, профессор Е.Н. Хрыков (Луганский национальный педагогический университет имени Т. Шевченко).

## Вводная часть

*«Природа в человеке  
часто бывает скрыта,  
иногда – подавлена, но  
редко истреблена.  
Счастливы те, чья  
природа находится в  
согласии с их занятиями».*

*Френсис Бэкон*

На сегодняшний день стало хорошо известно, что при переходе от постиндустриального этапа общественного развития к обществу знаний (некоторые называют нарождающуюся на наших глазах формацию также «информационной эпохой») интенсивность научно-технического прогресса, усложняющиеся взаимодействия людей и техники, Человека и Природы, членов социума друг с другом, - становятся поистине драматическим испытанием для биологических, адаптационно-физиологических, социогенных и других сложных механизмов приспособления и «притирания» индивида к необычайно усложняющимся, интегрирующимся и дифференцирующимся аспектам актуального Бытия.

Нарастающее «обилие» патологических состояний и болезненных реакций человеческого организма приводит к преждевременному его изнашиванию, одряхлению, инвалидизации и ранней летальности большого количества людей в разных странах. Хроническая усталость и психо-эмоциональное «выгорание», гипокинезия, депрессии и астенизация на фоне большого числа аутоагрессивных (вредных для организма) привычек, гипокинезии и гиподинамии делают жизнь, как отдельного индивида, так и всего человеческого сообщества далеко не радужной и зачастую лишенной творческих радостей, озарений и взлетов духа.

Необычайно широкое распространение всевозможных и разнообразных заболеваний (включая новейшие, обусловленные экологическими и техногенными катастрофами), увеличение удельного веса психо-эмоциональных, травматических, иммунных, метаболических и иных нарушений, дисбалансов и дисфункций в большой степени детерминировано нездоровым (патогенным) стилем жизнедеятельности современных людей, а именно – отказом от тесного общения с живой природой, непрекращающимися вспышками межличностных конфликтов, насилия, терроризма и в целом

нездоровым образом жизни сотен миллионов людей, начиная с младенческих и заканчивая пожилыми и старческими возрастными группами.

Увеличение из года в год количества инвалидов в Украине и других странах СНГ привело к существенному изменению методических подходов к установлению самой инвалидности, формированию новых общих и частных принципов и положений медико-социальной экспертизы и комплексной реабилитации лиц, имеющих особые потребности (инвалидов).

По современным представлениям *реабилитация инвалидов* – это система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, ориентированных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойкими расстройствами жизненных функций органов и систем человеческого организма.

Генеральной целью реабилитации инвалидов является восстановление социального статуса этих лиц, достижение ими материальной независимости и их социальная адаптация.

Еще на заре XX века известный американский автор, написавший десятки книг по психологии успеха, Джеймс Аллен писал: «Из всех прекрасных истин относительно души, которые сохранились и были открыты в нашу эпоху, ни одна не является более радостной или плодотворной и сулящей больше божественных обещаний, чем эта – человек сам является хозяином своих мыслей, создателем своего характера, творцом и конструктором своего состояния, окружающей среды и судьбы». Представляется, что эта жизнеутверждающая мысль имеет самое непосредственное отношение к реабилитации лиц с особыми потребностями (инвалидов).

Если рассматривать реабилитацию инвалидов в структурированном плане, то она предполагает выделение таких отдельных направлений и видов реабилитации, как:

- медицинская реабилитация, включающая восстановительное лечение (терапию), а также реконструктивно-операционные хирургические вмешательства, протезирование и ортезирование;
- профессиональная реабилитация, состоящая из профессиональной *ориентации*, профессионального *образования*,

профессионально-производственной *адаптации* и трудового устройства;

- социальная реабилитация, включающая социально-средовую *ориентацию* и социально-бытовую *адаптацию*.

Вполне очевидно то, что комплексная реабилитация является кардинальной основой успешной интеграции инвалидов в общество. Интеграцию же необходимо рассматривать как достижение оптимального вида жизнедеятельности инвалида и практическую реализацию всех потенциальных способностей и возможностей личности, включая его креативный потенциал и жажду инноваций.

Полнокровное *содействие интеграции* обеспечивается продуманной государственной политикой и эффективной системой мер социальной защиты, сориентированных таким образом, чтобы создать инвалидам соответствующие условия для их самообеспечения и равных с другими гражданами возможностей участия в общественной жизнедеятельности и развитии социума наряду с совершенствованием их личности.

Осознанный выбор путей и методов действенной реабилитации инвалидов, а также их эффективной интеграции должен оптимально соответствовать *потребностям* личности (А. Маслоу), реальным возможностям социума и конкретно-историческим условиям, в которых эти виды деятельности реально осуществляются на практике.

Для лиц с особыми потребностями (инвалидов) наибольшее прикладное значение, как показывает опыт, имеют:

- квалифицированная медицинская помощь;
- педагогические действия (воспитание);
- обучение (инклюзивное и другие виды образования);
- профессиональное консультирование и получение профессии в соответствии с личными возможностями;
- трудовое устройство и профессиональный маршрут, переподготовка на протяжении всей жизни;
- медико-социальный уход и патронаж;
- социально-бытовое обслуживание на дому, а также в специализированных центрах и лечебно-стационарных учреждениях;
- психологическая, нейропсихиатрическая, наркологическая, реабилитологическая поддержка.

В практическом ключе реализация обозначенных подходов к реабилитации инвалидов должна осуществляться через систему нормативно-юридических законоположений, регламентирующих предоставление этим категориям лиц с особыми потребностями:

- финансового обеспечения (пенсии, пособия, компенсации, субсидии и другие денежные выплаты);
- естественно-натуральных видов обеспечения (продукты питания, одежда, предметы первой необходимости)
- социальных услуг, направленных на удовлетворение индивидуальных потребностей конкретного человека, включая медико-социальные, социально-педагогические, социально-психологические, социально-бытовые, социально-экономические и социально-трудовые услуги;
- льготы, ориентированные на удовлетворение индивидуальных потребностей инвалидов, в том числе коммунальных, налоговых, транспортных и иных потребностей.

Вполне понятно, что в соответствии с индивидуальным подходом к реабилитанту комплексная реабилитация должна, активно проводится через *индивидуальную программу реабилитации* (ИПР) инвалида, при разработке которой необходимо осуществлять интегрально-конкретную оценку разнообразнейших медицинских, социальных и экономико-правовых аспектов жизнедеятельности инвалида.

Индивидуальная программа реабилитации требует (помимо всего прочего) определенных *нормами права* действий, алгоритм которых можно представить таким образом:

I Установление юридического факта, детерминирующего основания для последующих действий по отношению к реабилитанту, а именно оценка настоящей реабилитационной ситуации на соответствие легализованному определению инвалида, включая:

- а) установление факта самой инвалидности;
- б) установление степени тяжести и группы инвалидности;
- с) установление причины инвалидности.

В соответствии с данным положением уполномоченные службы должны будут принимать соответствующие решения с оформлением необходимой документации, удостоверяющей установленный юридический факт инвалидности.

II Определение сферы реализации соответствующих правовых действий, в том числе:

А. установление юридического (правового) статуса субъекта в системе социально-реабилитационных мероприятий, а именно:

- в соответствии с группой инвалидности;
- с особенностями социально-правового, социально-бытового, социально-экономического и иных значимых для инвалида положений, а также характеристики его места жительства (смотри приложение).

В. определение вида и объема социально-реабилитационных мероприятий по отношению к конкретному инвалиду;

С. конкретизация исполнителей реабилитационных и социальных мероприятий в соответствующих рамках программ.

Вполне очевидно, что реализация на практике тех подходов, которые изложены нами, жестко регламентирует технологии решения проблем индивида, получившего *статус* инвалида.

С другой стороны, обеспечение выполнения разработанных в отношении конкретного инвалида программ дает возможность оптимально-индивидуализированного подбора наилучшего варианта индивидуальной программы реабилитации (ИПР) на основе экспертного прогнозирования и мониторинга.

Такие глубоко взвешенные и ясно осознанные подходы позволяют уполномоченным по разработке ИПР специалистам служб медико-социальной экспертизы и реабилитации действовать синхронно и адекватно в отношении постоянно изменяющихся экономических, социальных и правовых условий реализации принятых решений.

Уместно здесь напомнить положение, высказанное крупнейшим мыслителем, духовным лидером Франкфуртской социологической школы Эрихом Фроммом в его труде «Революция надежды»: «В поисках научной истины человек нечаянно добыл знания, которые сумел использовать для господства над природой. Успех был огромным. Но односторонне сосредоточившись на технике и потреблении материальных благ, человек утратил контакт с самим собой, с жизнью. Расставшись с ... верой и связанными с ней гуманистическими ценностями, он сконцентрировался на ценностях технических и материальных и лишился способности испытывать

глубокие эмоциональные переживания, радость и сопровождающую ее грусть.

По отношению к инвалидам как определенной категории населения и одновременно специфической социальной группе людей как на общегосударственном, так и на региональном, городском, районном и других уровнях разрабатываются и реализуются целевые социальные программы социальной поддержки лиц с особыми потребностями. В рамках целевых социальных программ предусматриваются специальные подпрограммы медицинской, профессиональной, бытовой, спортивно-оздоровительной и физической реабилитации. Но их следует, как советует Фромм, гуманизировать.

Как известно, любая сфера деятельности человеческой личности в современном «обществе знаний» теснейшим образом «завязана» на науку (фундаментальную и прикладную), доступ к сияющим вершинам и глубоководным течениям которой возможен лишь через эффективно действующую систему образования и самообразования.

Активно экстраполируя и достаточно быстро используя передовые достижения, данные научных открытий и инновационных технологий, современная реабилитационная отрасль развивается столь быстро, что даже преподаватели высшей школы (не говоря уже о студентах) не успевают полноценно осмыслить все то, что появляется на том или ином конце света, в той или иной стране, в той или иной фирме и компании.

У такого пытливого исследователя (преподавателя, специалиста или обучающегося) буквально опускаются руки перед великим многообразием информационных источников, которое образует целые Монбланы книг, журналов, методических разработок, данных из Всемирной сети INTERNET и т.д.

Совершенно ясно, что для того, чтобы не оказаться в «хвосте» прогресса («Non progred»; «est regredi» - «Кто не идет вперед, тот идет назад» - в справедливости данного афоризма убеждается на протяжении жизни каждый из нас неоднократно!), следует пользоваться консультативной помощью мудрых наставников и профессионалов своего дела.

Авторский коллектив настоящего пособия состоит из профессиональных экономистов и реабилитологов, не понаслышке знакомых с эффективными технологиями интеграции, ресоциали-



зации и реабилитации лиц, имеющих особые потребности (инвалидов).

В предлагаемой вниманию вдумчивого читателя книге содержится необходимый объем информации, который подвергался тщательной селекции со стороны авторского коллектива. Текстовый материал настоящего пособия конструировался с учетом модульно-рейтинговой системы оценки получаемых обучающимися знаний и состояния их профессиональной компетентности и креативности, исходя из требований Болонского процесса, к которому Украина присоединилась в мае 2005 года.

В текстовых материалах содержатся и модульные программы, и полные наборы учебных текстов, пригодных для освоения будущими социальными работниками. В конце книги помещены наборы тестовых заданий для самопроверки усвоенной студентами информации и приложения, помогающие активизировать интеллектуальную деятельность обучающихся.

Каждая из частей пособия представляет собою вполне автономную и достаточно цельную, взаимосвязанную со всеми остальными, разработку.

В свою очередь любая модульная разработка (модульная программа) имеет и индивидуальные, неповторимые, оригинальные отличия, что, по понятным причинам, обусловлено тематикой конкретного раздела нашей книги.

В отдельных разделах модульных разработок и в специальном приложении, опубликованном в конце настоящего пособия, нами были применены элементы технологии нейролингвистического программирования (НЛП) – поучительные примеры из документальной и художественной литературы, кино – и телефильмов, из непосредственной практики профессиональной реабилитационной работы в отношении инвалидов.

Отдельный раздел посвящен реабилитологической афоризмотеке и библиореабилитации, существенно стимулирующих процесс усвоения информации.

Элементы НЛП и прицельно – точная афористика побуждают читателя к глубоким самостоятельным размышлениям и признанию того положения, что в деятельности по реабилитации инвалидов нет единых жестких рецептов, которые оказывали бы эффективную помощь «раз и на всегда».

Будущим социальным работникам необходимо четко усвоить эту истину и согласовывать собственную природу (личные задатки, способности, умения, навыки, таланты) с будущей профессиональной деятельностью, совершенствоваться в которой им придется на протяжении всей их жизни.

Все деловые замечания и креативные предложения, направленные на улучшения качества настоящей книги при ее переиздании (а оно, переиздание, вне всякого сомнения, потребуется) следует направлять на кафедру социальной работы Луганского Института труда и социальных технологий (91055, г. Луганск, ул. Октябрьская, 4) профессору Пересадину Николаю Александровичу.

## **Общие положения, касающиеся реабилитации взрослых и детей, имеющих потребности (инвалидов).**

*«Я научился верить в способности человека – даже когда прогнозы кажутся совершенно безнадежными. Жизненная сила – самая загадочная сила на Земле. Уильям Джеймс утверждал, что люди привыкли ограничивать себя пределами, которые сами себе ставят. Возможно, эти пределы расширятся, когда мы глубже познаем резервы человеческой психики».*

«Анатомия болезни».  
Норманн Казинс

В самом общем виде под *реабилитацией инвалидов* принято понимать процесс восстановления здоровья, а также утраченных способностей инвалида, его анатомо-физиологических возможностей, трудо – и работоспособности человека, его креативности, нарушенных вследствие заболеваний, травм и (или) иных неблаго-

приятных физических, химических, биологических, производственных, социальных и иных факторов.

*Ключевым направлением* реабилитации инвалидов является полноценное восстановление их потенциала здоровья и достойного качества жизнедеятельности, а также трудоспособности (при возможности), креативности и внутренней мотивации к преодолению всех трудностей, бед и тягот, обусловленных нездоровьем (инвалидностью) данного человека.

## ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ

### Актуальность проблемы

Во всем мире, в том числе и в Украине, детская инвалидность является острой общественной проблемой. Это обусловлено следующими позициями (см.):

1. Согласно ряду информационных сообщений последнего времени (Д.И. Зелинская, Л.С. Балева) в некоторых странах СНГ от 1,5 до 2% детского населения имеют статус ребенка – инвалида.

2. Во всем мире по данным ВОЗ к началу III – го тысячелетия было официально зарегистрировано более 175 млн. (!) детей – инвалидов.

3. Инвалидизирующие заболевания детей, профилактика которых все еще не может считаться достаточно эффективной, зачастую приводят к стойким, практически пожизненным, ограничениям жизнедеятельности людей. Количество этих инвалидизирующих патологических состояний и заболеваний из года в год во многих странах увеличивается.

4. В последние десятилетия, особенно, начиная с 90 – годов XX – го века, согласно официальным статистическим данным, происходит постепенное повышение заболеваемости по всем классам болезней; современная патология при этом отличается высокой степенью *общесистемных* поражений и дисфункций; наблюдается также тенденция к росту врожденных пороков и генетически обусловленных заболеваний.

5. Исследователи отмечают прогрессирующий рост таких хронических форм патологии, которые обуславливают развитие тяжелых последствий болезней, приводящих в свою очередь к социальной дезадаптации.

Все перечисленные выше объективные обстоятельства определяют постоянное нарастание инвалидности среди детей в странах СНГ, в том числе в Украине.

Установлено, что главными причинами инвалидности у детей являются:

- врожденные и наследственные заболевания;
- хромосомные болезни;
- болезни внутриутробного и перинатального периода развития ребенка;
- травматизм;
- приобретенная патология;

Отмечается (Зелинская Д.И., Вельтищев Ю.Е.), что у многих детей высокий риск инвалидизации существует задолго до их появления на свет, т.е. на этапе их внутриутробного развития.

Накапливающийся «груз» и нарастающий «прессинг» детской инвалидности требует не только дополнительных денежных расходов в системе здравоохранения, но и значительного социально-экономического ресурса для обеспечения различных потребностей детей с ограниченными возможностями.

Большое значение в привлечении внимания общественности к проблемам детской инвалидности имела Конвенция ООН о правах ребенка, ратифицированная большинством стран мира. В Конвенции признавались особые нужды неполноценных детей в отношении их специализированного медицинского обслуживания, реабилитации (восстановления нарушенного здоровья), необходимость оказания всяческой поддержки детям – инвалидам.

Как известно, тщательно продуманные и всесторонне разработанные экспертами комплексные реабилитационные мероприятия наиболее эффективны именно в детском возрасте.

В бывшем СССР инвалидами принято было считать лиц, которые в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или интеллектуальных недостатков нуждались в социальной помощи и защите, независимо от их возраста.

Существовал закон «Об основных началах социальной защищенности инвалидов», принятый в 1990 году, однако с распадом Советского Союза он утратил свою силу и не был Претворен в жизнь.

### **Терминология.**

В большинстве развитых стран широко используемый в странах СНГ термин «инвалиды» уже давно заменен на «лица с ограниченными возможностями», что более гуманно по отношению к больному человеку, поскольку дефиниция «лица с ограниченными возможностями» подразумевают определенный конструктивизм, возможность реабилитации, социальной адаптации и более уверенной интеграции этих людей в общество.

Причины инвалидности, т.е. появления лиц с ограниченными возможностями, имеют существенное различие в мире детей и в мере взрослых людей.

Среди причин инвалидности взрослого населения лидирующее положение уверенно занимают болезни системы органов кровообращения (на их долю приходится более 50% всех случаев инвалидности).

На втором месте – онкологическая патология (злокачественные новообразования), на третьем – заболевания психоэмоциональной сферы и органов чувств, на четвертом – травмы и их последствия, далее следуют заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также болезни органов дыхания и иные классы патологии.

На основании серьезных исследований таких авторов, как Сарычева С.Я., Веселов Н.Г. и другие у детей до шестнадцатилетнего возраста на первом месте среди причин инвалидности находятся психические расстройства, (эти данные подтверждаются и существующим положением дел в Луганской области, где патология психической сферы составляет ведущую причину детской инвалидизации; подобное утверждение было четко артикулировано руководителем Центра ранней медико-социальной реабилитации детей «Возрождение» Н.В. Ващенко во время нашего посещения со студентами этого Центра в июне 2007 г.).

На втором месте по причинам детской инвалидизации находятся заболевания нервной системы и органов чувств, включая детский церебральный паралич.

Далее идут врожденные аномалии развития, а затем – последствия различных травм и отравлений.

Надо особо отметить, что среди так называемой «Взрослой» инвалидности имеется особая категория инвалидности с детства, которая в обывательской среде нередко отождествляется с детской инвалидностью. Это различные по возрастному критерию группы

лиц с особыми потребностями – инвалидность с детства устанавливается по достижении возраста 16 лет, но, как следует из самого названия, уходит своими корнями в период детского возраста.

Проведенные экспертным путем исследования инвалидности с детства позволяют в косвенном плане отслеживать процессы, происходящие в сфере формирования детской инвалидности. Основными движущими механизмами инвалидности с детства (т.е. у лиц старше 16 – летнего возраста) служат:

- а) психические нарушения;
- б) заболевания нервной системы и органов чувств;
- с) инфекционные и паразитарные болезни;
- д) травматические повреждения и др. интоксикации.

Похожая структура инвалидности с детства и детской инвалидности легко объяснима в связи с тем, что пособия назначаются детям с тяжелой формой болезни и приравниваются к первой группе инвалидности взрослых.

Следует подчеркнуть с особой силой, что предупреждение инвалидности у детей не может ни в коей мере рассматриваться автономно и изолированно.

Профилактика детской инвалидности являются чрезвычайно важной составляющей в общей системе предупреждения заболеваний детского возраста, и слипается из нескольких уровней.

I.Первый уровень касается системы мероприятий по охране здоровья практически здоровых лиц (это пренатальная диагностика и консультирование, подготовка к системной жизни, планирование семьи и т.д.). В этом плане первичная профилактика включает распространение современных санитарно-гигиенических знаний, информации о пагубном влиянии спиртных напитков и табакокурения на организм матери и плода, контроль за резус-фактором и материнскими резус-факторами, предупреждение травм черепа у лиц детского возраста, выявление тех или иных интоксикаций (свинцовые, ртутные), медико-генетическое консультирование, получение прививок против краснухи и кори.

Вторичная же профилактика представляет собою программы скрининга (скринирующие программы) на установление патологии щитовидной железы, скрининг на высокие уровни альфапро-теина у детей и т.д.

II. Второй уровень в целом обеспечивает точную раннюю диагностику той или иной патологии и профилактику процессов

рецидивирования заболеваний, предупреждение развития прогрессирования патологического процесса, предупреждение развития осложнений и остаточных явлений.

III. Третий уровень касается, как пишет известный российский специалист – педиатр Ю.Е. Вельтищев, - «предупреждения непосредственно инвалидизации ребенка».

Важное практическое значение имеет вопрос о реабилитационных мероприятиях в отношении детей, имеющих особые потребности.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), реабилитация – это комбинированное и координированное использование и применение медицинских, социальных, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки или переподготовки (переквалификации) индивидуума (в данном случае ребенка) на оптимум его работы – и (в будущем) трудоспособности.

### **ВИДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ.**

#### **.Модульная программа 1**

#### **Общая характеристика реабилитации детей и взрослых.**

*Базисными ценностями личности  
признаются ее свободное творческое  
развитие на основании педагогики  
жизнетворчества, а также  
преодоление, компенсация и  
восстановление телесного, духовного и  
нравственного здоровья, которые  
были нарушены  
в силу тех или иных  
обстоятельств.*

*Профессор Е.Н. Хрыков  
магистр Т.Г. Овчаренко, 2003 г.*

## 1.1. Реабилитация в самом общем виде.

Под *реабилитацией* в самом общем виде мы понимаем процесс восстановления здоровья, структурно-функциональных возможностей (анатомо-физиологического статуса организма), трудоспособности и креативности человека, нарушенных вследствие заболеваний, травм и (или) других неблагоприятных физических, химических, биологических, производственных, социальных факторов.

Конечно, данное нами определение реабилитации является несколько громоздким, но оно отражает универсальный характер данного термина, к которому мы уже обращались и не раз на страницах книги.

В рассматриваемом нами контексте *основным направлением реабилитации является полноценное восстановление здоровья и трудоспособности* человека посредством комплексного, взаимодополняющего, этапного применения различных средств, ориентированных на максимальное возвращение к норме нарушенных структурно-функциональных способностей организма, а в случае невозможности осуществления этой благородной цели - развитие заместительных и адаптационных возможностей (репарация, регенерация, адаптация).

*Немаловажным* аспектом реабилитации является и *психологическая* сторона

### 1. Психологическая реабилитация.

*Психологическая* реабилитация ориентирована на коррекцию психо-эмоционального статуса реабилитанта, а также на формирование осознанного, понимающе-сочувственного отношения пациента к процессу восстановления его здоровья, медицинским рекомендациям и выполнению реабилитационных пособий, мероприятий и программ.

Больному или инвалиду следует помочь создать предпосылки и условия для психологической адаптации к изменившейся вследствие заболевания или травмы жизненной ситуации.

На современном этапе развития психологическая реабилитация из разрозненных методик и способов вырастает в стройную систему научно обоснованных знаний и методов, реализация которых на практике уже давно часто осуществляется в различных реабилитационных учреждениях стационарного, поликлинического и санаторно-курортного типа.

### 1. Профессиональный аспект реабилитации.



*Профессиональный* аспект реабилитации затрагивает вопросы рационального и адекватного трудоустройства больных и инвалидов, а также их профессионального обучения (переобучения, смены профессии), а также определения способностей получивших травму или болезнь к тому или другому виду новой трудовой или творческой деятельности.

Пример. В документальной повести журналистки Валерии Гордеевой «Доктор Красов» рассказывается о судьбе молодого врача Красова, получившего вследствие травмы (катался на горных лыжах) повреждение позвоночного столба и травму спинного мозга. Мужественный врач ценой многомесячных изнурительных тренировок по специально разработанной им системе сумел вернуться к любимой профессии и спас жизнь многим сотням пациентов.

Пример. Луганчанин Владислав Титов, работая в шахте, получил повреждения обеих рук, которые затем были ампутированы. Переживания и сила воли пробудили в молодом шахтере желание писать ... Созданная Титовым автобиографическая повесть «Всем смертям назло» принесла ему мировую славу.

### **1. Социально-экономическая реабилитация**

Этот аспект реабилитации заключается в том, чтобы вернуть пострадавшему человеку бывшую у него до болезни или травмы экономическую стабильность и независимость, а также социальную полноценность.

В современных условиях Украины требуется еще очень многое сделать для того, чтобы в обществе возникли предпосылки для внедрения в жизнь принципа: «Богатый платит за бедных, а здоровый платит за больных и инвалидов». К сожалению, у нас встречается все еще много людей, которые не владеют толерантным (терпимым) отношением к инвалидам, считая их обузой общества.

Студентам следует воспитывать в себе подобную толерантность.

Социально-экономическую реабилитацию осуществляют органы здравоохранения в сотрудничестве с органами социального обеспечения.

*Реинтеграция и ресоциализация* человека в нормальную трудовую и общественную жизнь является одной из самых

важных задач реабилитационной науки и практики во всем мире.

Исторические предпосылки возникновения и развития реабилитационного дела.

Сегодня реабилитация пациентов при сложных заболеваниях и травмах является мультидисциплинарным комплексом мероприятий, направленных на повышение степени их социальной адаптации и качества жизни, а начиналась она впервые как система.

Реабилитация пациентов от позднелатинского слова *rehabilitation* -способ восстановления нарушенного болезнью или травмой состояния организма, его структурных элементов, функций клеток, органов, систем - и известна с очень древних времен.

Древнеегипетские медики для более быстрого восстановления своих больных использовали некоторые приемы трудовой терапии. Врачи древней Греции и Рима также применяли в лечебных комплексах наряду целебными кореньями и травами, хирургическими вмешательствами еще и физическую активацию пациентов, и трудовую терапию в более полном объеме.

В этих же странах широко был распространен массаж как гигиеническое и лечебное средство, а также метод для повышения работоспособности людей.

Патриарху медицины Гиппократу принадлежит такой афоризм на этот счет: «Врачеватель должен быть опытен во многих вещах и, между прочим, в массаже». Надо отметить, что реабилитация практически всегда была нужна там, где наблюдались случаи массовых заболеваний и поражений (эпидемии инфекционных заболеваний, войны, природные катаклизмы и антропогенные катастрофы, которых и в древности случалось немало).

С 18-го столетия реабилитация в Европе все более сочетается с элементами психологической поддержки пострадавших. Испанские доктора в то время заметили, что пациенты больниц, которые в процессе своего лечения по мере сил ухаживали за другими больными, выздоравливали быстрее, чем те, кто был в своем лечении пассивен и редко общался с соседями по палате и другими пациентами.

В XIX-ом веке центр научной и прикладной реабилитации перемещается в США. Сначала XX века там растет чис-

ло учреждений, которые применяют различные виды физической активации пациентов для' решения различных психологических проблем.

В 1917 г. в США была впервые организована всеамериканская Ассоциация по восстановительной терапии (реабилитации).

Особым стимулом и своеобразным «катализатором» для развития разнообразных видов реабилитации послужила Первая мировая война. Здесь уместно вспомнить и о ценнейшем опыте Комитета Красного Креста, много сделавшего для того, чтобы максимально помочь страдающим и значительно уменьшить человеческие жертвы и инвалидизацию воинов и мирного населения.

Десятки и сотни тысяч искалеченных, из раненных и травмированных солдат и офицеров получили восстановительное лечение и реконструктивную (воссоздающую) помощь. Все это благоприятствовало или, лучше сказать, способствовало:

1. росту числа специалистов-реабилитологов,
2. расширению сети подготовки этих лиц (как в области физической, так и психологической реабилитации).

Вторая мировая война также значительно активизировала дальнейшее развитие медицинской, психологической, социальной, в том числе и профессиональной реабилитации.

Так, в США в 1945 г. уже было 26 специальных учебных заведений для подготовки реабилитологов. А в 1992 г. Американская Ассоциация восстановительного лечения насчитывала в своих рядах более 45 тыс. человек. В настоящее время в этой стране в Ассоциации уже более 50 тыс. человек.

### **Стимулы к развитию реабилитации (в прошлом и теперь).**

Вообще войны, стихийные бедствия, природные катаклизмы и техногенные катастрофы (а в последние годы — разгул терроризма) служили и служат в обществах с устойчивым развитием стимулами к развитию реабилитационного дела. Это нами уже отмечено выше.

В одной из статей последнего времени, опубликованных в журнале «Вопросы философии», доктор исторических наук О.В. Будницкий сравнивает современный терроризм с раковыми клетками насилия, притаившимися в общественном организ-

ме, способных к очень быстрому разрастанию при благоприятных обстоятельствах. «Государственный терроризм, унесший с 1917 года миллионы жизней, имеет, - пишет автор, - генетическую связь с террором дореволюционным...». Добавим, что жизни не только уносились, но и калечились, приводя к появлению физических и нравственных уродов.

Но вернемся к Первой мировой войне. Газета «Русский инвалид» активно освещала на своих страницах различные новости, в том числе и о том, что активно развивались такие научно-практические дисциплины, как ортопедия и травматология, токсикология, физиотерапия, трудовое лечение, лечебная физическая культура.

Постепенно на смену первоначальному термину «восстановительное лечение», который широко использовали медицинские работники, пришла дефиниция «реабилитация», отражавшая не только исключительно медицинские, но и психологические, социальные и иные проблемы и вопросы восстановления человека.

В современном понимании концепция реабилитации возникла уже во времена Второй мировой войны в США и Англии. В энциклопедических изданиях говорится о том, что в научную литературу и в средствах массовой информации (коммуникации) термин «реабилитация» был широко внедрён с 1946 года.

### **Основополагающие представления о восстановлении здоровья и трудоспособности.**

Нас с вами далее будет особо интересовать прежде всего восстановление здоровья и работоспособности людей. Строго говоря, реабилитация именно в оздоравливающем значении этого понятия представляет собой комплекс медицинских, педагогических, профессиональных и юридических мероприятий, направленных на максимально возможное восстановление здоровья, трудоспособности и тренированности лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями и способностями из-за перенесенных заболеваний и травм (повреждений).

Реабилитацию, как правило, осуществляют при патологических расстройствах структуры и функции внутренних органов, при врожденных и приобретенных болезнях опорно-

двигательного аппарата, последствиях всевозможных травм (переломы, ушибы и др.), психических заболеваниях и т.д.

Особое значение имеет реабилитация у детей с умственной отсталостью, а также с различными врождёнными и приобретёнными дефектами слуха, зрения, речи. Реабилитация в таких случаях включает не только лечебные мероприятия, но и меры по развитию у пострадавшего навыков самообслуживания.

Резюме: Итак, восстановление - главный смысл и цель реабилитации.

### **Реабилитация как методология восстановления нарушенного.**

В современном профессиональном и любительском спорте, а также при использовании новейших оздоравливающих-тренирующих методик (атлетизм, шейпинг, аэробика и мн. др.) да и вообще при любой физической и интеллектуальной работе проблема восстановления чрезвычайно важна.

*По каким причинам?*

1. Прежде всего, потому, что нельзя достичь значительных и выдающихся результатов в спорте и физической культуре только за счет нарастания объёма и интенсивности нагрузок.

2. Часто силовые и прочие нагрузки у не достаточно квалифицированных и руководителей-менеджеров (если это касается трудовых коллективов) тренеров проводятся на фоне хронического утомления, что отнимает силы, формирует синдром хронической усталости и психо-эмоционального выгорания (особенно у социальных работников).

3. Физические и интеллектуальные перегрузки способствуют перенапряжению опорно-двигательного аппарата (О.Д. А.) и могут приводить к болезням, травмам и даже к инвалидности.

*О чем говорят эти тенденции?*

О необходимости четкой научной организации тренировочного и трудового процесса и о соответствии нагрузок, возрастным и индивидуальным особенностям человека. Если вы будете много раз поднимать вверх утюг, то не скоро «накачаете» мышцы. А если попытаетесь ни с то ни с сего без тренировок сдвинуть с места трактор, то можете очень быстро потерять здоровье. Смысл - в золотой середине, «золотом сечении» нагрузок.

Но вернёмся к науке реабилитологии. Это дисциплина, исследующая вопросы сохранения и восстановления здоровья конкретного человека, общества и среды жизнеобеспечения. Единицей наблюдения в реабилитологии является индивид в среде его обитания.

### **Составные части реабилитологии.**

Выделяют 3 составные части реабилитологии:

1. Наука о психосоматофизиологическом здоровье человека, средствах и способах, а также методах восстановления здоровья (психо-душевное состояние; сомато-телесное, структура, строение; физиология-функции, работа);

2. Наука об экологической реабилитации человека и среды его обитания;

3. Наука о возрождении духовно-нравственных ценностей, об адаптивных методах формирования системного мировоззрения.

Гражданское население, человеческое сообщество рассматривается в реабилитологии как иерархически весьма непросто устроенная *биосоциоэкологоэкономическая система*, функционирующая путем саморегуляции.

Проявлениями жизнедеятельности этой сложной системы служат ее потребности:

- социальные
- культурные
- экономические
- биологические.

Если данные потребности постоянно удовлетворяются, система существует и самообновляется, при частичном удовлетворении - система может изменять свое состояние и работать в несколько ущемленном режиме, при полном долгосрочном неудовлетворении потребностей система погибает.

### **. Главные враги человека, ослабляющие здоровье. (Негативные факторы).**

В начале XXI столетия наметились несколько наиболее грозных врагов человечества, которых окрестили новой чумой. Назовем их:

1. Чрезмерные психологические нагрузки.
2. Хронические состояния дистресса (истощение адаптационных резервов и возможностей организма).

3. Разрушение баланса многих экологических ниш (в том числе и по линии эндоэкологии человека).

4. Неадаптивные медикаменты (ксенобиотики, количество которых нарастает - антибиотики, сульфаниламиды, др. препараты, приводящие к аллергизации и другим негативным явлениям).

5. Рост количества самоубийств.

**Сюда же можно отнести:**

- а. многочисленные локальные военные конфликты;
- б. межэтнические, религиозные вспышки насилия;
- в. гигантские объёмы утилизации промышленных и бытовых отходов;
- г. вырубки лесов на планете, меняющие климат Земли;
- д. тревожные демографические тенденции во многих странах и старение населения планеты.

Исследователи с горечью констатируют падение влияния Церкви (а она очень часто стояла у основания реабилитационных подходов к восстановлению душевного, и физического состояния).

Снижено влияние семьи. Уменьшено влияние классической литературы, музыки и искусства в целом. Мы с вами только что назвали основные предпосылки для развития и утверждения реабилитологии. Актуальность ее сегодня как никогда велика. Личность XXI века нуждается не только в медицинской, но и в психологической, социальной, профессиональной и духовной реабилитации.

### **Кардинальная цель реабилитации.**

Обратимся к официальным документам.

Рабочая группа Европейского регионального бюро ВОЗ отметила, *что целью реабилитации является ограничение или преодоление физической или экономической зависимости с тем, чтобы отдельное лицо могло вернуться к тому, что в отчете группы называется естественной зависимостью.*

В данном контексте под реабилитацией понимается служба, предназначенная для поддержки или восстановления независимости человеческой личности (физического лица).

Важная функция этой службы — предотвращение перехода нарушений здоровья в стойкую инвалидность. Если же инвалид-

ность уже имеет место - задача реабилитации - вернуть пациента к состоянию адаптации и полноценности.

Еще один жизненно-важный аспект проблемы. Он состоит в том, что нам целесообразно четко понять и представить соотношение адаптации (механизмов приспособления) и реабилитации (восстановительных механизмов). Реабилитация значительно шире. В ней принимают участие приспособительные и компенсаторные реакции организма, обеспечивая саморазвивающийся, динамический процесс. При этом происходит либо приспособление к условиям существования, либо возврат к прежнему состоянию в клиническом, социальном, психологическом плане.

*Таким образом, адаптация есть приспособление к дефекту, а реабилитация - преодоление его*

- Реабилитация осуществляется при:
- острых состояниях (отравления, травмы, различные кризы и т.д.);
- при подострых состояниях (предрецидив язвенной болезни, подострый склерозирующий панэнцефалит и др.);
- длительно при хронических и рецидивирующих заболеваниях.

*Как проявляется реабилитация?*

1. Острая (неотложная) помощь - это круглосуточный постельный уход под наблюдением врачебного персонала (ординатор, зав. отделением, консультанты). Осуществляется, как правило, в обычном стационаре, где имеются отделения интенсивной терапии, операционные, кабинеты физиотерапии и ЛФК, лаборатории.

2. При подострых состояниях общий статус пациента достаточно стабилизирован, человек не нуждается в услугах неотложной помощи, но состояние его довольно серьезное, поэтому проводится:

- уход за всеми органами и системами;
- наблюдение квалифицированного медперсонала;
- оказание комплексной медицинской помощи;
- вспомогательные услуги

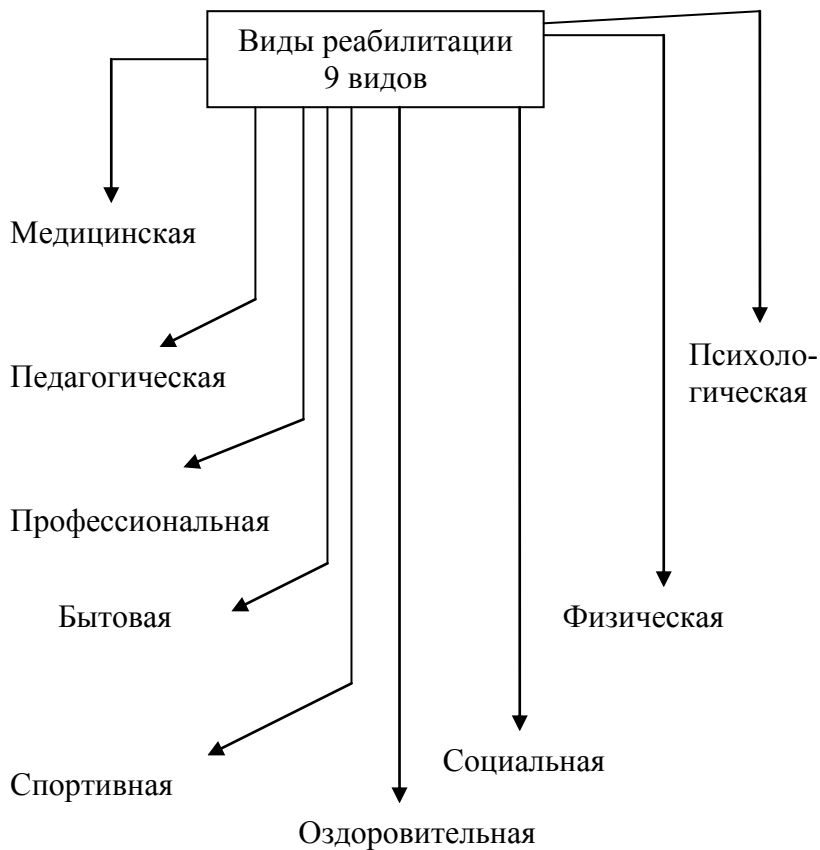
Долговременная (длительная) помощь - это определенный набор медицинских, социальных, вспомогательных услуг, направленных на удовлетворение постоянных потребностей лиц,



страдающих хроническими заболеваниями. Эти услуги могут оказываться в специальных учреждениях и на дому.

### **Классификация видов реабилитации.**

Мы представили в виде схемы для удобства читателя 9 видов реабилитации, о которых более детально расскажем на последующих страницах книги (см. схема 1)



## Медицинская реабилитация детей-инвалидов.

В последние годы в странах СНГ накоплен определенный опыт эффективного лечения и продолжительной профилактики детской инвалидности на моделях различных заболеваний, что позволяет повысить качество жизни этих людей.

Так, создана и детализирована модель **непрерывного цикла реабилитации** лиц с детским церебральным параличом, имеющая 4 уровня восстановления здоровья и профилактики. Модель позволяет на 80-90% снизить детскую инвалидность и адекватно подготовить ребенка с патологией периферической и центральной нервной системы, а также с расстройствами и нарушениями опорно-двигательного аппарата к нормальной жизнедеятельности в условиях обычного социального окружения.

Первые три уровня, предусмотренные в этой действующей системе, представлены широким спектром лечебно-профилактических центров системы здравоохранения с подключением соответствующих образовательных учреждений специализированного типа. Четвертый уровень – это именно та среда, в которой воспитывается ребенок (его семья и общество со своим отношением к людям с ограниченными возможностями, конкретные социально-образовательные учреждения).

Весомо ценным считается в этом плане опыт работы передовых детских санаториев (Д.И. Зелинская, Л.С. Балева, Е.Т. Лилин, Доскин В.А.) с детьми, имеющими инвалидизирующие патологические изменения органов движения (как и в целом опорно-двигательного аппарата) и нервной системы. Данный практический опыт в функциональную схему работы с семьей ребенка-инвалида включает несколько блоков:

- медицинский;
- психолого-педагогический;
- информационно-методический;

Весьма важен сегодня именно информационно-методический блок; деятельность в данном блоке состоит в целенаправленном конструировании соответствующего информационного пространства для ряда слоев населения, а также системной методической помощи в вопросах воспитания ребенка с особыми потребностями, осуществлении связей и совместной обоюдопользательной работы со всеми организациями и Фондами, занимающимися проблемами интегральной реабилитации детей-инвалидов.

Здесь на память приходят слова Бенджамина Франклина из его «Автобиографии», которая писателем Ричардом Амахером была названа «первой великой книгой, написанной в Америке». Б. Франклин еще в 1790 году писал: «Жизнь не должна быть страданием, она является тем, что постоянно требует улучшения». Для лиц с особыми потребностями этот афоризм звучит как действенный призыв к самосовершенствованию! Не так ли?

Большая роль в совершенствовании физического психо-эмоционального состояния принадлежит санаториям.

По мнению А.Н. Абрамова, санаторные комплексы для совместного нахождения в них матери и ребенка-инвалида служат оптимальной базой для организации и функционирования территориального реабилитационного центра, в котором конструируется образовательное и социальное реабилитирующее пространство для всей семьи (особенно при подключении к этому пространству отца, братьев и сестер, дедушек и бабушек данного ребенка-инвалида), в лоне которой родился, живет и воспитывается ребенок с ограниченными возможностями.

В Центре ранней медико-социальной реабилитации детей „Відродження” (г. Луганск, директор Н.В. Ващенко) в течение последних трех лет (с 2005 г. по настоящее время) успешно функционирует комплексный подход к восстановлению здоровья детей заключающийся в терапии основного и сопутствующих заболеваний ребенка, предупреждении психопатологического типа развития личности растущего человека с ограниченными возможностями и особыми потребностями, профилактике аномалий поведения и предупреждении „педагогической запущенности”, а также снятии проблем семейной дезадаптации.

Работники центра опираются на понятие **кондуктивной терапии**, которое было разработано проф. Е.Т. Лилиным и В.А. Доскиным и включает сложный комплекс использования медикаментозных, кинезотерапевтических, психологических, игровых, музыкальных, физиотерапевтических элементов, применяемых по отношению к детям-инвалидам с 0 до 18 лет.

### **Инвалид и государство (социальная защита людей с особыми потребностями).**

„.... Счастье есть продукт здоровья, а потому каждый

человек должен стараться, чтобы физические расстройства были не более как исключительными явлениями”.

Смайлс

Главным субъективным фактором, который способен осуществлять социальную защиту лиц с особыми потребностями, является государство.

Инвалид (будь то взрослый или ребенок) – это одновременно и субъект и объект социальной защиты. В качестве объектов социальной защиты могут выступать также семья инвалида, так называемые социальные институты в виде тех или иных конкретных социально ориентированных предприятий и организаций системы образования, здравоохранения, социальной защиты, центров занятости, труда, учреждений культуры, спортивно-оздоровительного комплекса и др.

Настоятельная жизненная необходимость продуманной социальной защиты освидетельствуемых лиц в ходе их медико-социальной экспертизы определяется на базе всесторонней оценки ограничений жизнедеятельности, могущих привести или уже приведших к **социальной недостаточности человека** (гражданина, физического лица).

*Социальная недостаточность человека – относительно новое терминологическое понятие; оно **предопределяет нарушение** включенности и вовлеченности личности пострадавшего в те или иные конкретные процессы общественно-социальных связей, отношений и взаимодействий, а именно:*

- *в систему общественного разделения труда;*
- *в экономическую жизнедеятельность социума;*
- *в социальную жизнь района, региона, населенного пункта;*
- *в политическую жизнедеятельность государства и общества.*

Жизненный путь личности, ее профессиональный маршрут и в целом человеческая судьба конкретного индивида в существенной мере и детерминируется той или иной степенью социальной недостаточности инвалида.

Необходимо здесь также остановиться на краткой характеристике дефиниции **ограничение** жизнедеятельности (О.Ж.)

*О.Ж. – это по сути дела или частичная утрата (иногда пожизненная) способности или возможности человека осуществлять собственное самообслуживание; самостоятельно передвигаться; ориентироваться в пространстве и времени, в окружающей обстановке; общаться с другими людьми и с внешним миром; контролировать свое поведение; обучаться; заниматься трудовой или креативной деятельностью.*

Следует подчеркнуть, что отдельные стороны жизнедеятельности человека и степени их ограничений отнюдь не равнозначны в отношении решающего влияния на формирование социальной недостаточности.

Одно из ключевых непосредственных влияний и выраженных доминантных механизмов воздействия на становление социальной недостаточности (социальной дезадаптации) принадлежит нарушениям (как правило с детского возраста) возможности индивида обслуживать себя, а также его способности самостоятельно передвигаться и ориентироваться.

Даже небольшое ограничение **только одной** из этих сторон многообразной человеческой жизнедеятельности (естественно, в зависимости от степени тяжести настоящего поражения) уже может быть **веским основанием** для установления инвалидности индивида.

Имеющее место в реальной жизни „сцепление” и сочетание ограничений отдельных категорий и видов жизнедеятельности человека может значительно усугублять имеющиеся варианты социальной недостаточности и способствовать развитию более тяжелых степеней инвалидизации, что необходимо обязательно учитывать социальным работникам (социальное прогнозирование).

Если уже имеется явный неблагоприятный прогноз или степень развития неблагоприятного прогноза в отношении здоровья и „социального дефицита” (социальной недостаточности) весьма высоки, что случается при тяжелых онкологических, иммунодефицитных состояниях (ВИЧ – инфекция, лучевая болезнь), то следует так можно раньше подумать о процедуре определения инвалидности.

Нормативно-правовая документация, на которой базируется определение степеней инвалидности, постулирует, что в зависимости от состояния нарушения жизненных функций организма и ограничений его жизнедеятельности лицу, признаваемому инвалидам,

устанавливают III-ю (наиболее легкую), II или I-ю (наиболее тяжелую) группу инвалидности.

Детям в возрасте до 18 лет устанавливают категорию «ребенок – инвалид».

### **Алгоритм экспертизы инвалидности**

(Анализ медико-социального заключения об инвалидности человека).

При установлении инвалидности освидетельствуемого человека, как правило, определяют:

- причину инвалидности (врожденная, приобретенная; бытовая, производственная, вследствие болезни и тд.);
- время наступления инвалидности;
- сроки переосвидетельствования данного индивида.

Решение о проведении медико-социальной экспертизы инициируют следующие учреждения и лица:

- органы здравоохранения;
- учреждения социальной защиты населения;
- сами граждане;
- лица, представляющие интересы граждан.

Практически всегда перед тем как пройти собственную процедуру освидетельствования пациент (пострадавший) должен пройти специальное комплексное **клинико-функциональное** обследование и получить соответствующее направление установленного образца в амбулаторно-поликлиническое учреждение по месту жительства пациента.

Как известно, полноценное восстановление здоровья индивида (реабилитацию) целесообразно осуществлять, базируясь на разработанной индивидуальной программе реабилитации (ИПР).

Данную программу необходимо начинать разрабатывать после вынесения экспертного заключения о степени инвалидности (группе) освидетельствуемого лица. Вот почему реабилитологам следует как можно тщательнее проанализировать имеющееся медико-социальное, экспертное заключение в отношении:

- полноты настоящего заключения и его профессионального уровня;
- информативности экспертного заключения;
- адекватности времени разработки ИПР и степени ее предполагаемой эффективности.

Признание того или иного лица инвалидом должно проводиться в соответствии с функционирующими в настоящее время нормативно-правовыми документами, которые базируются на Законе Украины „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” (см. „Відомості Верховної Ради 1991, № 21, с. 252).

Данный Закон определяет основы социальной защищенности инвалидов и уже первая статья его начинается словами: «Инвалиды в Украины владеют всей полнотой социально-экономических, политических, личных прав и свобод, закрепленных Конституцией Украины и другими законодательными» (см.)

Во внимание социальным работникам надобно брать также такие документы, как: Указ Президента Украины „Про національну програму професійної реабілітації та занятості осіб з обмеженими фізичними можливостями” від 13 липня 2001 року № 519/2001; Закон Украины „про освіту” від 23 травня 1991 року № 1060-XII; „Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів” (Резолюція Генеральної Асамблеї ООН №48/96; „Манифест женщин-инвалидов Европы”; Закон України „Про реабілітацію інвалідів в Україні” №2961-IV від 06 жовтня 2005 року и др.

В соответствии с Законом Украины № 2961-IV от 06.10.2005 г. «О реабилитации инвалидов в Украине» определены основные положения правовых, социально-экономических, организационных условий для ликвидации или компенсации ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушениями здоровья со стойкими расстройством функций организма, функционирования системы поддержки инвалидами физического, психического, социального благополучия, оказания этим лицам (люди с ограничениями жизнедеятельности) содействий в достижении социальной и материальной независимости.

*Общие положения,  
касающиеся реабилитации  
инвалидов.  
Терминологический аппарат.*

*«Большие несчастья не  
бывают продолжительными,  
а малые не стоят внимания».  
(Д. Лэббок)*

Понятийный аппарат науки о реабилитации инвалидов (реабилитационной инвалидологии) – довольно обширен, но без его



достаточно полного освоения и ясного воспроизведения в памяти весьма трудно социальному работнику успешно трудится.

Поэтому предлагаем вниманию читателя краткую характеристику некоторых наиболее известных дефиниций, повседневно используемых в практической деятельности социального реабилитолога.

**Инвалид** – ключевое понятие всей современной социальной реабилитологии. Инвалидами (лицами с особыми потребностями) принято именовать людей со стойкими расстройствами жизненных функций организма, обусловленных заболеваниями, травмами (их последствиями) или врожденными пороками интеллектуального или физического развития; нарушения деятельности структурно-функциональных систем организма у подобных людей постепенно приводят их к ограничению нормальной жизнедеятельности. вызывают у этого человека живейшую потребность в социальной помощи и усиленной социальной защите, а также неукоснительного выполнения со стороны государства адекватных ответственных мероприятий для обеспечения законодательно обозначенных прав индивида.

**Ребенок – инвалид** – лицо в возрасте до 18-ти лет (совершеннолетие) со стойким нарушением функций организма, детерминированных (от лат. determine – определяю) болезнью, травмой (ее последствиями) или врожденными пороками умственного или физического развития, что приводит к ограничению нормальной жизнедеятельности и вызывает необходимость оказания этому лицу социальной помощи и защиты.

**Инвалидность** – это мера утраты здоровья и одновременно мера ограничения жизнедеятельности, которая препятствует или избавляет конкретного человека быть способным или возможным осуществлять нормальную жизнедеятельность; инвалидность вызывает необходимость оказывать индивиду ее имеющему социальную помощь и защиту в соответствии с возрастными, половыми, социальными и культурными факторами.

**Утрата здоровья** – наличие болезней или физических дефектов, которые приводят индивида к физическому, душевному и социальному неблагополучию.

**Жизнедеятельность** – повседневная деятельность, способность организма человека осуществлять те или иные виды функций в мерах и границах, обычных для индивида.

**Ограничение жизнедеятельности** – это полная или частичная утрата лицом вследствие заболевания, травмы или врожденных дефектов способностей или возможностей самообслуживания, самостоятельного передвижения, общения, ориентации, контроля своего поведения.

**Медико-социальная экспертиза** – установление на основе комплексного обследования специалистами всех структурно-функциональных систем организма конкретного индивида меры утраты его здоровья, степени ограничения его жизнедеятельности, вызванных стойким нарушением функций организма, а также группы инвалидности, причины и времени ее наступления, а кроме того рекомендаций относительно видов трудовой деятельности и условий труда, потребности в постороннем наблюдении, соответствующих видах санаторно-курортного лечения и социальной защиты для наиболее полного восстановления всех функций жизнедеятельности личности инвалида.

**Предупреждение инвалидности** – осуществление комплекса медицинских, гигиенических, физических, педагогических, психологических, профессиональных и иных мер, направленных на профилактику перехода болезни, последствий травмы или дефекта в постоянное ограничение жизнедеятельности или инвалидность человека или на уменьшение тяжести инвалидности.

**Ликвидация ограничений жизнедеятельности** – система мер, ориентированных на конструирование условий для достижения или восстановления личностью **оптимального** физического, интеллектуального, психического и социального уровня жизнедеятельности и обеспечения ее законодательно закрепленных прав.

**Реабилитация инвалидов** – стройная система медицинских, психологических, педагогических, физических, профессиональных, трудовых мероприятий, направленных на оказание людям помощи в восстановлении и компенсации расстроенных или утраченных функций организма, ликвидации ограничений жизнедеятельности для достижения и поддержания социальной и материальной независимости, трудовой адаптации и интеграции в социум.

**Реабилитационные услуги** – это услуги, которые сориентированы на восстановление оптимального физического, уровня жизнедеятельности личности пострадавшего с целью содействия ее интеграции в общество.

**Реабилитационные мероприятия** – необходимый комплекс мер, с помощью которых осуществляется реабилитация лиц, имеющих особые потребности (инвалидов).

**Медицинская реабилитация** – система лечебных мероприятий, направленных на восстановление нарушенных или утраченных функций организма человека, на выявление и активизацию компенсаторных возможностей организма с целью обеспечения условий для возвращения инвалида к нормальной жизнедеятельности, на профилактику осложнений и рецидивов заболевания.

**Психолого-педагогическая реабилитация** – это система психологических и педагогических мер, ориентированных на формирование способов овладения знаниями, умениями и навыками, оказания психологической помощи, в частности относительно формирования самоутверждения и необходимой самооценки личностью своих возможностей, усвоения правил общественного поведения путем осуществления системной учебно-воспитательной работы.

**Профессиональная реабилитация** – система конкретных эффективных мероприятий, направленных на подготовку человека к профессиональной деятельности, восстановление или приобретение профессиональной трудоспособности путем адаптации, реабилитации, обучения, переобучения или переквалификации с возможным дальнейшим трудоустройством и необходимым социальным сопровождением с учетом личных склонностей и пожеланий личности.

**Трудовая реабилитация** – это система мер, разработанных с учетом способностей, физических, интеллектуальных и психических возможностей человека и направленных на овладение трудовыми навыками обеспечения трудовой деятельности и адаптацию в производственных условиях, в том числе путем создания специально приспособленных рабочих мест.

**Физкультурно-спортивная реабилитация** – система мероприятий, разработанных с использованием комплекса физических упражнений для восстановления здоровья индивида и ориентированных на восстановление и компенсацию с помощью занятий физической культурой и спортом функциональных возможностей организма для оптимизации физического и психологического состояния человека.

**Физическая реабилитация** – система мероприятий по выработке и совместному использованию интегрированных комплексов физических упражнений, массажа, физиотерапевтических и иных подходов на разных этапах лечения и комплексной реабилитации; эти эффективные мероприятия обеспечивают анатомо-функциональное обновление тканей и органов человека, выявляют и развивают резервные и компенсаторные возможности организма путем выработки новых двигательных умений, компенсаторных навыков, применения технических и других способов восстановления здоровья, включая использование изделий сугубо медицинского назначения.

**Социальная реабилитация** – это система мер, направленных на создание и обеспечение условий для возвращения индивида к активному участию в общественной жизни, восстановление его социального статуса и способности к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности с помощью социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации, социального обслуживания и удовлетворения его потребностей в обеспечении техническими и иными способами реабилитации.

**Психологическая реабилитация** – это специально подготовленная и апробированная система мероприятий, направленных на коррекцию психо-эмоционального статуса, психологических функций, качеств, свойств личности, конструирования благоприятных условий для развития и утверждения человеческой личности.

**Социальная помощь** – система мер, ориентированных на возвращение индивида к активной жизнедеятельности и труду, восстановление его социального статуса и формирования у этой личности качеств, установок, касающихся приспособления к условиям нормальной жизнедеятельности путем правовой и материальной защиты, подготовки к самообслуживанию с формированием способности к передвижению и общению, активному выполнению повседневных жизненных потребностей человека.

**Абилитация** - система мероприятий, ориентированных на овладение личностью знаниями и навыками, необходимыми для ее независимого происхождения в социуме: осознание своих возможностей и ограничений, социальных ролей, понимания прав и обязанностей, умений осуществлять самообслуживание.

**Профессиональная ориентация** – научно обоснованная система форм, методов, способов влияния на личность для содей-

ствия ее профессиональному самоопределению на основе учета состояния здоровья, образовательного профессионально-квалификационного уровней, интересов, способностей, индивидуальных, психофизиологических особенностей и потребностей отраслей экономики.

**Профессиональный отбор** – научно обоснованная система определения степени пригодности индивида к конкретной профессии, специальности (рабочего места, должности) относительно установленных законодательством нормативных требований.

**Профессиональная адаптация** – система мер, направленных на обеспечение успешного профессионального становления работающего человека, формирования у него профессиональных качеств, установок, потребностей активно и креативно работать, творчески взаимодействовать в коллективе.

**Психологическая поддержка** – система социально-психологических, психолого-педагогических способов и методов помощи человеку с целью оптимизации его психо-эмоционального состояния в процессе формирования способностей и самосознания, содействия социально-профессиональному самоопределению, повышению конкурентоспособности на рынке труда и направлению усилий личности на реализацию собственной профессиональной карьеры.

**Психолого-педагогическое сопровождение** – системная деятельность психолога – практика и коррекционного педагога, ориентированная на создание комплексной системы клинико-психологических, психолого-педагогических и психотерапевтических условий, которые способствуют усвоению значений, умений и навыков, успешной адаптации, реабилитации, становлению личности, нормализации семейных отношений, успешной интеграции человека в социум.

**Психологическая адаптация** – это система мероприятий, направленных на формирование у личности способности приспосабливаться существующим в обществе требованиям и критериям за счет присвоения ей ценностей и норм данного общества.

**Рабочее место инвалида** – место или производственный участок постоянного или временного нахождения инвалида в процессе трудовой деятельности на предприятиях, в учреждениях и организациях.

**Специальное рабочее место инвалида** – отдельное рабочее место или участок рабочей площади, которая требует дополнительных мер по организации работы человека с учетом его индивидуальных функциональных возможностей, обусловленных инвалидностью, путем приспособления основного и дополнительного оборудования, а также технических устройств.

**Индивидуальная программа реабилитации (ИПР)** – это естественный комплекс оптимальных видов, форм, объемов, сроков реабилитационных мероприятий с определением порядка и места их проведения, направленных на восстановление и компенсацию нарушенных или утраченных функций организма и способностей конкретного лица к выполнению видов деятельности, определенных рекомендациями медико-социальной экспертной комиссии.

**Реабилитационное учреждение** – учреждение, предприятие, заведение, в том числе их отделения, структурные подразделения, независимо от формы собственности, которые осуществляет реабилитацию инвалидов и детей-инвалидов относительно государственных социальных нормативов в сфере реабилитации.

#### **Порядок формирования и структура алгоритма экспертного заключения об инвалидности.**

В соответствии с ныне действующими документами, регламентирующими на государственном уровне работу с лицами, имеющими особые потребности, основаниями для признания гражданина инвалидом являются:

- нарушение здоровья со стойкими дисфункциями, которые детерминируются заболеваниями, последствиями травматических повреждений или дефектами (врожденного и приобретенного генеза);
- ограничение (лимитирование) тех или иных видов и форм жизнедеятельности, т.е. полная или частичная утрата индивидом способности или возможности проводить собственное самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться во времени и пространстве, контролировать свои поведенческие реакции, обучаться или заниматься трудовой деятельностью;
- необходимость осуществления мероприятий по социальной защите человека, имеющего особые потребности.

Следует подчеркнуть, что наличие **только одного** из отмеченных нами признаков *не служит основанием*, достаточным для признания человека инвалидом.

В ходе тщательно проводимой медико-социальной экспертизы должна быть установлена вся сумма указанных оснований в последовательной взаимосвязи и взаимообусловленности друг с другом.

Предлагаем вниманию читателя схематическую модель экспертной оценки состояния здоровья, нарушений жизнедеятельности и необходимых мер социальной защиты лиц с особыми потребностями, при разработке которой использовались материалы труда Л.П. Храпылиной «Реабилитация инвалидов» М.: Экзамен 2006 – 415с.

**Модель экспертной системы интегральной  
оценки состояния здоровья инвалида, а  
также нарушений его жизнедеятельности и  
необходимых мер социальной защиты (по  
Л.П. Храпылиной, 2006, в нашей модифи-  
кации).**

Вид нарушения функций организма и степень их выраженности	Вид ограничения жизнедеятельности индивида и степень их выраженности	Социальные услуги, социальная защита
1	2	3
Интеллектуально-мнестическое снижение выраженное, умеренно выраженное (имеется критика к своему состоянию и ситуации)	Обучение. Переобучение. Трудоустройство.	Воспитание и обучение по соответствующим коррекционным программам, содействие в адекватном трудоустройстве, помощь в решении социально-правовых вопросов
Мнестико-интеллектуальное снижение в выраженной степени (недостаточная критика к своему состоянию и ситуации в целом)	Обучение. Самообслуживание. Ориентация. Общение. Поведение. Трудоустройство.	Воспитание и обучение по коррекционным программам, содействие в трудоустройстве, помощь в решении социально-правовых вопросов,

		меры по организации досуга особые группы общения при мнестико-умственных дис-функциях
Олигофрены (слабо-умные)	Обучение. Самообслуживание. Ориентация. Общение. Поведение. Трудоустройство.	Постоянный уход посторонних лиц, постоянный надзор, вспомогательные средства и приспособления защитного назначения, конструктивные элементы жилища, соответствующие условия для производственной деятельности (как правило, в коллективах похожих по патологии лиц).
Интеллектуальное недоразвитие в степени легкой дебильности (JQ пределах 50-70).	Обучение. Трудоустройство. Поведение.	Воспитание и обучение по коррекционным программам, содействие в трудоустройстве, помощь в решении социально-правовых вопросов.
Интеллектуальное недоразвитие в степени выраженной дебильности (JQ 35-49)	Обучение. Самообслуживание. Ориентация. Общение. Поведение. Трудоустройство.	Воспитание и обучение по соответствующими коррекционным программам, помощь в решении социально-правовых вопросов, особые группы общения при мнестико-интеллектуальных расстройствах.



Имбецильность (тяжелая умственная отсталость – IQ 20-34).	Обучение. Самообслуживание. Ориентация. Общение. Поведение.	Посторонний постоянный уход, конструктивные элементы жилища, особые группы общения, вспомогательные средства для проведения досуга.
Идиотия (глубокая умственная отсталость – IQ меньше 20).	Обучение. Самообслуживание. Ориентация. Общение. Поведение.	Уход постоянный посторонний, надзор и наблюдение, конструктивные элементы жилища.
Нарушение мышления умеренно выраженное (возможность саморегуляции поведения, сохранность критики к ситуации в целом).	Обучение. Трудоустройство.	Воспитание и обучение по коррекционным программам, помощь в решении социально-правовых вопросов, особые группы общения.
Нарушения мышления выраженные (недостаточная регуляция поведения, недостаточная критика к своему состоянию и ситуации в целом).	Обучение. Самообслуживание. Ориентация. Общение. Поведение. Трудоустройство.	Воспитание и обучение по коррекционным программам, помощь в решении социально-правовых вопросов, мероприятия по организации и проведению досуга, особые группы общения.
Слабоумие	Обучение. Самообслуживание. Ориентация. Общение. Поведение. Трудоустройство.	Уход посторонний постоянный, надзор, конструктивные элементы жилища при мнестико-умственных дисфункциях.
Умеренно выраженные нарушения по-	Обучение. Самообслуживание.	Воспитание и обучение по специальным

ведения с преобладанием астено-энергического дефекта (снижение выносливости, ограничение коммуникативности).	Трудоустройство. Передвижение.	программам, помощь в решении социально-правовых вопросов.
Выраженные нарушения поведения с преобладанием астено-энергического дефекта (выраженное снижение психической и физической выносливости, резкое снижение коммуникативных возможностей).	Обучение. Самообслуживание. Трудоустройство. Передвижение.	Помощь в решении социально-правовых вопросов, средства и приспособления, облегчающие физические усилия.
Полное физическое бессилие.	Самообслуживание. Передвижение. Обучение. Трудоустройство.	Уход посторонний постоянный, вспомогательные приспособления и оборудование для ухода и обслуживания инвалидов с полным физическим бессилием, вспомогательные средства и приспособления защитного назначения для инвалидов с физическим бессилием, средства и приспособления, облегчающие физические усилия, содействие в трудоустройстве.
Умеренно выраженные нарушения по-	Поведение. Трудоустройстве.	Воспитание и обучение по коррекцион-

ведения с преобладанием регидно-стенического дефекта (снижение возможности саморегуляции, ограничение коммуникативности).		ным программам, помощь в решении социально-правовых вопросов, содействие в трудоустройстве.
Выраженные нарушения поведения с преобладанием регидно-стенического дефекта (выраженное снижение саморегуляции и ограничение коммуникативности).	Поведение. Общение. Обучение. Трудоустройство.	Воспитание и обучение по коррекционным программам помощь в решении социально-правовых вопросов, содействие в трудоустройстве.
Дезорганизация поведения	Самообслуживание. Обучение. Ориентация. Общение. Поведение. Трудоустройство.	Уход посторонний постоянный, надзор посторонний постоянный, вспомогательные приспособления и оборудование для ухода и обслуживания инвалидов с дезорганизацией поведения, вспомогательные средства и приспособления защитного назначения для инвалидов с дезорганизацией поведения.
Пароксизмальные состояния редкие приступы (1 раз в месяц)	Поведение. Трудоустройство.	Вспомогательные средства и приспособления защитного назначения, помощь в решении социально-правовых вопросов, содействие в трудоустройстве.

Пароксизмальные состояния приступы средней частоты (1-3 раза в месяц).	Обучение. Поведение. Трудоустройство.	Вспомогательные средства и приспособления защитного назначения для инвалидов с пароксизмальными состояниями, конструктивные элементы жилища при пароксизмальных состояниях.
Пароксизмальные состояния частые приступы (1 раз в неделю и чаще).	Самообслуживание. Обучение. Поведение. Трудоустройство. Передвижение.	Надзор периодический (предупредительный), помощь в организации и обеспечении быта и питания постоянная, вспомогательные средства и приспособления защитного назначения для инвалидов с пароксизмальными состояниями, специальная модифицированная мебель при пароксизмальных состояниях, конструктивные элементы жилища при пароксизмальных состояниях.
Умеренно выраженные речевые нарушения, связанные с расстройством голосообразования с возможностью коррекции.	Общение. Обучение. Трудоустройство.	Голосообразующие аппараты.
Выраженные речевые нарушения, свя-	Обучение. Общение.	Голосообразующие аппараты, особые

занные с расстройством голосообразования с возможностью коррекции.	Трудоустройство.	группы общения при нарушениях речи.
Выраженные речевые нарушения, не связанные с расстройством самостоятельного голосообразования, с невозможностью коррекции.	Общение. Обучение. Трудоустройство.	Помощь в решении социально-правовых вопросов, помощь сурдопереводчика при нарушении речи, вспомогательные средства и приспособления защитного назначения для инвалидов с нарушением речи, особые группы общения при нарушениях речи.
Умеренно выраженное снижение слуха с возможностью коррекции.	Общение. Ориентация. Обучение. Трудоустройство.	Слуховые аппараты.
Умеренно выраженное снижение слуха с невозможностью коррекции.	Обучение. Ориентация. Общение. Трудоустройство.	Средства сигнализации при нарушениях слуха, специальные приборы и приспособления для получения и передачи информации при нарушениях слуха.
Выраженное снижение слуха с возможностью коррекции.	Обучение. Ориентация. Общение. Трудоустройство.	Слуховые аппараты, средства сигнализации при нарушениях слуха, специальные приборы и приспособления для получения и передачи информации при нарушении слуха, конструктивные элемен-

		<p>ты жилища при нарушении слуха, Мероприятия по организации и проведению досуга при нарушениях слуха, особые группы общения при нарушениях слуха, вспомогательные средства и приспособления для проведения досуга, занятий физкультурой и спортом при нарушениях слуха.</p>
<p>Выраженное снижение слуха с невозможностью коррекции.</p>	<p>Обучение. Ориентация. Общение. Трудоустройство.</p>	<p>Воспитание и обучение по специальным программам, помощь в решении социально-правовых вопросов, помощь сурдопеводчика при нарушении слуха, вспомогательные средства и приспособления защитного назначения для инвалидов с нарушением слуха, средства сигнализации при нарушениях слуха, специальные приборы и приспособления для получения и передачи информации при нарушениях слуха, конструктивные элементы жилища при нарушениях слуха,</p>

		архитектурно-планировочные устройства и приспособления при нарушениях слуха.
Практическая глухота.	Самообслуживание. Обучение. Ориентация. Общение. Трудоустройство. Передвижение.	Воспитание и обучение по специальным программам, помощь в организации и обеспечении быта и питания, периодическая помощь сурдопереводчика при нарушениях слуха, Вспомогательные средства и приспособления защитного назначения для инвалидов с нарушением слуха, Средства сигнализации при нарушениях слуха, специальные приборы и приспособления для получения и передачи информации при нарушениях слуха, вибротактильные устройства, конструктивные элементы жилища при нарушениях слуха, архитектурно-планировочные устройства и приспособления при нарушениях слуха, мероприятия по орга-

		низации и проведению досуга при нарушениях слуха, особые группы общения при нарушениях слуха, вспомогательные средства и приспособления для проведения досуга, занятий физкультурой и спортом при нарушениях слуха.
Умеренно выраженное снижение зрения с возможностью коррекции.	Ориентация.	Оптические средства для коррекции зрения.
Умеренно выраженное снижение зрения с невозможностью коррекции.	Ориентация. Обучение. Трудоустройство.	Помощь в обучении, периодическая помощь в ориентации и решении социально-правовых вопросов, приспособления для облегчения труда и обучения.
Выраженное снижение зрения с возможностью коррекции.	Обучение. Ориентация. Трудоустройство.	Оптические средства для коррекции зрения, приспособления, заменяющие необходимость зрительного восприятия, архитектурно-планировочные устройства и приспособления при нарушениях зрения.
Выраженное снижение зрения с невозможностью коррекции.	Самообслуживание. Передвижение. Обучение. Ориентация.	Помощь в организации и обеспечения быта и питания периодическая,



	<p>Трудоустройство. Поведение.</p>	<p>Помощь в решении социально-правовых вопросов, помощь поводыря при нарушениях зрения, Вспомогательные средства и приспособления защитного назначения для инвалидов с нарушением зрения, приборы и приспособления для ориентировки в пространстве при нарушениях зрения, приспособления, заменяющие необходимость зрительного восприятия, специальные приборы и устройства для получения и передачи информации при нарушениях зрения, специальная модифицированная мебель при нарушении зрения, конструктивные элементы жилища при нарушениях зрения, архитектурно-планировочные устройства и приспособления при нарушениях зрения, мероприятия по организации и проведению досуга при нарушении</p>
--	--	---

		ниях зрения, особые группы общения при нарушении зрения, вспомогательные средства и приспособления для проведения досуга, занятий физкультурой и спортом при нарушениях зрения.
Практическая слепота.	Самообслуживание. Передвижение. Обучение. Ориентация. Трудоустройство. Поведение.	Уход посторонний постоянный, помощь поводыря при нарушениях зрения, вспомогательные средства и приспособления защитного назначения для инвалидов с нарушениями зрения, приборы и приспособления для ориентировки в пространстве при нарушениях зрения, приспособления, заменяющие необходимость зрительного восприятия, специальные приборы и устройства для получения и передачи информации при нарушениях зрения, специальная модифицированная мебель при нарушениях зрения, конструктивные элементы жилища при нарушениях зре-

		<p>ния, архитектурно-планировочные устройства и приспособления при нарушениях зрения, мероприятия по организации и проведению досуга при нарушениях зрения, особые группы общения при нарушениях зрения, вспомогательные средства и приспособления для проведения досуга, занятий физкультурой и спортом при нарушениях зрения.</p>
<p>Висцеральные нарушения умеренно выраженные с преимущественным поражением органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, сосудов конечностей, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, крови и органов кровотока, кожи (функциональный класс или степень недостаточности I-II).</p>	<p>Обучение. Трудоустройство.</p>	<p>Помощь в обучении, содействие в трудоустройстве, помощь в решении социально-правовых вопросов.</p>
<p>Висцеральные нарушения выраженные с преимущественным поражением органов дыхания, сердечно-</p>	<p>Самообслуживание. Передвижение. Обучение. Трудоустройство.</p>	<p>Вспомогательно-технические средства для самообслуживания, периодическая посторонняя помощь,</p>

сосудистой системы, сосудов конечностей.		помощь в решении социально-правовых вопросов, трости опорные, автотранспорт.
Висцеральные нарушения выраженные с преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта, печени. Почек, крови и органов кроветворения, кожи (функциональный класс или степень недостаточности II)	Самообслуживание. Передвижение. Обучение. Трудоустройство.	Вспомогательно-технические средства для самообслуживания, периодическая посторонняя помощь, Помощь в решении социально-правовых вопросов, трости опорные.
Висцеральные нарушения значительно выраженные с преимущественным поражением органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, сосудов, конечностей.	Самообслуживание. Передвижение. Обучение. Трудоустройство.	Уход посторонний постоянный, вспомогательные приспособления и оборудование для ухода и обслуживания инвалидов с полным физическим бессилием, средства и приспособления, облегчающие физические усилия, автотранспорт, конструктивные элементы жилища при нарушениях передвижения.
Желудочно-кишечного тракта, печени, почек, крови и органов кроветворения кожи (функциональный класс или степень недоста-	Самообслуживание. Передвижение. Обучение. Трудоустройство.	Уход посторонний постоянный, вспомогательные приспособления и оборудование для ухода и обслуживания, инвалидов с полным физи-

точности III).		ческим, бессилием, средства и приспособления, облегчающие физические усилия, конструктивные элементы жилища при нарушениях передвижения.
Умеренно выраженные нарушения передвижения (ходьба и стояние затруднены). Локомоторные расстройства.	Передвижение. Трудоустройство.	Ортопедическая обувь, ортезы нижних конечностей, вспомогательные приспособления к ортезам нижних конечностей, трости опорные, костыли, кресло-коляски, велоколяски, мероприятия по организации и проведению досуга при нарушениях передвижения, вспомогательные средства и приспособления для проведения досуга, занятий физкультурой и спортом при нарушениях передвижения.
Выраженные нарушения передвижения (Локомоторные дисфункции).	Самообслуживание. Передвижение. Обучение. Трудоустройство.	Помощь в организации и обеспечении быта и питания постоянная, помощь в организации и обеспечении быта и питания периодическая, помощь в решении социально-правовых вопросов, вспомога-

		<p>тельные средства и приспособления защитного назначения для инвалидов с нарушениями передвижения, ортопедическая обувь, отрезы нижних конечностей, вспомогательные приспособления к отрезам нижних конечностей, протез стопы, протез голени, протез бедра, вспомогательные приспособления к протезам нижних конечностей, трости опорные, костыли, ходунки. Кресла-коляски, автотранспорт, вспомогательные приспособления бытового назначения для инвалидов с одной нижней конечностью, специальная модифицированная мебель при нарушениях функции передвижения, конструктивные элементы жилища при нарушениях передвижения, архитектурно-планировочные устройства и приспособления при нарушениях передвижения, мероприятия по</p>
--	--	--

		организации и проведению досуга при нарушениях передвижения, вспомогательные средства и приспособления для проведения досуга, занятий физкультурой и спортом при нарушениях передвижения.
Отсутствие функции ходьбы и стояния (Ортостатические расстройства).	Самообслуживание. Передвижение. Обучение. Трудоустройство.	Помощь в организации и обеспечении быта и питания постоянная, помощь в решении социально-правовых вопросов, вспомогательные приспособления и оборудование для обслуживания инвалидов с отсутствием функции ходьбы и стояния, вспомогательные средства и приспособления защитного назначения для инвалидов с нарушениями передвижения, протез стопы, протез голени, протез бедра, вспомогательные приспособления к протезам нижних конечностей, трости опорные,

		<p>костели, ходунки, кресло-коляски, автотранспорт, вспомогательные приспособления бытового назначения для инвалидов с одной нижней конечностью, вспомогательные приспособления бытового назначения для инвалидов с отсутствием функции передвижения, социальная модификационная мебель при нарушениях функции передвижения, конструктивные элементы жилища при нарушениях передвижения, архитектурно-планировочные устройства и приспособления при нарушениях передвижения, мероприятия по организации и проведению досуга при нарушениях передвижения, вспомогательные средства и приспособления для прове-</p>
--	--	---



		дения досуга, занятий физкультурой и спортом при нарушениях передвижения, специальная модифицированная мебель при низком росте или отсутствии нижних конечностей.
Умеренно выраженные нарушения схвата и удержания (проблемы кисти и верхней конечности).	Самообслуживание. Трудоустройство.	Помощь в организации и обеспечении быта и питания периодическая, вспомогательные средства и приспособления защитного назначения для инвалидов с нарушениями схвата и удержания, средства и приспособления, облегчающие физические усилия, ортезы верхних конечностей, вспомогательные приспособления к ортезам верхних конечностей, протез пальцев рук, вспомогательные приспособления к протезам верхних конечностей, вспомогательные приспособления бытового назначения для схвата и удержания при отсутствии

		<p>пальцев,</p> <p>мероприятия по организации и проведению досуга при нарушениях функции схвата и удержания</p> <p>вспомогательные средства и приспособления для проведения досуга, занятий физкультурой и спортом при нарушениях функций схвата и удержания.</p>
<p>Отсутствие функций схвата и удержания (нарушения деятельности кисти и руки).</p>	<p>Самообслуживание.</p> <p>Обучение.</p> <p>Трудоустройство.</p>	<p>Уход посторонний постоянный,</p> <p>помощь в организации и обеспечении быта и питания постоянная,</p> <p>вспомогательные приспособления и оборудование для ухода и обслуживания инвалидов с отсутствием функции схвата и удержания,</p> <p>вспомогательные средства и приспособления для инвалидов с нарушениями схвата и удержания,</p> <p>средства и приспособления облегчающие физические усилия,</p> <p>протез пальцев рук,</p> <p>протез кисти,</p> <p>протез предплечья,</p> <p>протез плеча, вспомо-</p>

		<p>гательные приспособления к протезам верхних конечностей, вспомогательные приспособления бытового назначения для схвата и удержания при отсутствии пальцев,</p> <p>вспомогательные приспособления при культе кисти,</p> <p>вспомогательные приспособления бытового назначения при культе предплечья,</p> <p>вспомогательные приспособления бытового назначения при культе плеча.</p> <p>вспомогательные приспособления бытового назначения при отсутствии функции схвата и удержания,</p> <p>специальная модифицированная мебель при нарушениях функции схвата и удержания,</p> <p>специальная модифицированная мебель при отсутствии функции схвата и удержания, конструктивные элементы жилища при отсутствии</p>
--	--	---

		функции схвата и удержания, мероприятия по организации и проведению досуга при нарушениях функции схвата и удержания, вспомогательные средства и приспособления для проведения досуга, занятий физкультурой и спортом при нарушениях функции схвата и удержания.
Уродующие нарушения без нечистоплотности с нарушением размеров тела, Карликовость, Гигантизм, Ожирение.	Нарушение анатомических размеров.	Специальная модифицированная мебель при низком росте и при отсутствии нижних конечностей.
Уродующие нарушения без нечистоплотности с отсутствием отдельных органов, отсутствие глаза, отсутствие уха, отсутствие носа, другие косметические дефекты, противоестественные отверстия.	Косметические дефекты.	Протез глаза, косметические средства, протез уха, косметические средства, протез носа, косметические средства, косметические протезы, косметические средства.
Уродующие нарушения с нечистоплотностью.	Нарушения выделительной функции организма III – II	Мышечные стимуляторы воздержания, моче и калоприемники,

		кожезащитные средства, поглотители запаха прокладки, памперсы.
Нарушения функции позвоночника, требующие дополнительной фиксации.	Передвижение III - I	Корсеты.
Нарушения брюшной стенки, требующие дополнительной фиксации.	Косметические дефекты.	Бандажи.

В представленной схематической модели экспертной системы, касающейся интегральной оценки состояния здоровья, нарушений жизнедеятельности и необходимых мер социальной защиты разработаны и апробированы основные подходы к оптимизации качества жизни лиц, имеющих особые потребности.

Для своевременного медико-социального экспертного заключения об инвалидности имеет большое значение комплекс документальных разработок (реальных документов), отражающих различные медицинские, социальные, профессиональные аспекты, касающиеся конкретного индивида.

В зависимости от специфики каждого из перечисленных направлений выносится экспертное заключение о группе инвалидности и устанавливаются другие характеристики инвалидности конкретного лица.

Формируя пакет идентификационных данных освидетельствуемого человека следует руководствоваться следующим алгоритмом сбора документальных материалов (см. таблицу).

Порядок сбора идентификационных данных об освидетельствуемом человеке.

№ п/п	Содержание информационных материалов	Источник информации	Специалист, отвечающий за прием информации
1.	Паспортные данные (Ф.И.О., пол. Год, месяц, дата рождения, место жительства).	Паспорт, свидетельство о рождении или заменяющие их документы.	Специалист, отвечающий за прием информации. регистратор. Бюро медико-соци-

2.	Профессионально-трудовая деятельность.	Копия трудовой книжки.	
3.	Профессиональный маршрут, главная профессия.		
4.	Данные о состоянии здоровья.	Направления медицинского учреждения и/или органов социальной защиты, и/или представленные лицом, претендующим на освидетельствование, медицинские документы.	

Перечень факторов, характеризующих содержание и условия трудовой деятельности.

№	Основные элементы трудовой деятельности и примерные профессии, их содержащие.	Факторы трудовых ограничений.
1.	Труд, связанный с необходимостью руководства коллективом (специалист, имеющий в непосредственном подчинении коллектив более двух человек).	Требует правильной оценки ситуации, с необходимостью принимать самостоятельные решения, направлять деятельность работников на выполнение определенных задач, корректировать процесс их выполнения, в том числе, в условиях дефицита информации и времени; способности к расширению знаний и накоплению практического опыта.
2.	Труд, связанный с ответственностью за безопасность и жизнь лю-	Требует способности быстро ориентироваться

	дей (инженер по технике безопасности, врач, педагог, диспетчер на авиалиниях, железной дороге и др.).	как в обычной, так экстремальной ситуации и действовать в соответствии со сложившейся обстановкой; способности принятия решений в условиях дефицита времени и информации, высокой эмоциональной (сенсорной) выносливости.
3.	Труд, связанный с потенциальной опасностью для других (водительские профессии, диспетчерские высококвалифицированные профессии в сфере воздушного, железнодорожного транспорта и др.).	Требует способности к длительному сосредоточению, распределению и быстрому переключению произвольного (волевого внимания); способности быстрого ориентирования в необычной ситуации и принятия как запрограммированных (стандартных), так и нестандартных незамедлительно безошибочных решений; устойчивости к сенсорной нагрузке.
4.	Труд, связанный с возможностью возникновения материального ущерба для работодателя непосредственно вследствие действия работник (кассир, товаровед, бухгалтер, банковский работник, брокер, дилер, оператор и др.).	Требует напряженности и сосредоточенности и сосредоточенности и аккуратности в выполнении счетных операций и учета, способности адекватно оценивать результаты собственной деятельности и возможные последствия.
5.	Труд, связанный с возможностью материального ущерба для рабо-	Требует элементарного внимания, способности

	тодателя или третьих лиц из-за упущения работника (кладовщик, приемщик, гардеробщик, все виды труда, связанные с временным хранением ценностей и др.).	к элементарному учету.
6.	Труд, связанный с высокой интеллектуальной нагрузкой (проектировщик, врач, учитель, научный сотрудник, юрист, фрезеровщик, токарь высокой квалификации и др.).	Требует необходимости владения и оперирования запасом теоретических знаний и профессионального опыта; требует необходимости находить решения с учетом разнообразной меняющейся информации и формировать программу собственных действий.
7.	Труд, связанный со средней интеллектуальной нагрузкой (секретарь машинистка, делопроизводитель, секретарь, лаборант, учетчик, бухгалтер, кассир, рабочие специальности средней квалификации и др.).	Требует запаса профессиональных и практических знаний; действий в соответствии со стереотипной программой; решения задач в шаблонных, стереотипных формах и по заданному образцу.
8.	Труд, связанный с низкой интеллектуальной нагрузкой (уборщица, дворник, грузчик, сторож, вахтер, разносчик, гардеробщик, курьер и др.).	Требует необходимости общей ориентировки в обыденных вопросах и простой рабочей ситуации.
9.	Труд, связанный с постоянным речевым контактом (учитель, экскурсовод, лектор, воспитатель, приемщик, большинство врачебных специальностей и др.).	Требует постоянного речевого общения, передачи информации; нагрузки и напряжения речевого и слухового аппаратов, быстрого понимания чужой речи; телефонных перегово-



		ров.
10.	Труд, связанный с непостоянным, но обязательным речевым контактом (сборщик, станочник, другие рабочие специальности, бухгалтер, инженер и др.).	Требуется получения и передачи информации с помощью речевого контакта лишь на отдельных этапах трудового процесса.
11.	Труд, связанный с умеренным напряжением зрения (учитель, врач, рабочие специальности и др.).	Требуется необходимости зрительного различения крупных объектов, эпизодически выраженной зрительной нагрузки.
12.	Труд, связанный с выраженным напряжением зрения (часовщик, слесарь по мелким деталям, учитель, врач, оператор, диспетчер на авиалиниях и ж/д, корректор и др.).	Требуется зрительного различения мелких объектов; письма; чтения текста, чертежей, а также необходимости пользования оптическими приборами (лупами, микроскопами).
13.	Труд, связанный с необходимостью постоянной ходьбы и состояния (токарь, станочник, курьер, разносчик, почтальон и др.).	Требуется постоянного пребывания на ногах или длительного сохранения заданной позы, преодоления препятствий.
14.	Труд, связанный с эпизодической ходьбой и стоянием (инженер, машинистка и др.).	Требуется необходимости передвижения до места работы, эпизодического передвижения в процессе трудовой деятельности.
15.	Труд, связанный с необходимостью грубого ручного манипулирования (почтальон, разносчик и др.).	Требуется необходимости схвата и удержания крупных предметов и использования их в процессе трудовой деятельности.
16.	Труд, связанный с необходимостью	Требуется необходимости

	стью тонкого ручного манипулирования (сборщики, часовщики, чертежники, станочники, вышивальщица, портной и др.).	схвата, удерживания мелких предметов и использование их процессе трудовой деятельности.
17.	Труд, связанный с тяжелой физической нагрузкой (грузчик, специалист по укладке асфальта, бетонщик и др.).	Требует физического напряжения, длительного стояния, ходьбы, поднятия, удерживания и перемещения тяжестей.
18.	Труд, связанный с необходимостью контакта с большим количеством людей (учитель, врач, воспитатель, работник службы быта, продавец и др.).	Требует выносливости нервно-психического (с риском значительного) напряжения, необходимости постоянных деловых и/или эмоциональных с контактом с людьми.
19.	Труд, связанный с необходимостью прямого контакта с детьми (воспитатель, учитель и др.).	Требует выносливости нервно-психического (с риском значительного) напряжения, постоянного самоконтроля за соблюдением общепринятых норм морали и этики, ответственности за безопасность и жизнь детей.
20.	Труд, связанный с необходимостью выполнения производственных операций в заданном темпе (все виды конвейерных, водительских и диспетчерских работ и др.).	Требует переносимости значительного нервно-психического напряжения и физического напряжения, связанных с монотонным трудом.
21.	Труд, связанный с пребыванием в холодном помещении, на холоде (дворник, работник овощехранилища, дорожный рабочий и др.).	Требует выносливости к воздействию окружающей среды при температуре воздуха в помеще-

		нии +15 +16 и ниже; на открытом воздухе ниже 0 +9.
22.	Труд, связанный с пребыванием в сыром помещении, в условиях повышенной влажности (рыбак, подземный рабочий, банщик и др.).	Требует повышенной выносливости к воздействию окружающей среды с влажностью воздуха 75% и выше.
23.	Труд, связанный с пребыванием в жарком помещении, на жаре (повар, пекарь, литейщик, дорожный рабочий и др.).	Требует выносливости к воздействию окружающей среды в жарком помещении, на жаре. Температура воздуха в помещении +23 +28 и выше; на открытом воздухе +28 и выше.
24.	Труд, связанный с необходимостью контакта с токсическими веществами (химик, лаборант и др.).	Требует достаточной толерантности, в том числе отсутствия повышенной чувствительности, к воздействию токсических веществ.
25.	Труд, связанный с необходимостью контакта с аллергизирующими веществами (фармацевт, медсестра стационара, архивариус, садовник и др.).	Требует достаточной толерантности, в том числе отсутствия повышенной чувствительности, к воздействию аллергизирующих веществ.
26.	Труд, связанный с наличием общей или локальной вибрации (бурильщик, проходчик и др.).	Требует выносливости к воздействию общей или локальной вибрации.
27.	Труд, связанный с необходимостью ночных смен (вахтер, сторож, медработник и др.).	Требует выносливости к нарушению нормального ритма сна и бодрствования, физических усилий.
28.	Труд, связанный с необходимостью пребывания на высоте (мон-	Требует переносимости нервно-психического

	тажник-высотник, каменщик, маляр и др.).	напряжения и физических усилий, связанных с работой на высоте – работа на высоте 1-1,5 м. и выше.
29.	Труд, связанный с пребыванием в шумном помещении (станочник, токарь, летчик, стюардесса и др.).	Требует переносимости нервно-психического напряжения, связанного с пребыванием в шумном помещении (низкочастотный – выше 90-100дБ., среднечастотный – 85-90 дБ., высокочастотный – выше 75-85 дБ.).
30.	Труд, связанный с необходимостью пребывания вблизи движущихся механизмов (станочник, транспортировщик и др.).	Требует контакта с движущимися частями машин и механизмов, пребывание вблизи движущегося транспорта, что обуславливает необходимость напряженности и сосредоточенности внимания, точности и аккуратности в выполнении операций и способности адекватно оценивать результаты собственной деятельности и возможные последствия.
31.	Труд, связанный с необходимостью пребывания вблизи огня, горячих предметов (повар, литейщик, кочегар, гладильщица и др.).	Требует пребывания вблизи огня, горячих предметов, что обуславливает необходимость напряженности и сосредоточенности внимания, точности и аккуратности в выпол-

		нении операций и способности адекватно оценивать результаты собственной деятельности и возможные последствия.
32.	Труд, связанный с необходимостью пребывания вблизи открытых водоемов и иных емкостей с водой и другими жидкостями (рыбак, тренер водных видов спорта и др.).	Требует пребывания вблизи открытых водоемов и иных емкостей с водой и другими жидкостями, что обуславливает необходимость напряженности и сосредоточенности внимания, точности и аккуратности в выполнении операций и способности адекватно оценивать результаты собственной деятельности и возможные последствия.
33.	Труд, связанный с электроустановками – W – выше 36 вольт, - (электрик, электромонтер и др.).	Требует контакта с электроустановками (W – выше 36 вольт), что обуславливают необходимость напряженности и сосредоточенности внимания, точности и аккуратности в выполнении операций и способности адекватно оценивать результаты собственной деятельности и возможные последствия.
34.	Труд, связанный с контактом с промышленной пылью, выше уровня предельно допустимых концентраций (шлифовщик, бе-	Требует достаточной толерантности к промышленной пыли, в том числе отсутствия повы-

	тонщик, текстильщик, валяльщик, скорняк и др.).	шенной чувствительности, к воздействию токсических и аллергизирующих веществ, содержащихся в промышленной пыли.
35.	Труд, связанный с воздействием различных излучений (ультра - и инфразвуковые, инфракрасные ионизирующие излучения, электромагнитные поля радиочастот: высокочастотные, ультравысокочастотные, сверхвысокочастотные – уровень ниже предельно допустимого -, (аппаратчики, испытатель установок, работник рентгенлаборатории и др.).	Требует достаточной толерантности к воздействию, ниже предельно допустимого уровня, различных излучений (ультра – и инфразвуковые, инфракрасные ионизирующие излучения, электромагнитные поля радиочастот: высокочастотные, ультравысокочастотные, сверхвысокочастотные.
36.	Труд, связанный с напряжением слуха (радист, телефонист, рабочий типографии, ткацкого производства и др.).	Требует напряжения слуха и нервно-психических усилий.

Примерный перечень профессий и трудовых факторов, ограничивающих трудовую деятельность инвалидов в них.

№ №	Примерный перечень профессий интеллектуальных видов труда	Примерный перечень рабочих профессий.	Название и содержание трудовых факторов, ограничивающих трудовую деятельность инвалидов.
1	2	3	4
1	Категории профессий по предмету труда в системе «человек – человек».		
	Руководитель (руководителем является специалист, имеющий в непосредственном подчинении коллектив более 2-х человек).		Труд, связанный с необходимостью руководства коллективом; правильной оценки ситуации и принятия самостоятельных решений, направления деятельности.

	<p>Врач, педагог, юрист, провизор.</p>		<p>сти работников на выполнение определенных задач и корректировку процесса их выполнения, в том числе в условиях дефицита информации и времени; име способности расширению знаний и накоплению практического опыта.</p> <p>Труд, связанный с ответственностью за безопасность и жизнь людей, требующий способности быстро ориентироваться как в обычной, так и в экстремальной ситуации; действовать в соответствии со сложившейся обстановкой; способности принятия решений в условиях дефицита времени и информации.</p> <p>Труд, связанный с высокой интеллектуальной нагрузкой, требующий необходимости владения и оперирования запасом теоретических знаний и профессионального опыта, а также требующий необходимости находить решения с учетом различной меняющейся информации и форм</p>
--	--	--	---

	Экскурсовод, лектор, воспитатель, приемщик.	<p>ровать программу собственных действий.</p> <p>Труд, связанный с высоким напряжением зрения, требующий зрительного различения мелких объектов, письма, чтения текста. Труд, связанный с постоянным речевым контактом, требующим постоянного речевого общения, передачи информации, нагрузки и напряжения речевого и слухового аппаратов, быстрого понимания чужой речи, ведения телефонных переговоров.</p> <p>Труд, связанный с неопосредованностью прямого контакта с детьми.</p> <p>Труд, связанный с неопосредованностью контакта с большим количеством людей.</p> <p>Труд, связанный с неопосредованностью контакта с большим количеством людей.</p> <p>Труд, связанный с неопосредованностью прямого контакта с детьми.</p> <p>Труд, связанный с постоянным речевым контактом, требующим общения и передачи информации.</p>
--	---	---



			<p>формации, нагрузки и напряжения речевого слухового аппарата быстрого понимания чужой речи, ведение телефонных переговоров.</p> <p>Труд, связанный с возможностью материального ущерба для работодателя или третьих лиц из-за упущения работником; требующий элементарного внимания, способности к элементарному учету.</p> <p>Труд, связанный с низкой интеллектуальной нагрузкой; требующий необходимости общительности, ориентировки в обиходных вопросах и простой рабочей ситуации.</p> <p>Труд, связанный с средней интеллектуальной нагрузкой, требующий запаса профессиональных и практических знаний; действий в соответствии со стереотипной программой решения задач в шаблонных, стереотипных формах и по заданному образцу. Труд, связанный с умеренным напряжением зрения.</p>
	Референт, секретарь.	Гардеробщик.	
		Корректор.	

			<p>требующий необходимости зрительного различения крупных объектов, эпизодическая выраженная зрительная нагрузка.</p> <p>Труд, связанный с выраженным напряжением зрения, требующий зрительного различения мелких объектов, письма, чтения текста, чтения.</p> <p>Труд, связанный с средней интеллектуальной нагрузкой, требующий запаса профессиональных и практических знаний, действий в соответствии со стереотипной программой стереотипных форм по заданному образцу.</p> <p>Труд, связанный с необходимостью контакта с большим количеством людей.</p> <p>Труд, связанный с пребыванием в холодном помещении, на холоде (Температура воздуха в помещении +15 +16 С и ниже; на открытом воздухе 0 +9 С).</p> <p>Труд, связанный с н</p>
--	--	--	---

		<p>Работник службы быта, продавец.</p> <p>Дворник, работник овощехранилища, и др.</p> <p>Уборщица, дворник, грузчик, сторож, вахтер, разносчик, гардеробщик, курьер и др.</p> <p>Повар, пекарь.</p> <p>Курьер, разносчик, почтальон.</p>	<p>кой интеллектуальной нагрузкой, требующей необходимости общенной ориентировки в общественных вопросах и прстой рабочей ситуации</p> <p>Труд, связанный с неходимостью пребывания вблизи огня, горячих предметов, а также с колющими режущими предметами.</p> <p>Труд, связанный с неходимостью грубого ручного манипулирования, требующий неходимости схвата и удержания крупных предметов и использования их в процессе трудовой деятельности</p> <p>Труд, связанный с неходимостью постоянной ходьбы и стояния; требующий постоянного пребывания на ногах или длительного сохранения заданной позы.</p> <p>Труд связанный с пребыванием в сыром помещении, в условиях повышенной влажности (влажность воздуха 75% и выше).</p>
--	--	--	---

		Банщик.	
Категории профессий по предмету труда в системе «человек – техника».			
	Инженер по технике безопасности, диспетчера на авиалиниях, железной дороге и другие диспетчерские высококвалифицированные профессии, инженеры-технологи в пищевой и фармацевтической промышленности.	Водительские профессии.	<p>Труд, связанный с ответственностью за безопасность и жизнь людей; требующий способности быстро ориентироваться как в обычной, так и в экстремальной ситуации и действовать в соответствии со сложившейся обстановкой, а также способности принятия решений в условиях дефицита времени и информации.</p> <p>Труд, связанный с непрерывным, но обязательным речевым контактом, требующим грамотного и быстрого получения и передачи информации с помощью речевого контакта или на отдельных этапах трудового процесса.</p> <p>Труд, связанный с высоким напряжением зрения, требующий зрительного различения мелких объектов, precise</p>

	<p>Инженеры специальности (кроме вышеуказанных).</p>	<p>Все виды работ на конвейере.</p> <p>Сборщик, станочник, другие рабочие специальности.</p> <p>Часовщик, слесарь по мелким деталям.</p> <p>Радист, телефонист,</p>	<p>ма, чтения текста, чем тяжелее.</p> <p>Труд, связанный с необходимостью выполнения производственных операций в заданном темпе.</p> <p>Труд, связанный с непрерывным, но обязательным речевым контактом, требующий правильного понимания и передачи информации с помощью речевого контакта или на отдельных этапах трудового процесса.</p> <p>Труд, связанный с эпизодической ходьбой стоянием, требующий необходимости передвижения до места работы, эпизодическое передвижения в процессе трудовой деятельности.</p> <p>Труд, связанный с напряженным напряжением зрения, требующий зрительного различения мелких объектов, писма, чтение текста, чем тяжелее.</p> <p>Труд, связанный с напряжением слуха.</p>
--	--	---	--

		<p>рабочие типографий, ткацкого производства.</p> <p>Аппаратчики, испытатели установок, работники рентген-лабораторий.</p> <p>Дорожный рабочий.</p> <p>Кочегар, гладильщица.</p>	<p>Труд, связанный с воздействием различными излучениями (ультра – инфразвуковые, инфракрасные, ионизирующие излучения, электромагнитные поля, радиочастоты – высокочастотные, ультравысокочастотные, сверхвысокочастотные).</p> <p>Труд, связанный с пребыванием в (холодном помещении, на холоде. Температура воздуха в помещении +15 +16 С и ниже; на открытом воздухе ниже 0 +9 С).</p> <p>Труд, связанный с неосторожностью, пребыванием вблизи огня, горячих предметов, а также с колющими предметами.</p>
	Категории профессий по предмету труда в системе «человек – природа».		
	Ветеринар		Труд, связанный с ответственностью за безопасность и жизнь людей, требующий способности быстро ориентироваться как в обы

			<p>ной, так и в экстремальной ситуации и действовать в соответствии со сложившейся обстановкой; способность принятия решений в условиях дефицита времени и информации.</p> <p>Труд, связанный с высокой интеллектуальной нагрузкой, требующий необходимости владения и оперирования запасом теоретических знаний и профессионального опыта, а также необходимости находить решения с учетом разнообразной меняющейся информации, формировать программы собственных действий.</p> <p>Труд, связанный с непрерывным речевым контактом, требующий понимания и передачи информации с помощью речевого контакта лица на отдельных этапах трудового процесса.</p> <p>Труд, связанный с высокой интеллектуальной нагрузкой, требующий необходимости общности ориентировки в объективных вопросах и прстой рабочей ситуации.</p> <p>Труд, связанный с эп</p>
--	--	--	--

Рабочие ветлечебниц, зоопарков, заказников и т.п., лесничий.





			<p>способности адекватно оценивать результаты собственной деятельности и возможные последствия.</p> <p>Труд, связанный с работой средней интеллектуальной нагрузкой, требующий запас профессиональных и практических знаний; действий в соответствии со стереотипной программой; решение задач в шаблонах, стереотипных формах и по заданному образцу. Труд, связанный с непостоянным, но обильным речевым контактом, требующим получения и передачи информации с помощью речевого контакта лица на отдельных этапах трудового процесса.</p> <p>Труд, связанный с возможностью материального ущерба для работодателя или третьих лиц из-за упущения работником, требующим элементарного внимания, способности к элементарному учету.</p> <p>Трудовой, связанный с работой средней интеллектуальной нагрузкой, требующий</p>
--	--	--	---

	<p>Секретарь-машинистка, делопроизводитель, лаборант, учетчик.</p> <p>Чертежник</p>	<p>Кладовщик, приемщик, все виды труда, связанные с временным хранением ценностей.</p> <p>Рабочие специальности средней квалификации и др.</p>	<p>щий запаса профессиональных и практических знаний; действий в соответствии со стереотипной программой решения задач в шаблонных, стереотипных формах и по заданному образцу.</p> <p>Труд, связанный с умственным напряжением зрения, требующий необходимости зрительного различения крупных объектов, эпизодически выраженной зрительной нагрузки.</p> <p>Труд, связанный с необходимостью тонкого ручного манипулирования, требующий необходимости схватывания и удержания мелких предметов и использования их в процессе трудовой деятельности.</p>
	Категории профессий по предмету труда в системе «человек – художественный образ».		
		Изготовители особо ценных предметов или работающие с ценностями.	<p>Труд, связанный с возможностью материального ущерба для работодателя или третьих лиц из-за упущения работником; требующий элементарного внимания, способности к элементарному учету.</p>

	<p>Архитектор, проектировщик, научный сотрудник.</p>	<p>Фрезеровщик, токарь высокой квалификации и т.п.</p> <p>Токарь, станочник.</p>	<p>Труд, связанный с высоким напряжением зрения; требующий зрительного различения мелких объектов.</p> <p>Труд, связанный с высокой интеллектуальной нагрузкой; требующий необходимости владения и оперирования запасом теоретических знаний и профессионального опыта; требующий необходимости находить решения с учетом разнообразия изменяющейся информации и формировать программу собственных действий. Труд, связанный с умеренным напряжением зрения; требующий необходимости зрительного различения крупных объектов, эпизодическая выраженная нагрузка.</p> <p>Труд, связанный с необходимостью постоянной ходьбы и стояния, требующий постоянного пребывания на ногах или длительного сохранения заданной позы.</p> <p>Труд, связанный со средней интеллектуальной</p>
--	--	--	--

		Мастера художественных промыслов.	ной нагрузкой, требующий запаса профессиональных и практических знаний; действий в соответствии со стереотипной программой решения задач в шаблонах, стереотипных формах и по заданному образцу. Труд, связанный с умеренным напряжением зрения; требующий необходимости зрительного различения крупных объектов, эпизодически выраженной зрительной нагрузки.
		Вышивальщица, портной.	Труд, связанный с необходимостью тонкого ручного манипулирования; требующий необходимости схватывания и удержания мелких предметов и использования их в процессе трудовой деятельности.

### **Порядок работ по экспертному заключению о группе инвалидности.**

Вынесение экспертного заключения о группе инвалидности основывается, как правило, на пошаговом установлении:

*1.наличия нарушения здоровья, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или/и дефектами;*

*2.наличия стойкого расстройства функций организма вследствие выявленных заболеваний, последствий травм или/и дефектов;*

*3.наличия обусловленных стойким(и) расстройством(ами) функций организма различных сфер жизнедеятельности;*

*4.полной или частичной утраты лицом способности или возможности самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или/и заниматься трудовой деятельностью;*

*5.необходимости осуществления мер социальной защиты для компенсации или замещения выявленных ограничений жизнедеятельности;*

*6.потенциальных возможностей реализации мер социальной защиты.*

При определении характера нарушений здоровья врачам бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) приходится сталкиваться с большим количеством разнообразных нозологических форм заболеваний, а также с их сочетаниями; каждая из патологий в свою очередь может иметь различную степень выраженности. Разнообразные нарушения здоровья могут вызывать различные нарушения функций и соответственно нарушения жизнедеятельности, а также их компенсации или замещения за счет тех или иных мер социальной защиты.

В каждом конкретном случае при вынесении экспертного заключения о группе инвалидности необходим анализ и учет разнообразных факторов в *их совокупности*. Несмотря на особую значимость и социальную важность данного вопроса, а также накопленный опыт за длительный срок существования экспертных комиссий и многочисленные разработки экспертных подходов при разнообразных нозологических формах или в разных группах населения (например, шахтеры, летный состав, участники войны в Афганистане, ликвидаторы аварии на ЧАЭС и др.), до настоящего времени отсутствует должная методическая база решения экспертных проблем. Действующие методики определения групп инвалидности не основаны на унифицированных критериях комплексной оценке функцио-

нальных нарушений, нарушений жизнедеятельности, мер социальной защиты.

Надо учитывать еще ряд клинических, биологических, психологических и социальных факторов:

- к **клиническим** факторам относятся: тип течения заболевания, степень его прогрессивности, частота и длительность обострений, наличие сопутствующих заболеваний, клинический прогноз;

- к **биологическим** факторам относятся пол и возраст больного, социальная профессия, реальная возможность трудового устройства;

- к **психологическим** — собственная установка лица на продолжение или прекращение трудовой деятельности.

- Определение характера и степени нарушений жизнедеятельности инвалида являются сравнительно новыми технологиями, недавно введенными в практику МСЭ и пока методически недостаточно разработанными с точки зрения критериальных оценок. Еще менее разработан вопрос о технологиях реализации мер социальной защиты, предназначенных для облегчения жизнедеятельности инвалида, компенсации или замещения нарушенных функций. Однако это не означает, что отсутствуют легализованные подходы к решению данных проблем. Признание лица инвалидом и установление группы инвалидности, осуществляемые по результатам медико-социальной экспертизы, должно проходить с учетом комплексной оценки состояния здоровья и степени ограничений жизнедеятельности освидетельствуемого лица, а также особенностей компенсации установленных у него ограничений на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица.

## **АЛГОРИТМ УСТАНОВЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННО-ЭКСПЕРТНОГО ДИАГНОЗА**

Реабилитационно-экспертный диагноз основывается на клинико-функциональном диагнозе, соответственно которому устанавливается фаза реабилитационного процесса и определения реабилитационного потенциала. Указанные фазы обусловлены физиологическими

закономерностями восстановительного процесса, характеризующимися тремя периодами (фазами) реабилитации. Первый период — стабилизации, консолидации (фаза конвалесценции); второй — период мобилизации (фаза реконвалесценции); третий — период реактивации, или поддерживающий (фаза постконвалесценции).

Фаза конвалесценции отмечается в острый и субострый период нарушения здоровья, соответствует активному течению патологического процесса. При ее установлении в ходе медико-социальной экспертизы необходимо вынести заключение об отсроченности разработки ИПР. Соответственно, если инвалид обращается в этой фазе с заявлением по поводу разработки ИПР, ему следует отказать в такой разработке. Больной должен быть направлен на долечивание, в процессе которого, безусловно, должны быть использованы щадящие методики медицинской реабилитации.

Фаза реконвалесценции характеризуется активацией естественных биологических и психофизиологических компенсаторно-адаптационных механизмов, и во многом ее течение зависит от собственных усилий личности. Этот период благоприятен для активных реабилитационных воздействий в щадяще-тренирующем режиме. Разработка ИПР наиболее благоприятна, поскольку полноценная реализация ИПР позволяет у значительной части больных добиваться хороших отдаленных результатов.

Как правило, первая и вторая фазы характерны для впервые освидетельствуемых лиц. Однако могут быть и иные случаи.

У большей части инвалидов отмечается третья фаза, для которой свойственно хроническое течение патологического процесса, либо его стагнация. В этот период реабилитационные мероприятия следует проводить в зависимости от состояния больного в щадящем, щадяще-тренирующем, тренирующем или свободном режиме. Разработка ИПР показана всем инвалидам, за исключением лиц, находящихся в тяжелом состоянии (они нуждаются в медицинской и медико-социальной помощи).

### **Определение реабилитационного потенциала как основы разработки ИПР и оценки эффективности ее реализации**

*Реабилитационный потенциал* — комплекс биологических и психофизиологических характеристик человека, а также правовых и социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени

реализовать его потенциальные способности и возможности. На основе оценки реабилитационного потенциала формируется содержание и структура реабилитационно-экспертного диагноза, который отражал бы (наряду с фазой реабилитационного процесса), уровень анатомо-физиологического развития и характер социальной недостаточности освидетельствуемого лица.

Показатели уровня анатомо-физиологического развития: уровни физического развития, психофизической выносливости, эмоционально-волевой устойчивости. Уровень физического развития можно ранжировать по трем степеням и оценивать его как «соответствующий возрастно-половым нормам», «ниже возрастно-половых норм», «выше возрастно-половых норм». Отражением уровней психофизиологической выносливости являются оценки «высокий», «средний», «низкий». Эмоционально-волевые показатели можно оценивать с позиций таких характеристик, как «эмоционально-волевая устойчивость» (высокий уровень), «эмоционально-волевая лабильность» (средний уровень), «эмоционально-волевая неуравновешенность» (низкий уровень).

Социальная недостаточность освидетельствуемого лица определяется профессиональным и социально-средовым статусами.

Профессиональный статус характеризуется уровнем профессионального образования (высшее, среднее, начальное профессиональное образование), соответствием основной профессии базовому профобразование (соответствует, не соответствует), уровнем профессиональной квалификации (высокий, средний, низкий).

Социально-средовой статус — это совокупность таких характеристик, как социально-психологическая адекватность, социальная адекватность, уровень социокультурного развития, семейно-бытовое и материальное положение. Социально-психологическая реакция, рассматриваемая как субъективная оценка создавшейся жизненной ситуации и структура психологических реакций на нее, может оцениваться как адекватная, неопределенная, неадекватная. Социальная активность человека может интерпретироваться такими характеристиками, как: социально активен, социальноинертен, социально негативен. Уровни социокультурного развития характеризуются как высокий, средний, низкий. Семейно-бытовое положение оценивается с учетом



микросоциальных психологических показателей и жилищно-бытовых условий и формализуется в терминах: «семейно-бытовая комфортабельность», «семейно-бытовая неупорядоченность», «семейно-бытовая неустроенность». Материальное положение человека в зависимости от уровня его материального благополучия может оцениваться следующими понятиями: «материальная обеспеченность высокая», «материальная обеспеченность средняя», «малообеспеченность».

В зависимости от клинико-функционального диагноза и прогноза, обозначенных показателей, а также рояльных возможностей проведения реабилитационных мероприятий следует уточнить реабилитационный потенциал: высокий, средний, низкий.

С учетом вышеизложенного предлагается формировать **реабилитационно-экспертный диагноз** следующим образом (как один из примеров):

1. **Реабилитационный процесс в фазе** реконвалесценции. Предпочтителен щадяще-тренирующий режим реабилитации.
2. **Анатомо-физиологический статус:** физически развит удовлетворительно, психофизиологическая выносливость средняя, эмоционально лабилен;
3. **Профессиональный статус:** профессионально высоко образован, основная профессия соответствует базовому образованию, средний квалификационный уровень профессиональной подготовки;
4. **Социально-средовой статус:** социально-психологически адекватен, социально инертен, средний уровень социокультурного развития, комфортен в семье и быту, материальная обеспеченность средняя.
5. **Реабилитационный потенциал:** высокий.

Характеристики станут базовыми для разработки, реализации и выводов об эффективности реализации ИПР.

Вынесение реабилитационно-экспертного диагноза возможно как в процессе медико-социального экспертного освидетельствования с целью установления группы инвалидности, так и в ходе медико-социальной экспертизы с целью разработки ИПР на основании заявления от инвалида о разработке ИПР. Инвалид должен быть своевременно проинформирован работниками службы медико-

социальной экспертизы о своих правах на реабилитацию и организационных особенностях разработки ИПР. Следует также учитывать, что реабилитационные мероприятия — это целенаправленное воздействие на человека и добровольное согласие инвалида необходимое предварительное условие их реализации.

### **АЛГОРИТМЫ ВЫБОРА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ И ФОРМИРОВАНИЯ ИПР**

Алгоритм выбора реабилитационных мероприятий для последующего внесения их в ИПР представляет собой последовательные взаимообусловленные действия, включая:

1. Анализ медико-социального экспертного заключения об инвалидности (признание лица инвалидом, определение группы, причины и др.).
2. Установление реабилитационно-экспертного диагноза.
3. Информирование инвалида о его правах на разработку и реализацию ИПР.
4. Собственно разработка ИПР, включая медицинскую, социальную и профессиональную ее составляющие части.
5. Формализация ИПР.

#### **. Методические аспекты формирования индивидуальной программы комплексной реабилитации инвалида**

В соответствии с действующим законодательством индивидуальная программа реабилитации инвалида разрабатывается специалистами государственной службы медико-социальной экспертизы в специальных учреждениях — бюро медико-социальной экспертизы.

*Индивидуальная программа реабилитации (ИПР)* — разработанный на основе решений государственной службы медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для индивида мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации различных мер, направленных на решение его социальных проблем, обусловивших ограничения жизнедеятельности по состоянию здоровья и/или социальным обстоятельствам.

ИПР разрабатывается на основе *базовой программы реабилитации* — гарантированного перечня социальных мер, технических средств и услуг, предоставляемых в соответствии с установленным порядком субъекту социальной поддержки уполномоченными социальными институтами бесплатно за счет средств бюджетов различного уровня.

При разработке ИПР следует учитывать, что ее практическая реализация должна осуществляться в системе нормативно-правовых регуляторов. Эти регуляторы легализованы в законах и подзаконных актах, регламентирующих, наряду с другими значимыми аспектами, предоставление социальных услуг, вспомогательных технических средств, архитектурно-планировочных устройств и приспособлений. Таким образом, медико-социальный эксперт, принимая то или иное решение при формировании индивидуальной программы реабилитации инвалида, должен исходить как из медико-социальной экспертной оценки нарушения состояния здоровья, обусловленных им нарушений функций, вызвавших ограничение(я) жизнедеятельности, так и определения потребностей индивида в социальной защите на условиях правового основания.

В процессе разработки ИПР специалисты оценивают структуру потребностей и круг интересов инвалидов, знакомятся с перечнем близко расположенных к месту жительства инвалида учреждений, занимающихся реабилитационной деятельностью и готовых осуществлять реабилитацию инвалидов.

Алгоритм организационного решения разработки ИПР состоит из следующего:

- инвалид по завершению процедуры вынесения экспертного решения об инвалидности и ее характеристиках (группе, причине, сроках переосвидетельствования и др.) подает заявление на имя руководителя *бюро медико-социальной экспертизы* (БМСЭ), в котором заявляет свою просьбу о разработке ИПР;

- эксперты бюро медико-социальной экспертизы выносят реабилитационно-экспертный диагноз и определяют потребности инвалида в различных видах, объемах и формах медицинской, профессиональной и социальной реабилитации, необходимых для проведения комплексной реабилитации в соответствии с предыдущими заключениями. Они также выносят общее заключение в типовую форму ИПР и уточняют сроки исполнения программных мероприятий и их исполнителей;

- специалисты базовых учреждений реабилитации (исполнители: соответствующие структуры здравоохранения, социальной защиты, образования, труда и занятости, культуры, и др.) составляют персонализированную профильную целевую «Карту реализации ИПР», которая и представляет технический документ, соответственно которому осуществляется практическая реабилитация.

## **Методические аспекты выявления потребностей инвалидов в различных видах медицинской реабилитации**

Как мы уже неоднократно подчеркивали выше, *медицинская реабилитация инвалидов* — это комплекс медицинских мер воздействия на человека, направленных на восстановление нарушенных или утраченных функций организма, приведших к инвалидности. Цель этих мер — восстановление, поддержание и охрана здоровья инвалида.

### **Медицинские меры реабилитации включают:**

1. Восстановительное лечение; осуществляется в учреждениях здравоохранения (специализированных реабилитационных или иного профиля либо учреждениях другой ведомственной (иной) принадлежности), оказывающих медицинские услуги населению, либо в специализированных центрах реабилитации инвалидов; лечение может осуществляться амбулаторно, стационарно или этапно, с чередованием амбулаторной и стационарной форм. Лечебные мероприятия должны составлять оптимальные для инвалида медикаментозные, хирургические, физические, психологические и иные медицинские методы, выбранные специалистами в соответствии с потребностями индивида. В лечебный восстановительный комплекс должны входить социально-бытовая адаптация, социально-трудовая адаптация, подбор вспомогательных средств и их медико-техническая адаптация к инвалиду;

2. Санаторно-курортное лечение; осуществляется в соответствующих учреждениях как специализированных (неврологического, гастроэнтерологического, кардиологического и т.д.), так и общего профиля любой ведомственной (иной) принадлежности. Санаторно-курортное лечение в зависимости от цели, с которой оно проводится, может быть этапом восстановительного лечения или иметь общеукрепляющее значение;

3. Диспансерное наблюдение, проводимое для динамического медицинского контроля состояния здоровья инвалида и своевременной его коррекции. Оно должно осуществляться учреждениями здравоохранения или другой ведомственной (иной) принадлежности, оказывающими медицинские услуги населению или специальными центрами реабилитации инвалидов;

4. Медико-социальный экспертный контроль с целью динамической экспертной оценки состояния инвалида и своевременной его коррекции (должен осуществляться службой медико-социальной экспертизы).

К медицинской реабилитации законодательно отнесены реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование.

*Реконструктивная хирургия* — метод оперативного восстановления анатомической целостности и физиологической самостоятельности функциональных способностей систем и органов индивида.

*Протезирование* — 1) восстановление функций или устранение косметических дефектов поврежденных органов или частей тела с помощью протезов; 2) замена частично или полностью утраченного органа искусственным эквивалентом (протезом) с максимальным сохранением индивидуальных и функциональных способностей.

*Ортезирование* — компенсация частично или полностью утраченных функций опорно-двигательного аппарата с помощью дополнительных устройств (протезов), обеспечивающих выполнение этих функций.

## **Методические основы установления потребностей инвалидов в различных видах социальной реабилитации**

*Реабилитация социальная* — система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических, юридических мер, направленных на создание и обеспечение условий для социальной интеграции лица, имеющего ограничения жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма и/или социальными обстоятельствами. Цели социальной реабилитации состоят в восстановлении (формировании) социального статуса человека, утраченных общественных связей (на макро- и микроуровнях).

Реабилитация социальная достигается через:

1. социальную адаптацию — процесс освоения относительно стабильных условий социальной среды, решения повторяющихся, типичных проблем путем использования принятых методов социального поведения, действия;

2. социально-бытовую адаптацию — систему и процесс определения оптимальных режимов общественной и семейно-бытовой деятельности человека в конкретных социально-средовых условиях и приспособления к ним индивида;

3. социально-средовую ориентацию — процесс определения структуры наиболее развитой социально-бытовой и профессиональной функции индивида с целью последующего подбора на этой осно-

ве общественной и семейнообщественной деятельности, а также при необходимости адаптации социальной среды к его психофизиологическим возможностям;

4. социально-психологическую адаптацию — процесс восстановления (формирования) способности индивида эффективно взаимодействовать с окружающими его людьми в системе межличностных отношений, включая уровень коммуникабельности или общительности, т.е. способности и спонтанной коммуникативной активности, а также владение навыками общения, устойчивые типы реакций при социально-психологическом взаимодействии (характеризуется по ролевым и другим функциям, выполняемым индивидом в малых и/или больших группах);

5. социальные услуги, включающие медицинскую помощь, воспитание и обучение, профессиональное консультирование и образование, трудовое устройство, медико-социальный уход, социально-бытовое обслуживание на дому, в специальных центрах и стационарных учреждениях, психологическую, психиатрическую, наркологическую поддержку и др.

Социальная реабилитация — основа интеграции инвалида в общество. Содействие интеграции обеспечивается системой мер социальной защиты, направленных на создание инвалидам условий для их полной или частичной экономической самостоятельности и равных с другими гражданами возможностей участия в общественной жизни и развитии общества. Выбор пути и методов реабилитации и интеграции должен адекватно и оптимально соответствовать потребностям инвалида, возможностям общества и конкретным условиям, в которых они осуществляются. Он (путь) должен быть ориентирован на индивидуализацию, адресность, непрерывность, последовательность, преемственность, комплексность и целостность подходов, а также предполагать возможность своевременной коррекции, с учетом изменений психосоматического статуса инвалида, условий и возможностей осуществления реабилитационных мероприятий. В ИПР следует отмечать потребность в том или ином виде социальной реабилитации, определять формы осуществления.

Наибольшие трудности при формировании этой части ИПР возникают в процессе определения потребностей инвалидов в различных видах социальных услуг, вспомогательных технических средств, архитектурно-планировочных устройств и приспособлений. С целью упорядочения данных экспертных действий и их алгоритмизации

предлагается экспертная система, базирующаяся на принципах детерминированности и взаимообусловленности функциональных нарушений — нарушений жизнедеятельности — механизмов компенсации — целеполагания и целеосуществления использования указанных услуг, средств, устройств и приспособлений в системе социальной защиты.

При таком подходе приобретает значение оценка параметров:

а. функционального состояния систем и органов, в целом организма;

б. влияния нарушений функций на состояние жизнедеятельности;

в. ограничений жизнедеятельности;

г. прогноза возможной компенсации нарушенных функций и механизмов компенсации;

д. выбора видов социальных услуг, вспомогательных технических средств, архитектурно-планировочных устройств и приспособлений, которые необходимо предоставить инвалиду для компенсации имеющихся функциональных нарушений и обеспечения его жизнедеятельности.

При оценке функционального состояния организма инвалида рекомендуется применять «Международную номенклатуру нарушений жизнедеятельности, снижения трудоспособности и социальной недостаточности». Согласно этому документу нарушение здоровья — это любая потеря или аномалия психологической, физиологической или анатомической структуры или функции.

С учетом этой номенклатуры, адаптированной к выполнению конкретных задач формирования индивидуальной программы реабилитации инвалида, в предлагаемой экспертной системе используется следующая классификация функциональных нарушений:

*Мнестико-интеллектуальные (умственные) нарушения.*

*Нарушения мышления.*

*Речевые (языковые) нарушения.*

*Слуховые нарушения.*

*Нарушения зрения.*

*Висцеральные нарушения.*

*Нарушения передвижения, схвата и удержания предметов*

*Уродующие нарушения.*

*Нарушения позвоночника и брюшной стенки, требующие дополнительной фиксации.*

## **Определение, структура и группировка социальных услуг, вспомогательных технических средств и архитектурно-планировочных устройств и приспособлений для инвалидов**

Социальная услуга инвалиду — это действие другого лица, направленное на удовлетворение социальных потребностей индивида, обусловленных ограничением его жизнедеятельности вследствие нарушения функции организма.

*Социальные потребности* — особый вид потребностей удовлетворение которых необходимо для поддержания жизнедеятельности социальной личности, социальных групп, общества в целом. Это потребности в социально-бытовом обустройстве, обучении, трудовой деятельности, социально-экономической активности, духовной культуре, т.е. во всем, что является продуктом общественной жизни. В широком смысле удовлетворение социальных потребностей обеспечивает равновесие состояния системы «субъект — среда». Социальные потребности инвалида можно подразделить на четыре группы:

1. жизненно важные для социального субъекта потребности — не удовлетворение которых составляет угрозу жизни индивида;
2. потребности, удовлетворение которых происходит на уровне социальных нормативов, что обеспечивает сохранение социального субъекта, но не его развитие;
3. потребности, удовлетворение которых обеспечивает функционирование социального субъекта на уровне социальных норм;
4. потребности, удовлетворение которых обеспечивает комфортные (для данных социокультурного пространства и социального времени) условия функционирования и развития социального субъекта.

Социальным субъектом в данном случае является инвалид, который в реабилитационном процессе является субъектом, т.е. активным участником этого процесса, в том числе при принятии тех или иных решений по предоставлению ему социальных услуг. Такие услуги могут быть оказаны только с согласия самого инвалида или на иных, предусмотренных законодательством основаниях.



Размер социальных потребностей ограничен состоянием экономики страны, региона, характером и масштабами общественного производства, спецификой производственных отношений и социокультурной среды, национальными и историческими традициями. Удовлетворение потребностей на льготной основе в рамках ИПР регулируется нормативно-правовыми документами, что обязательно должно предусматриваться при принятии решений в аспекте формирования индивидуальных программ реабилитации инвалида. Потребности социальные характеризуются взаимосопряженностью.

Сопряженность потребностей состоит в том, что возникновение и удовлетворение одной потребности может повлечь за собой целый комплекс других потребностей, что обуславливает образование цепей потребностей, переходящих одна в другую. Например, удовлетворение инвалида с дефектом зрения, адекватным его потребностям жильем, повлечет необходимость в удовлетворении специальными предметами социально-бытового предназначения и т.д.

Социальные потребности имеют существенные отличия от личностных потребностей индивида (запросов индивида). Социальные потребности удовлетворяются организационными усилиями членов общества посредством социальных институтов (в лице учреждений и предприятий систем здравоохранения, образования, социальной защиты, труда, занятости и др.).

Социальные услуги включают в себя организацию и обеспечение быта и питания, помощь в решении медико-социальных, социально-бытовых, социально-правовых вопросов, организацию и обеспечение образования, трудоустройства и досуга.

В зависимости от характера нарушений жизнедеятельности и степени их выраженности социальные услуги подразделяются на: помощь, уход, надзор.

*Помощь* — содействие инвалидам и (или) участие (путем консультирования, представления их интересов) в удовлетворении их социальных потребностей.

В зависимости от содержания содействия и (или) участия другого лица, определяемых характером нарушений жизнедеятельности и степенью их выраженности, выделяют основные виды помощи в решении:

- социально-бытовых вопросов;
- медико-социальных вопросов;
- социально-правовых вопросов;

- помощь в организации и обеспечении досуга.  
*Помощь в решении социально-бытовых вопросов*, ориентированная на организацию и обеспечение быта и питания инвалида, включает:
  - организацию питания, в том числе доставку продуктов на дом, приготовление пищи;
    - организацию и содействие в проведении санитарно-гигиенических процедур, включая услуги парикмахера, посещение бани;
    - организацию и осуществление стирки белья, включая услуги химчистки и прачечной;
    - поддержание условий проживания в соответствии с гигиеническими требованиями, включая уборку жилых помещений и их ремонт;
    - содействие в приобретении промышленных товаров, медикаментов и изделий медицинского назначения;
    - содействие в проведении ремонта одежды, обуви и других предметов бытового назначения, а также вспомогательных технических средств;
    - содействие в получении услуг коммунальных служб, учреждений связи, банковских учреждений, включая оплату их услуг.
- Помощь в решении медико-социальных вопросов* включает:
  - содействие в получении медицинской помощи;
  - содействие в проведении медико-социальной экспертизы;
  - сопровождение в медицинские и медико-социальные учреждения;
  - содействие в получении технических средств ухода и реабилитации.
- Помощь в решении социально-правовых вопросов* включает:
  - содействие в получении юридической помощи;
  - содействие в получении установленных действующим законодательством льгот и преимуществ;
  - содействие в получении консультативной помощи по иным вопросам жизнеобеспечения;
  - помощь в оформлении документов.
- Помощь в организации и обеспечении досуга* включает помощь, гарантированную государством и включающую удовлетворение духовных и физических потребностей инвалидов (см. социокультурная реабилитация).

Уход посторонний — постоянное или периодическое действие другого лица по повседневному удовлетворению бытовых нужд инвалида, включая проведение санитарно-гигиенических мероприятий и кормления.

**Надзор** — это наблюдение за инвалидом другого лица для предотвращения поступков и ситуаций, которые могут нанести вред инвалиду или окружающим его лицам.

**Постоянный надзор** — это непрерывное наблюдение за инвалидом, а периодический (предупредительный) — при определенных жизненных ситуациях, могущих представлять потенциальную угрозу для его состояния.

Наряду с социальными услугами большое значение для реабилитации инвалидов имеют технические средства, предназначенные лицам с ограниченными по состоянию здоровья возможностями, в том числе инвалидам, и ориентированы на создание им равных возможностей осуществления жизнедеятельности наряду с другими членами общества. К ним относятся нижеследующие средства.

Вспомогательные технические средства - дополнительные подсобные орудия, предметы, приспособления, применяемые для компенсации (замещения) нарушенных или утраченных функции организма, приводящих к ограничениям жизнедеятельности (самообслуживания, передвижения, ориентации, общения, контроля за поведением, трудовой деятельности, обучения), а также облегчающие уход за лицами с ограниченными по состоянию здоровья возможностями.

**Архитектурно-планировочные устройства и приспособления** — специальные конструкции, обеспечивающие безбарьерную среду жизнедеятельности для лиц с ограниченными возможностями путем специализации строительных норм и правил, а также архитектурно-планировочных решений и специального технического обеспечения жилых и производственных помещений, транспорта, путей передвижения.

**Систематизация социальных услуг, вспомогательных технических средств, архитектурно-планировочных устройств и приспособлений.**

Используемые в нормативных документах и практической работе учреждений медико-социальной экспертизы, реабилитации и социального обслуживания классификации социальных услуг, технических средств для инвалидов основываются не на специфике потребности инвалида, а на тех или иных второстепенных признаках, связанных

с удовлетворением потребностей. Так, вспомогательные технические средства группируются относительно номенклатуры их производства; социальные услуги (услуги по организации быта, питания, досуга и другие) — по сферам потребностей инвалидов или по органам, предоставляющим эти услуги; в сфере трудоустройства и образования — по формам организации обучения или производства. Для определения потребностей инвалида в социальных услугах, вспомогательных технических средствах, архитектурно-планировочных устройствах и приспособлениях необходимо основываться не этих второстепенных для решения целевых реабилитационных задач признаках, а непосредственно на потребностях инвалида в этих услугах, средствах, приспособлениях. В соответствии с этим принципом сформирован ниже приведенный перечень.

### **Перечень социальных услуг, вспомогательных технических средств и архитектурно-планировочных устройств и приспособлений**

#### **I. Социальные услуги**

1. Помощь по организации и обеспечению быта и питания:
  - помощь в организации и обеспечении быта и питания периодическая;
  - помощь в организации и обеспечении быта и питания постоянная.
2. Помощь в решении социально-правовых вопросов.
3. Помощь в организации и обеспечении досуга, в том числе:
  - помощь в организации и обеспечении досуга для слепых и слабовидящих;
  - помощь в организации и обеспечении досуга для глухих и слабослышащих;
  - помощь в организации и обеспечении досуга для инвалидов с нарушениями передвижения;
    - помощь в организации и обеспечении досуга для инвалидов с мнестико-интеллектуальными нарушениями;
    - помощь в организации досуга для инвалидов с выраженным и полным физическим бессилием.
4. Уход посторонний:
  - постоянный;
  - периодический.
5. Надзор посторонний:
  - надзор посторонний периодический (предупредительный);

- надзор посторонний постоянный.
- 6. Содействие трудоустройству инвалидов:
  - в условиях обычного производства;
  - в условиях обычного производства с сокращением объема трудовой деятельности;
  - в условиях обычного производства со снижением квалификации;
  - в индивидуально созданных условиях обычного производства;
  - в специально созданных условиях;
  - на специализированном предприятии;
  - в специальном цехе;
  - на специальном участке;
  - на дому.
- 7. Помощь в обучении, в том числе:
  - помощь в обучении лицам с психическими нарушениями!!; помощь в обучении лицам с речевыми нарушениями;
  - помощь в обучении слепым и слабовидящим;
  - помощь в обучении глухим и тугоухим;
  - помощь в обучении лицам с нарушением передвижения;
  - индивидуальное обучение.

## **II. Вспомогательные средства**

Вспомогательные технические средства, облегчающие уход и обслуживание инвалидов:

- вспомогательные технические средства, облегчающие медицинский уход;
- вспомогательные средства, облегчающие обслуживание.

### **2. Защитные средства:**

- средства, изолирующие отдельные части тела;
  - устройства для ограждения;
  - бортики;
  - сетки;
  - фиксаторы;
  - безопасные приборы и приспособления;
  - косметические средства для инвалидов с уродующими нарушениями (без нечистоплотности).
- Косметические протезы, в том числе:
- косметические протезы глаза;

- косметические протезы носа;
- косметические протезы уха;
- косметические протезы грудной железы;
- другие косметические протезы.

Косметические средства, в том числе:

- перчатки;
- грим.

Вспомогательные средства для больных с нечистоплотностью:

- сигнализаторы нечистоплотности;
- прокладки;
- кало-и мочеприемники;
- одежда при недержании,

Протезно-ортопедические изделия для верхних конечностей, включая:

- протезно-ортопедические изделия для верхних конечностей;
- протез плеча;
- протез предплечья;
- протез кисти;
- протезы пальцев.

Ортезы для верхних конечностей.

Протезно-ортопедические изделия для нижних конечностей, включая;

- протез бедра;
- протез голени;
- протез стопы.

Ортезы для нижних конечностей.

Ортопедическая обувь.

Держатели.

Корсеты.

Бандажи.

Головодержатели.

Вспомогательные приспособления к протезам, ортезам, ортопедической обуви.

Чехлы.

Рабочие насадки.

Манипуляторы.

19. Вспомогательные средства, облегчающие схват, удержание предметов и облегчающие физические усилия, в том числе:

➤ вспомогательные технические средства для плеча;  
➤ вспомогательные технические средства для предплечья;  
➤ вспомогательные технические средства для кисти;  
➤ вспомогательные технические средства для пальцев рук;  
➤ вспомогательные средства, облегчающие физические усилия при сохранной конечности;  
➤ вспомогательные средства при нарушении передвижения.

Простые вспомогательные средства для передвижения, в том числе:

➤ трости;  
➤ костыли;  
➤ ходунки.

Коляски:

➤ кресло-коляски;  
➤ велоколяски;  
➤ автотранспорт;  
➤ мотоколяска.

Автомобиль.

Вспомогательные технические средства для активного перемещения.

Вспомогательные технические средства для инвалидов сенсорными нарушениями:

➤ вспомогательные средства для инвалидов со снижением или отсутствием зрения (для слепых и слабовидящих):

➤ оптические средства для коррекции зрения;  
➤ ифлотехника для самообслуживания;  
➤ приборы, приспособления и другие средства для ориентировки в пространстве;

➤ приспособления, заменяющие необходимость зрительного восприятия;

➤ специальные приборы и устройства для получения и передачи информации.

Вспомогательные средства для инвалидов с нарушениями слуха (для глухих и тугоухих):

➤ слуховые аппараты;  
➤ средства сигнализации;  
➤ световые сигнализаторы;  
➤ вибрационные сигнализаторы;  
➤ вбротактильные устройства;

- специальные приборы и приспособления для получения и передачи информации;
- другие вспомогательные средства коммуникационного назначения.

Голосообразующие аппараты.

специальные приборы и приспособления для слепоглухонемых.

Специальные программы и вспомогательные средства, применяемые при обучении инвалидов:

- специальные программы обучения
- специальные программы обучения с адаптированным содержанием программы;
- специальные программы обучения с адаптированным режимом обучения;
- специальные программы обучения с адаптированной технологией обучения;
- специальные программы обучения для умственно отсталых лиц;
- специальные программы обучения для лиц с глубокой умственной отсталостью;
- вспомогательные технические средства, применяемые при обучении инвалидов;
  - вспомогательные технические средства для обучения инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
  - вспомогательные технические средства для обучения инвалидов с поражениями верхних конечностей;
  - вспомогательные технические средства для обучения слепых и слабовидящих;
  - вспомогательные технические средства для обучения глухих и тугоухих;
  - вспомогательные технические средства для обучения инвалидов с нарушениями речи;

29. Вспомогательные технические средства для труда инвалидов, в том числе:

- вспомогательные технические средства для труда инвалидов с поражениями верхних конечностей;
  - вспомогательные технические средства для труда инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
  - вспомогательные технические средства для труда слепых и слабовидящих;
  - вспомогательные технические средства для труда тугоухих и



глухих;

- вспомогательные технические средства для труда инвалидов с нарушениями речи.

30. Вспомогательные технические средства для проведения досуга, занятия физкультурой и спортом инвалидами, в том числе:

- вспомогательные технические средства для отдыха и спорта инвалидов поражениями верхних конечностей;

- вспомогательные технические средства для отдыха и спорта инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

- вспомогательные технические средства для отдыха и спорта инвалидов с нарушениями органов зрения;

- вспомогательные технические средства для отдыха и спорта инвалидов с нарушениями органа слуха;

## **Архитектурно-планировочные устройства и приспособления**

1. Архитектурно-планировочные устройства и приспособления для жилища инвалидов, в том числе:

- архитектурно-планировочные устройства и приспособления для жилища инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

- архитектурно-планировочные устройства и приспособления для жилища инвалидов с поражениями верхних конечностей;

- архитектурно-планировочные устройства и приспособления для жилища слепых и слабовидящих;

- архитектурно-планировочные устройства и приспособления для жилища глухих и тугоухих;

- архитектурно-планировочные устройства и приспособления для жилища инвалидов с низким ростом;

- архитектурно-планировочные устройства и приспособления для жилища лиц с умственной отсталостью.

2. Архитектурно-планировочные устройства, обеспечивающие доступность среды: для инвалидов, включая:

- архитектурно-планировочные устройства, обеспечивающие доступность среды для инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

- архитектурно-планировочные устройства, обеспечивающие доступность среды для слепых и слабовидящих;

- архитектурно-планировочные устройства, обеспечивающие доступность среды для глухих и тугоухих.

В основу группировки указанных услуг и средств положен принцип функционального предназначения для компенсации (замещения) нарушенных функций органов и систем организма и коррекции, возникших вследствие этого, нарушений основных сфер жизнедеятельности инвалида.

### **Модель экспертной системы определения потребностей инвалидов в социальных услугах, вспомогательных технических средствах, архитектурно-планировочных устройствах и приспособлениях**

На основе экспертной оценки имеющихся у инвалида ограничений жизнедеятельности и определения экспертным путем необходимых для их компенсации или замещения социальных услуг, вспомогательных технических средств, архитектурно-планировочных устройств и приспособлений была разработана модель алгоритма определения потребностей инвалида.

При функциональных нарушениях парных органов (верхние и нижние конечности), обуславливающих нарушение передвижения и нарушение схвата и удержания предметов, социальные услуги и технические средства следует рекомендовать в зависимости от характера, степени и уровня поражения верхних и нижних конечностей, прогнозируя взаимовлияние (позитивное или негативное) этих услуг и средств.

Представленные комплексы модельные, схематичные. Возможно, в каких-либо случаях будет возникать потребность в иных комплектациях и выборе социальных услуг, вспомогательных технических средств, архитектурно-планировочных устройств и приспособлений. Допускаются модификации и в связи с реальными возможностями конкретных социальных служб. Однако последнее не должно быть правилом при решении этих вопросов.

### **Социокультурная реабилитация инвалидов**

На современном культурно-историческом этапе цивилизованное сообщество осознало роль человеческого капитала в социальном развитии, все большее значение приобретает социокультурная реабилитация — направление социальной реабилитации инвалидов. Социокультурная реабилитация — это комплекс мероприятий (услуг), осуществляемых в интересах инвалидов и направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, с использованием средств культуры, искусства, творчества.

Целесообразность включения культуры, искусства, творчества в систему комплексной реабилитации инвалидов продиктовано как их основополагающей ролью этих средств в развитии и самореализации личности, так и накопленным практическим опытом социокультурной деятельности с инвалидами учреждений культуры, убедительно подтверждающим благотворное влияние средств культуры, искусства, творчества на образ жизни инвалидов. Эффективное использование этих средств в процессе реабилитации инвалида способствует формированию у него духовно-нравственных и социальных установок, чувства уверенности в жизни, обеспечивающих корректирующее и восстанавливающее воздействие на здоровье и мотивацию независимости в различных сферах жизнедеятельности.

**Культура** — совокупность материальных и духовных ценностей, созданных человечеством в процессе общественно-исторической практики — единый процесс созидания (творческой деятельности людей) и освоения всего богатства общества; особая система средств и механизмов деятельности охватывает и результаты деятельности, и отношения, складывающиеся в процессе деятельности, и саму деятельность. В широком плане культура есть технология воспроизводства человеческой жизни. Уровень личной культуры определяет степень готовности участвовать в освоении и преобразовании окружающего мира и общества.

**Искусство** — специфическая форма общественного сознания и человеческой деятельности, отражение действительности в художественных образах, один из важнейших способов эстетического освоения мира. Искусство обуславливает его специфическую функцию — удовлетворение эстетических потребностей людей путем создания произведений, могущих доставить человеку радость, наслаждение, духовно обогатить его и вместе с тем пробуждать в нем художника, способного в конкретной сфере своей деятельности творить по законам красоты. Через эстетическую функцию искусства проявляется его познавательное значение и осуществляется его идейно-воспитательное воздействие на людей.

**Творчество** — процесс человеческой деятельности, связанный с созданием, преобразованием, порождением нового, качественно оригинального результата, так как предполагает всегда творца, субъекта творческой активности.

Репродуктивная деятельность в сфере социокультурной реабилитации позволяет использовать инвалидам свой интеллектуальный,

творческий, художественный потенциал не только для своего блага, но и для обогащения всего общества. Технологии социокультурной реабилитации через воздействие на эмоционально-чувствительную сферу положительно влияют не только на процесс воспитания духовности, культуры чувств, развития познавательных сторон личности, но и на здоровье. Это воздействие исходит из возможности невербальной, недирективной, многообразной по форме выражения эмоциональной связи различных элементов культуры, искусства, творчества на человека. Каждый из этих элементов носитель собственных характерных черт и обладает индивидуальной силой воздействия на человека.

Существенное положительное влияние социокультурная реабилитация может оказать на инвалидов всех возрастных и социальных групп, но особое значение она имеет для детей-инвалидов и молодых инвалидов. В отношении этой категории лиц главная задача этого реабилитационного направления деятельности — приобщение к культурным, духовно-нравственным ценностям, к здоровому образу жизни, гармоничное развитие на основе включения в прекрасный мир искусства, культуры, творчества. В основе данных подходов — идея свободной, гармонично развитой личности, ориентированной на духовно-нравственные ценности и стремящейся к постоянному самоопределению, самосовершенствованию, а также к признанию важной роли искусства, культуры, творчества в формировании и развитии личности.

Личность — это человек, взятый в системе таких его психологических характеристик, которые социально обусловлены, проявляются в общественных по природе связях и поступках человека, имеющих существенное значение для него самого и окружающих.

Наряду с понятием «личность» употребляются термины «человек», «индивид», «индивидуальность». Содержательно эти понятия переплетены между собой. Именно поэтому анализ каждого из этих понятий, их соотношение с понятием «личность» позволит более полно раскрыть последнее.

Человек — это родовое понятие, указывающее на отнесенность существа к высшей ступени развития живой природы — к человеческому роду. В понятие «человек» утверждается генетическая предопределенность развития собственно человеческих признаков и качеств.

Специфические человеческие способности и свойства (речь, сознание, трудовая деятельность и пр.) не передаются людям в порядке биологической наследственности, а формируются прижизненно, в

процессе усвоения культуры, созданной предшествующими поколениями. Никакой личный опыт человека не может привести к тому, чтобы у него самостоятельно сформировались логическое мышление и системы понятий. Участвуя в труде и различных формах общественной деятельности, люди развивают в себе специфические человеческие способности, которые уже сформировались у человечества. Как живое существо человек подчиняется основным биологическим и физиологическим законам, как социальное — законам развития общества.

*Индивид* — это единичный представитель вида «*homo sapiens*». Как индивиды люди отличаются друг от друга не только морфологическими особенностями (такими, как рост, телесная конституция и цвет глаз), но и психологическими свойствами (способностями, темпераментом, эмоциональностью).

*Индивидуальность* — это единство неповторимых личностных свойств конкретного человека; своеобразие его психофизиологической структуры (тип темперамента, физические и психические особенности, интеллект, мировоззрение, жизненный опыт). При всей многогранности понятия «индивидуальность» оно в первую очередь обозначает духовные качества человека. Сущностное определение индивидуальности связано не столько с понятиями «особенность», «неповторимость», сколько с понятиями «целостность», «единство», «самобытность», «авторство», «собственный способ жизни». Сущность индивидуальности связана с самобытностью индивида, его способностью быть самим собой, быть независимым и самостоятельным.

. Соотношение индивидуальности и личности определяется тем, что это два способа бытия человека, два его различных определения. Несоответствие же этих понятий проявляется в том, что существуют два отличающихся процесса становления личности и индивидуальности. Становление личности есть процесс социализации человека, состоящий в освоении им своей родовой, общественной сущности. Это освоение всегда осуществляется в конкретно-исторических обстоятельствах жизни человека. Становление личности связано с принятием индивидом выработанных в обществе социальных функций и ролей, социальных норм и правил поведения, с формированием умений строить отношения с другими людьми. Сформированная личность есть субъект свободного, самостоятельного и ответственного поведения в социуме.

Однако не каждая личность несет положительное в социум. Деструктивные процессы для общества и самой личности имеют алкого-

лизм, токсикомании, увлечение тоталитарными идеологиями, участие в фанатических сектах, ведение асоциального образа жизни.

Социальная личность складывается в общении людей, начиная с первичных форм общения матери с ребенком. По сути дела она предстает как система социальных ролей человека, в разных группах, мнением которых он дорожит. Все формы самоутверждения в профессии, общественной деятельности, дружбе, любви, соперничестве и т.д. формируют социальную структуру личности. Психологи отмечают, что довольство или недовольство собой всецело определяется дробью, в которой числитель выражает наш действительный успех, а знаменатель — наши притязания.

Личностные притязания не должны разрушать гармонию отношений личности с другими личностями и окружающим миром. Чрезвычайно важно, чтобы эта гармония находила отражение в отношениях различных возрастно-половых, социальных групп, межнациональных и межконфессиональных взаимодействиях. Только при этих условиях наступает удовлетворение бытием и достижение человеком успехов в различных сферах жизнедеятельности. Фактически человек есть «личность» и «индивидуальность» со всеми отмеченными признаками индивидуальности в той мере, в какой он что-либо «значит» для других, может им что-либо дать, тогда как замкнутость в себе и подлинная обособленность есть признак утраты личности. Для инвалидов в той или иной мере присущи обособленность и замкнутость, что обусловлено нарушением здоровья и неготовностью социальных институтов удовлетворять их потребности. В связи с этим особое значение имеет содействие в самоопределении личности ребенка, молодого человека, ставших инвалидами. Самоопределение, включающее становление личности и ее самоидентификацию с той или иной социальной группой, социальной общностью — длительный процесс. Становление личности происходит в процессе усвоения людьми опыта и ценностных ориентации данного общества, что называют социализацией. Человек учится выполнять социальные роли, т.е. учится вести себя в соответствии с ролью ребенка, студента, служащего, супруга, родителя и т.д. Все они имеют выраженный культурный контекст и, в частности, значительно зависят от стереотипа мышления. Творческое мышление существенно изменяет качество социализации.

Самоопределение личности следует рассматривать сквозь призму соотношения биологической и социальной сущности личности. Влияние окружающей среды на судьбу человека начинается до появления

его на свет. Каждый нормально родившийся ребенок наделен своим собственным темпераментом, задатками множества способностей и инстинктами, которыми определяется его любознательность, впечатлительность и стремление к имитации. Мозг новорожденного свободен от каких-либо знаний, программ и т.п. Его развитие только начинается. Он готов к восприятию и отработке огромного объема информации. Заложенные в его подсознании инстинкты нацеливают ребенка на поиск и переработку информации, т.е. использование все новых и новых возможностей своего мозга, тренировку его и развитие. Вероятность возникновения творческой личности может осуществляться только в процессе непрерывного общения ребенка со своими воспитателями при благоприятных условиях в окружающей среде. В противном случае из ребенка может вырасти существо, не способное жить в человеческом обществе. В реальной жизни в огромном большинстве случаев громадные потенциальные возможности психического развития ребенка реализуются только частично. Влияние культуры и искусства на формирование личности огромно, оно помогает становлению человеческого сознания, овладению формами человеческой деятельности, осознанию человеком себя членом человеческого общества.

Вся жизнь человека до самой старости представляет собой либо сознательный процесс самовоспитания личности, либо бессознательное приспособление не получившего достаточного нравственного развития человека к требованиям окружающей среды. Основные закономерности формирования личности во многом определяются состоянием и свойствами личности. Учитывая этот факт, представляется необходимым рекомендовать оценку общего потенциала человека для последующего использования в социокультурной реабилитации.

Социокультурная реабилитация способствует самореализации личности.

Самореализация личности выступает как процесс целенаправленного сознательного раскрытия сущностных сил человека, основанного на их адекватном самопознании и самооценке. Становление системы самореализации личности начинается с раннего возраста, развивается в период обучения в школе, профессиональном образовательном учреждении, последующей жизнедеятельности. Система самореализации личности может обеспечить возможность и свободу выбора человеком своей жизнедеятельности. Самореализация достигается только в рамках ненасильственной парадигмы управления развитием.

ем личности. Средства искусства, культуры, творчества позволяют оптимально решать проблему на условиях указанной парадигмы.

Важнейшее условие для самореализации личности — возможность познавательной самостоятельности, т.е. интегративное образование личностных качеств, детерминирующее умения и способности человека приобретать и творчески применять без непосредственной посторонней помощи знания для решения новых познавательных задач. Составляющей познавательной самостоятельности является умение использовать различные познавательные стратегии в решении проблем, что означает адекватное использование логических операций мышления для установочной переработки информации. Это операции сравнения (сопоставления двух и более объектов и нахождение у них общих и различительных черт); идентификации (установления подобия объектов, явлений с уже имеющимися в сознании эталонами); последовательности (установление порядка непрерывного следования одного за другим); сериации (установление закономерностей в чередовании, в динамике расположения объектов, нарастании или уменьшении какого-то явления). Самореализации личности способствует повышение уровня общественной активности индивида. В связи с этим необходим широкий спектр и разнонаправленность деятельности различных организаций, в том числе в сфере культуры и искусства, где лицам с ограниченными по состоянию здоровья возможностями были бы созданы условия, позволяющие ускорить процесс социализации человека, преобразования социального опыта в установки, ценности, ориентации, усвоение социальных норм и ролей, а также способствовать его самовыражению и самореализации.

Большое значение для самореализации личности имеет взаимоотношение индивида с лицами, осуществляющими социокультурную реабилитацию. Осмысленное, личностно ориентированное взаимодействие определяет особую роль этих лиц, создающих условия для активного приобретения актуальных социально-психологических установок, раскрывающего способности и возможности реабилитанта. Взаимодействие такого рода требует организовать самовзаимодействие как активизацию и стимуляцию процессов осмысленной социокультурной деятельности.

Таким образом, социокультурная реабилитация способна сыграть значимую роль в самоопределении и самореализации личности, которые неразрывно связаны с процессами социализации и познавательной самостоятельности.



Отметим значимые особенности российской культуры и искусства, которые необходимо учитывать при разработке и проведении социокультурной реабилитации инвалидов. Для российской культуры и искусства всегда были характерны традиции придания особой значимости коллективистских начал общественного и личностного развития как гаранта справедливости, взаимопомощи, поддержки и страховки. Вместе с тем, было найдено удачное сочетание личной свободы, что важно для творчества с коллективистским началом: осуждался эгоизм, отрыв от корней, себялюбие, т.е. те черты, которые рано или поздно приводят человека к антиобщественной деятельности в разных, ее проявлениях; придавалось особое значение для экономического благосостояния личному труду, талантливости, навыкам, умениям. В традициях российской культуры и искусства нести уважение к возрасту и старшинству, приветствовать тот факт, что лица старшего возраста и инвалиды в нашей стране всегда старались не быть обузой, занимаясь посильным трудом, и вносили свою лепту в общее хозяйство, в воспитание детей и молодежи. Все эти компоненты определяют значение социокультурной реабилитации для личностного развития и социализации индивида.

Одно из направлений социокультурной деятельности — организация досуга людей. В российской традиции коллективное общение по праздникам, когда устраиваются народные гуляния, игрища, песнопения, танцы, концерты и т.д. Для инвалидов такое общение — это и расширение коммуникативного пространства, и осознание своего единения с другими членами общества, и приобщение к народным корням, и способ проявить себя, и, наконец, на практике ощутить замечательное правило праздников — «людей посмотреть и себя показать», что значит для лиц с ограниченными возможностями «быть как все». Последнее для них крайне важно.

Обратим также внимание на то, что в организации досуга и в праздники, и в выходные дни, а порой и в будни используются игры. Для наших национальных игр, увлекающих и взрослых и детей в России, присущи некая удаля, смелость и дерзновенный порыв. Поэтому игровые элементы социокультурных технологий имеют и воспитательное, и лечебно-оздоровительное, и эмоциональное воздействие на инвалида, создавая не только благоприятное психоэмоциональное состояние, но и обеспечивая настрой на жизненный оптимизм.

Важнейшее воспитательное воздействие средствами культуры и искусства — формирование представления о счастье, — нередко свя-

зывается с нравственной чистотой и душевной гармонией, развитию которых не способствует безудержное стремление к богатству, физическому совершенству. Для инвалидов осознание этого факта также имеет большое значение для установления их душевного покоя, переориентацию на ценности высшего порядка, уход от самоуничижения и агрессии.

Еще одна значимая для социокультурной реабилитации характеристика российской культуры и искусства — ориентированность на будущее, ценность будущего (особый тип отношения к будущему), осознание сопричастности каждого человека к происходящим в обществе социальным процессам.

Таким образом, социокультурная реабилитация:

- способствует становлению социальной личности, ее успеху, что, безусловно, определяется усвоением отечественной и зарубежной культуры и искусства, навыков творческого освоения действительности, активным участием в социокультурной деятельности в личных и общественных интересах;

- средство развития разнообразных жизненных познавательных навыков, повышения самооценки личности, возможность творческого самовыражения и объединение индивидуальностей в общность;

- один из способов приобщения людей с инвалидностью к активной жизни общества, замечательный способ изменить позицию общества по отношению к инвалидам и инвалидов к обществу, один из путей гуманизации общества в целом.

Анализ зарубежного и отечественного опыта показал большую значимость социокультурной реабилитации как для самих инвалидов, так и для общества в целом. В России это направление реабилитации не получило должной поддержки на государственном уровне и для его практического осуществления в стране нет достаточной правовой, организационной, институциональной, материально-технической, финансовой и кадровой базы. Многие виды социокультурной деятельности — это плод энтузиазма отдельных личностей, находящихся поддержку в лице местных руководителей и некоторых предпринимателей. Для развития механизмов социальной реабилитации и интеграции инвалидов средствами искусства, культуры, творчества необходимо решить следующие приоритетные проблемы:

- формирование правового поля для социокультурной деятельности в интересах инвалидов и легализации социокультурной реабилитации;

- использование программно-целевого метода управления в решении проблем социокультурной реабилитации, в том числе, в аспекте формирования индивидуальных и целевых социальных программ реабилитации инвалидов;
- формирование инфраструктуры для улучшения качества жизни инвалидов, включая доступность учреждений культуры и искусства;
- обеспечение инвалидам доступности различных видов социокультурной информации;
- упорядочение разработки технологий и расширение практики социокультурной реабилитации инвалидов, включая формы социализации, профессиональной реабилитации, культурно-образовательной, рекреативно-досуговой деятельности;
- формирование благоприятного общественного мнения в отношении инвалидов, расширяющего возможности и повышающего эффективность процесса их социокультурной реабилитации;
- разработка и последовательное осуществление политики социокультурной реабилитации, в том числе, научно-информационное, правовое, кадровое и организационное обеспечение процесса.

Необходимо на практике осуществлять нормативно-правовое регулирование социокультурной деятельности органов культуры, образования, социальной защиты, общественных объединений инвалидов всех субъектов Российской Федерации, способствуя координации и консолидации их целенаправленных усилий. В ряде регионов России накоплен в этих вопросах успешный опыт.

## **Основные направления социокультурной реабилитации инвалидов:**

- 1. просветительское** — устранение недостатков существующего отношения общества к инвалидам и инвалидов к обществу, изменения нравов, политики, быта, ментальности в данной сфере межличностных и социальных отношений;
- 2. досуговое** — организация и обеспечение досуга для удовлетворения духовных и физических потребностей инвалидов путем содержательного наполнения свободного времени инвалидов и членов их семей. Такие подходы предмет современной культурологической концепции досуга и досуговой деятельности. В основу этой концепции положено многофункциональное использование досуга как уникальной и неповторимой сферы образования человека, формирования личностных и гражданских качеств, воспитания личностной и социальной культуры, расширения культурного кругозора и межнацио-

нального обмена духовными ценностями, а также знакомства с культурно-историческими ценностями и наследием народов разных стран. При определении путей развития социокультурной реабилитации следует учитывать, что на характер досуга инвалидов и их семей существенно влияют их принадлежность к определенной социальной, профессиональной или национально-этнической группе. В их досуговой деятельности отражается повседневное воздействие различных субкультур: городской и сельской, возрастной (детской, подростковой, молодежной и т.д.) и сословной (студенческой, интеллигентской и др.). Каждая из них привносит характерные черты и особенности в систему досуговых ценностей, традиций и обычаев, господствующих в конкретной среде. Досуговую активность инвалидов необходимо рассматривать и как причину, и как следствие их включенности в культурно-образовательные и культурно-творческие процессы. Для инвалидной среды досуговая активность однозначно связана с переходом от потребительства к производительной, конструктивной деятельности со свободой выбора занятий, отвечающих способностям, задаткам и увлечениям человека. Анализ детских, взрослых и разновозрастных общностей инвалидов дает право говорить о множестве объективных и субъективных факторов (социально-экономических, духовных, бытовых, ситуационных, личностно-психологических и других), которые в совокупности формируют различные уровни отношения инвалидов к своему досугу:

- первый — инертный, пассивный;
- второй — потребительский, отчасти иждивенческий;
- третий — творческий, активный.

Поэтому социальную поддержку этих людей необходимо направить не только на улучшение материальных возможностей для отдыха, но и на их психологическую переориентацию в выборе видов и способов досуговой деятельности. Рациональнее всего настроить эти семьи на поиск самостоятельных решений и инициатив в сфере их свободного времени, на переоценку досуговой ситуации, с которой они столкнулись, вывести их из статичного состояния, превратившегося в привычку у многих. В содержательном аспекте досуга, применительно к инвалидам, рекомендуется выделять три компонента структуры досуговой деятельности человека:

- психофизическая деятельность: внешняя активность, движения силовой психофизической разрядки действия, спокойный отдых,

восстановление полного внутреннего равновесия;

- социокультурная деятельность: демонстрационно-публицистическое действие, театральнo-игровая деятельность, замкнутая внутригрупповыми отношениями деятельность танцевально-развлекательного характера;

- интеллектуально-техническая деятельность, связанная с техническими средствами, где человек добивается ловкости и сноровки в их управлении; с другой стороны — представленная в аспекте логики и знания.

В досуговой сфере инвалидов условно можно выделить четыре уровня:

- ежедневное свободное время ( в течение дня или после работы, учебы, домашних дел);

- выходные и праздничные дни;

- отпускное время взрослых и каникулярное у детей;

- элементы досуговой терапии, позволяющие снять утомление.

Важно различать, остаются инвалиды и члены их семей в часы досуга пассивными потребителями культурных ценностей или их привлекает активная, созидательная культурно-досуговая деятельность, в которой каждый из них может реализовать модель независимого образа жизни.

Наиболее интересны для инвалидов, как показывает практика, интерактивные досуговые технологии. Это говорит об огромных потенциальных возможностях социокультурной реабилитации, где возрастает роль принципов соревновательности, взаимного уважения, внимания и доверительности, индивидуального подхода к каждому, единства интересов личности и коллектива. Приобщение к активной деятельности в рамках культурно-досуговых учреждений позволяет в определенной степени дисциплинировать, ввести рациональное распределение времени, сил, знаний человека с ограниченными возможностями, дают ему возможность целенаправленное и разностороннее запрограммировать и реализовать свободное время.

Основу процесса социокультурной реабилитации инвалидов и их семей должны составлять разнопрофильные досуговые программы. Такие программы (информационно-образовательные, развивающие, художественно-публицистические, спортивно-развлекательные), базирующиеся на активных дискуссиях, часто нетрадиционных, формах клуб-

ной работы; способствуют сплочению людей, удовлетворению их потребностей в широком социальном общении, самореализации и самоутверждении, формировании здоровой психики, настроения, развитии творческой инициативы и самостоятельности этих групп населения.

Многие инвалиды естественно и непринужденно чувствуют себя в диалоговых программах, дискуссиях, клубах-кафе и других формах. Досуговые программы — это и физкультурно-оздоровительные мероприятия, которые приобретают все большую популярность.

Самое важное — это улавливать новые тенденции в прогнозировании содержания досуговых программ, возникающие в сфере отдыха, учитывать многообразие интересов инвалидов и их семей, детей с ограниченными возможностями. На их основе разрабатываются и осуществляются перспективные планы создания любительских объединений и клубов по интересам, коллективов художественного, технического творчества.

В процессе реализации этих планов необходимо квалифицированно подходить к поддержке инициативы инвалидов, усиливать поиск новаторских, активных форм культурно-досуговой деятельности с учетом специфики контингента, что будет способствовать повышению социального престижа культурно-досуговых учреждений.

Досуг инвалидов может быть организован обеспечением их книгами, журналами, газетами, специальными телевизионными и радиопередачами, играми; содействием в организации оздоровительных мероприятий, занятий физкультурой и спортом; содействием в посещении театров, выставок, различных культурно-просветительных, спортивных и иных мероприятий.

В зависимости от индивидуальных возможностей инвалидов целесообразно выделить:

- помощь в организации и обеспечении досуга для слепых и слабовидящих;
- помощь в организации и обеспечении досуга для глухих и слабослышащих;
- помощь в организации и обеспечении досуга для инвалидов с нарушениями передвижения;
- помощь в организации досуга для инвалидов с мнестико-интеллектуальными нарушениями;

➤ помощь в организации досуга для инвалидов с выраженным и полным физическим бессилием;

3. *коррекционное* — полное или частичное устранение или компенсация ограничений жизнедеятельности и развития личности по состоянию здоровья, а также вследствие педагогических и воспитательных упущений. Следует выделить:

➤ коррекционно-воспитательное воздействие, включающее в себя привитие социальных норм, под которыми подразумеваются установленные обществом правила, определяющие устойчивые формы социального взаимодействия людей на уровне макро- и микроколлективов;

➤ коррекционно-развивающее воздействие - ориентировано на всестороннее, целостное развитие личности, что подразумевает активное освоение богатств общественной культуры и саморазвитие самодостаточной творческой личности;

➤ коррекционно-образовательное — ориентировано на повышение образованности индивида соответственно требованиям социокультурного времени;

4. *познавательное* — ориентировано на приобретение инвалидами знаний, понятий о реальных явлениях, осознании окружающего их мира, непрерывной связи с окружающими людьми, использования знаний в практической деятельности с целью преобразования мира;

5. *лечебно-оздоровительное* — ориентировано на активизацию резервных возможностей организма (слуховых, зрительных, двигательных, тактильных), способствование формированию и поддержанию положительного эмоционально-психологического фона и через эти механизмы достижение лечебно-оздоровительного эффекта;

6. *эмоционально-эстетического воздействия* — ориентировано на эстетическое (эстетика — чувственное восприятие) освоение человеком мира, сущности и творчества по законам красоты. Эмоциональная составляющая позволяет получать удовольствие, что существенно изменяет образ жизни человека.

### **Технологии социокультурной реабилитации инвалидов**

Технологии социокультурной реабилитации инвалидов относятся к социальным технологиям. *Социальная технология* — это определенный способ достижения общественных целей в социальной сфере общественных отношений; приемов для достижения общественно полез-

ных целей, в той или иной, степени соответствующих требованиям социального времени.

Использование тех или иных технологий социокультурной реабилитации должно происходить с учетом всей специфики медицинских, социальных, личностных характеристик инвалида, а также активностью или пассивностью социальных субъектов, их индивидуальной и социальной субъективностью как накопленной способностью к воспроизводству индивидуальной и социальной жизни человека. При применении тех или иных технологий необходимо учитывать специфику национально-культурного развития населения, региональные особенности образа жизни людей, их общественной организации, традиции взаимодействия в исторически определенных социокультурных условиях.

Эффективность социальной технологии, в том числе, технологий социокультурной реабилитации, определяется конечным социальным результатом, полученным при наименьших издержках и в оптимальные сроки. Получение желаемого результата с помощью социальной технологии возможно при соблюдении следующих условий:

- наличие у социальной технологии определенных свойств (привлекательности цели; простоты ее обоснования; гибкости внедрения; экономичности достижения. Реализация социокультурных технологий не требует существенных финансовых затрат, капитальных вложений и т.п. Они могут осуществляться на базе различных учреждений культуры, искусства, социальной защиты, образования, здравоохранения, спорта и т.п.);

- непротиворечивость между процедурами и операциями конкретной социальной технологии;

- возможность координации и этапности проведения социокультурной реабилитации;

- объект технологизации (учреждение культуры, искусства и т.п.) должен обладать определенной степенью готовности для реализации технологии социокультурной реабилитации (включая обеспечение доступности для посещения инвалидами и комфортности их пребывания в соответствующих учреждениях); процессы технологизации должны быть формализованы (в учреждении, где проводится социокультурная реабилитация должны быть приняты управленческие решения — приказы, распоряжения и т.п., которые должны определять порядок и условия осуществления социокультурной реабилитации инвалидов, с учетом обеспечения безопасности технологий для этих



лиц;

➤ необходимо установить систему конкретных показателей (нормативов), диагностических приемов изучения эффективности используемых технологий.

Выбору конкретной технологии социокультурной реабилитации должна предшествовать оценка общего (социокультурного) потенциала человека.

Социокультурная реабилитация и технологии ее осуществления не стандартизированы, во многом определяются реальными возможностями на местах осуществлять те или иные меры. В этой связи представляется значимым уточнить сущность содержание *индивидуальной программы (ИПР) социокультурной реабилитации инвалида* (СКРИ).

ИПР СКРИ — это компонента социальной реабилитации инвалида и, следовательно, составляющая данного раздела ИПР. Она представляет собой разработанный на основе решений государственной службы медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для индивида социокультурных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок их реализации. Процесс реализации ИПР СКРИ должен обеспечить инвалиду достижение и поддержание оптимального для него уровня культурной компетенции и удовлетворения культурно-досуговых потребностей, рационального участия в социальных взаимодействиях, позитивных изменений в образе и качестве своей жизни.

ИПР СКРИ может разрабатываться в рамках ИПР, а может по заявлению инвалида в бюро медико-социальной экспертизы разрабатываться как самостоятельный документ по соответствующему установленному для ИПР порядку).

В процессе разработки ИПР СКРИ специалисты оценивают структуру потребностей и круга интересов инвалидов, знакомятся с перечнем близрасположенных учреждений, занимающихся социокультурной деятельностью и готовых осуществлять социокультурную реабилитацию инвалидов, а также уточняют наличие творческих коллективов, содержание, условия, режим занятий в конкретном кружке, студии и т.п.

При разработке ИПР СКРИ должна проводиться диагностика его потребностей, которые будут удовлетворяться в процессе социокультурной реабилитации.

Алгоритм оценки потребностей можно выстроить следующим образом:

- психолог бюро медико-социальной экспертизы уточняет общий (социокультурный) потенциал освидетельствуемого лица и на основе своего заключения определяет наиболее предпочтительные для индивида технологии социокультурной реабилитации. Это заключение — ориентир для последующих действий»;

- специалист по социальной работе бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) определяет потребности инвалида в социокультурной реабилитации на основе выявления и оценки его конкретных интересов и соответствующих им видов социокультурной деятельности (услуг), характера и условий участия самого инвалида в реализации запланированных мероприятий (см. ниже);

- медико-социальный эксперт бюро медико-социальной экспертизы определяет потребности инвалида в различных видах социальных услуг, вспомогательных технических средств, архитектурно-планировочных устройств и приспособлений, необходимых для проведения социокультурной реабилитации в соответствии с предыдущими заключениями и выносит общее заключение в ИПР;

- специалисты базовых учреждений социокультурной реабилитации (учреждений культуры, социальной защиты и др.) составляют «Карту реализации ИПР СКРИ» — технический документ, в соответствии с которым осуществляется практическая социокультурная реабилитация.

### **Основные технологии социокультурной реабилитации**

**Анимационная терапия** — реабилитационная технология с использованием разнообразных видов деятельности, включая: социально значимые акции, участие в проектной работе, художественные виды творчества в группе, участие в массовых мероприятиях. Функции анимации, с одной стороны, заключаются в разблокировании общественных связей, установлении теплых, доверительных отношений; с другой стороны — в обучении и овладении языками мышления, эстетики, поэтики. Среди форм организации анимационной терапии следует выделить клубы общения, широко использующие все технологии социально-культурной реабилитации. Их деятельность может содержать

элементы групповой психотерапии и психологические тренинги, релаксационные программы, пантомимические сцены, участие в конструктивном споре, разыгрывании ролевых ситуаций, изложение биографий, обсуждение анонимной истории жизни, описание содержания сновидений, фантазий, ассоциаций, использование процедур трансактного анализа и другие.

Участие в таких видах деятельности позволяет членам анимационной группы выступать одновременно в роли активного участника и в роли наблюдателя, предоставляет возможность для тренинга эмоциональной сферы, проведения интеллектуального анализа, поиска и выбора конкретного подходящей модели поведения.

Ведущий метод анимационной терапии — художественное творчество. Различные направления художественного творчества (драматическое исполнительство, театральная импровизация, изобразительное искусство, самодеятельное музыкальное исполнительство, авторские виды творчества и др.) являются основными средствами анимации инвалидной среды. Основной принцип применения творчества — искусство для участника, а не искусство для зрителя, т.е. доставить эстетическое и нравственное удовлетворение участнику, а не публике, что является терапевтическим моментом для реабилитанта. Поэтому пациент может апробировать себя в разнообразных ролях — исполнитель, автор, ассистент, организатор и т.д.

**Арттерапия** — реабилитационная технология, основанная на использовании возможных средств изобразительного искусства. Активно применяется в деятельности педагогов, психологов, социальных работников, дефектологов, аниматоров и других специалистов в коррекции и развитии, а также в реабилитации людей, имеющих ограниченные возможности здоровья. Используемые виды деятельности: художественно-творческая, прикладная, изобразительная.

Арттерапия связана с визуальным искусством и подразумевает возможность актуализации психических резервных возможностей, формирования на их основе адекватного поведения за счет творческой изобразительной деятельности.

Для арттерапии не нужны художественные способности. Главное, чтобы человек, имеющий ограничения в здоровье, через

рисунок смог отразить внутреннее состояние, ощущения, переживания, без акцента на художественные достоинства.

Для успешного освоения материала, навыков, выработки самооценки в процессе социокультурной реабилитации следует уделять внимание комплексным методикам: занятие рисунком в сочетании с речью, музыкой, светом и др.; сочетание музыкальных и физкультурных занятий; гардекоискусства с цветом и т.д.

При реализации программ социокультурной реабилитации желательно использовать различные приемы популяризации успехов и достижения инвалидов — участников реабилитационного процесса: выставки их работ, проведения концертов, фестивалей, презентации авторов, отдельных исполнителей и целых коллективов, конкурсы изделий, поделок, творческих работ; приглашение СМИ, выделение рубрик социальных проблем; подготовка и распространения рекламного материала (буклетов, листовок и т.д.); создание проектов, их защита и реализация; получение информации посредством компьютерной техники.

Особенно эффективно протекает реабилитационный процесс при синтетическом использовании арттерапии и музыка-терапии.

**Библиотерапия** — социально-культурная реабилитационная технология, в основе которой реализуются различные виды деятельности с книжно-печатным материалом, включая художественное чтение, дискуссии, литературные вечера, встречи с персонажами произведений и их авторами, тренинг-конкурс на скорочтение, литературные и поэтические клубы, выставки книг и, конечно, регулярная работа читального зала и абонемента библиотеки. С библиотерапией тесно связана **терапия литературным творчеством**. Оба эти вида психотерапии используют образы, ассоциации для оживления погасших чувств пациента, для того, чтобы превратить внутреннее беспокойство в конкретное, вдохновиться творчеством.

**Музыкотерапия** — реабилитационное воздействие с использованием музыки и музыкального воспитания путем обучения инвалидов музицированию на различных музыкальных инструментах, вовлечение их в концертную деятельность, привитие навыков и увлеченности прослушиванию музыкальных произведений, просмотрам музыкальных спектаклей, сочинительству, использование музыки в психотерапевтических сеансах.

**Эстетотерапия** — активное вовлечение инвалидов в художественно-эстетическую деятельность путем организации концертов, смотров-конкурсов, фестивалей для инвалидов и с их участием, в том числе, вместе с профессиональными артистами.

**Художественно-эстетическое воспитание театральной деятельностью** — реабилитация посредством эмоционально-эстетического воздействия на лиц с ограниченными возможностями. Среди инвалидов наибольшее распространение получило участие в следующих видах театров: камерный театр, театры пластический, моды, фольклорного, циркового, кукольного искусства, музыкального, драматического, литературного творчества, мюзикла, постановки жестовой песни, эстрадных миниатюр, комедийного водевиля, истории в костюмах, рождественских историй, балета, клоун-мим-шоу, эстрады, иллюзорного мира.

**Терапия творческой фотографией** — реабилитационная технология, ориентированная на выявление, отражение в снимке душевной особенности фотографирующего. Фотокамерой инвалид отбирает свое, помогающее понять себя, испытывает вследствие этого вдохновение-отреагирование.

**Гарденотерапия** — это особое направление психосоциальной, трудовой и педагогической реабилитации при помощи приобщения детей и взрослых к работе с растениями, в том числе выращивание, сбор, сушка растений, составление плоских и объемных композиций. Реабилитационная направленность — развитие тонкой моторики, ориентации в пространстве, логического мышления, эстетического вкуса, расширение круга общения, релаксация.

**Коммуникативные технологии** — интерактивный способ реабилитационной деятельности, включая рассказ, беседу, досуговые виды, диалог, дискуссию, вербальное и невербальное общение. Реабилитационный эффект возникает в результате тренинга эмоциональной сферы, апробации индивида в социальных ролях, познание своего статуса, овладение навыками этикета, развитие логического мышления.

**Сказкотерапия** — реабилитационное воздействие с использованием сказок. Сказка — один из основных жанров фольклора, эпическое, преимущественно прозаическое произведение волшебного, авантюрного или бытового характера с установкой

на вымысел. В социально-культурной деятельности является одним из ведущих видов и способов эмоционально-психологического, педагогического влияния, социально-нравственного формирования. Применяется в реабилитации как разновидность социально-культурных технологий. Реабилитационный эффект состоит в терапевтическом воздействии на инвалида: формирование отношения к персонажу, действию на эмоциональном уровне (тренинг эмоциональной сферы); проявление собственных поведенческих позиций, необходимых для социализации; идентификация собственного «я» с тем или иным персонажем; удовлетворение потребности в познании волшебных загадочных явлений жизни; коллективное участие в совместном действии; приобщение к жанрам народной художественной культуры.

**Терапия физкультурой и спортом** — средство развития и совершенствования физических, психических, функциональных и волевых качеств и способностей, позволяющих обрести самостоятельность, независимость, повысить качество

жизни. В спорте заключены огромные возможности для социально-психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями, их интеграции в общественную жизнь.

**Иппотерапия** — реабилитационное воздействие езды и общения с лошадьми на здоровье человека. Список противопоказаний для иппотерапии относительно незначительный, тогда как установлен широкий спектр заболеваний, поддающихся коррективке с ее помощью. В их ряду на первом месте — детский церебральный паралич, посттравматические состояния, заболевания внутренних органов (простатит, болезнь желудочно-кишечного тракта), отдельные сенсорные расстройства (нарушения зрения и слуха), некоторые заболевания мышечно-связочного аппарата; группа психических расстройств (детский аутизм, шизофрения, олигофрения, болезнь Дауна). Эти занятия помогают инвалиду обрести уверенность в себе, стимулируют реализацию заключенных в нем способностей.

**Виртуальные реабилитационные технологии** — компьютерные технологии, используемые для образовательных, просветительских, культурно-досуговых целей.

Социокультурная реабилитация может осуществляться в различных организациях культуры, искусства, творчества (биб-

лиотеках, клубах, музеях, театрах, специализированных учреждениях для инвалидов, центрах реабилитации, на базе спортивных организаций и др.). В каждом случае необходимо обеспечить соответствующие условия безбарьерной среды для занятий с инвалидами, подготовку специалистов, владеющих методиками социокультурной реабилитации и правилами безопасности ее применения в работе с инвалидами, а также навыками оказания первой помощи этим лицам. Государственные службы медико-социальной экспертизы и реабилитации обязаны обеспечить динамический контроль за инвалидами, вовлеченными в социокультурную деятельность. Нередко досуговая направленность такой деятельности приобретает характер профподготовки и дальнейшей трудовой деятельности инвалидов. Это также необходимо учитывать при медико-социальной экспертизе и разработке ИПР.

## Приложение № 1.

### Афоризмотека

(выписки из книг, могущих дать силы для преодоления жизненных трудностей и жизненных тягот)

*«С ранних лет врачи поставили мне диагноз «умственная отсталость», моя мать нарекла меня «плаксой», а позднее от соседских детей, насмехавшихся над моей хилостью и кидающих в меня камни, мне досталось прозвище Урод. Все же в это не самое легкое время я сделал четыре решающих открытия, коренным образом изменивших мою жизнь:*

*1) Я рожден в этом мире с особым предназначением, которое мне суждено выполнить;*

*2) На этом пути мне предстоит вынести много испытаний;*

*3) Преодоление этих испытаний послужит жизненными уроками, в результате которых я стану тем, кто есть на самом деле;*

*4) Хотя временами я и не мог этого понять, любые проблемы, с которыми я сталкивался, в итоге приводили к положительным для меня результатам.*

*Когда я пришел к осмыслению всего этого, отрицательные эмоции во мне значительно ослабли, и с тех пор я уже никогда не чувствовал себя одиноким.*

*Byond Ju.*  
*(Бьон Ю. Путь мастера*  
*Ю: как стать хозяином*  
*своей судьбы.)*

\*\*\*

*«Тот, чье спокойствие никто не может, поколебать и у кого все остальные находят спокойствие, кто находится по ту сторону возбуждения, гнева и страха, - тот дорог мне».*

*«Бхагавадгита» - часть индийского эпоса.*  
*«Махабхарата»*

\*\*\*

*«... Частью взрослой жизни являются способность сказать «да» отвратительному или злему, признать его существование в этом мире».*

*«Принятие всех вещей не предполагает, что вы не сможете справляться с различными негативными моментами в жизни. Взрослый человек не может сказать, что нечто, насколько бы плохим оно ни было, не имеет права на существование. Все существует ради какой-то цели, даже если эта цель – необходимость сразиться».*

*Джозеф Кэмпбелл «Власть мифа»*

\*\*\*

*«Творить добро – значит, действовать, а не через силу совершать благодеяния или уступать просьбам тех, кто нуждается в помощи и либо назойливо ее требует».*

*Жан де Лабройер*  
*«О творениях человеческого*  
*разума».*



\*\*\*

*«При всей горечи своих укоризн сохрани понимание того,  
что, человек рожден для счастья, как птица для полета»*

*В.Г. Короленко*

\*\*\*

*«В последнем анализе самой важной частью является  
жизнь личности. Она одна делает историю, она одна ответ-  
ственна за все великие изменения, за все будущее и за всю челове-  
ческую историю, поскольку все, что с нами происходит, выраста-  
ет как гигантская сумма из скрытых в личности источников».*

*Карл Густав Юнг*

\*\*\*

*«И враг позавидует тем, кто, владея собой,  
Смирится с самою горькой судьбой».*

*«Тирукурал» - прославленный  
древнетамильский сборник двустиший –  
афоризмов VII века.*

\*\*\*

*«Все доброе приобретается только усилием».*

*Л.Н.Толстой «круг чтения»*

\*\*\*

*«Если есть люди, которые не занимаются изучением, а ес-  
ли и занимаются им, то не успевают в нем, то пусть эти люди,*

*которые не отчаиваются и не останавливаются; если есть люди, которые не расспрашивают просвещенных людей про сомнительные вещи, а если и расспрашивают, то не делаются от этого более просвещенными, пусть они не отчаиваются; если есть люди, которые не размышляют, а если и размышляют, то не могут приобрести ясного понимания смысла жизни, - пусть они не отчаиваются; если есть люди, которые не отличают добра от зла, а если и отличают, то не имеют ясного представления об этом отличии, - пусть они не отчаиваются; если есть люди, которые не делают добра, а если и делают, не отдают ему всех своих сил, - пусть они не отчаиваются; то, что другие сделали бы в один раз, они сделают в десять. То, что другие бы сделали в сто раз, они сделают в тысячу.*

*Тот, кто действительно будет следовать этому правилу постоянства, как бы он ни был невежествен, он непременно сделается просвещенным, и как бы он ни был, слаб, непременно сделается сильным».*

*Китайская мудрость.*

\*\*\*

*Никогда путь к доброму знанию не пролегает по шелковой мураве, усеянной лилиями; всегда человеку приходится взбираться по голым скалам.*

*Джон Рескин.*

\*\*\*

*Люди с великой и прекрасной душой всегда спокойны и довольны; люди, ничтожные духом, все недовольны и печальны.*  
*Маньчжурская пословица*

## **Приложение № 2.**

### **Афоризмотека (социальному работнику на заметку)**

Важные мысли, позволяющие оптимизировать состояние здоровья инвалида.

- Люди с убеждениями всегда смелы.

(Китайская пословица)

\*\*\*

• Скорбь не врачует, а только растравляет неизлечимые недуги.

(У. Шекспир)

\*\*\*

Кто благороден – тот найдет и в горе источник стойкости и возвышения.

(Рудаки)

\*\*\*

Большие несчастья не бывают продолжительными, а малые не стоят внимания.

(Леббок)

\*\*\*

Когда посетит тебя горе, взгляни вокруг и утешься: есть люди, доля которых еще тяжелее твоей.

(Эзоп)

\*\*\*

Способный терпеть способен добиться всего, чего он хочет.

(Франклин)