

Министерство образования и науки
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«Кемеровский государственный университет»

Л. С. Хорошилова

**ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ИНВАЛИДОВ**

Учебное пособие

Кемерово 2014

ББК С556я 73-2
УДК 616.839(035)
Х 82

*Печатается по решению редакционно-издательского совета
Кемеровского государственного университета*

Рецензенты:

доктор медицинских наук, заместитель директора Кемеровского территориального центра медицины катастроф, профессор **И. К. Галеев**;
доктор медицинских наук, профессор, сотрудник Кемеровского областного центра медицины катастроф **А. Л. Кричевский**

Хорошилова, Л. С.

Х 82 Технология социальной реабилитации отдельных категорий инвалидов: учебное пособие / Л. С. Хорошилова; Кемеровский государственный университет. – Кемерово, 2014. – 122 с.

ISBN 978-5-8353-1650-2

Учебное пособие призвано сформировать представление о комплексном подходе к реабилитации, дать систему знаний об особенностях медико-социальной реабилитации нуждающихся в ней различных категорий населения. Сегодня инвалиды относятся к наиболее социально незащищенной категории населения. Государство, обеспечивая социальную защищенность инвалидов, призвано создавать им необходимые условия для индивидуального развития, развития творческих и производственных возможностей и способностей.

Учебное пособие предназначено для студентов и преподавателей направления 040100.62 – «Социальная работа», изучающих технологии социально-вспомогательной деятельности в отношении инвалидов и других специалистов, интересующихся проблемами интеграции в обществе людей с тяжелыми заболеваниями.

ББК С556я 73-2
УДК 616.839(035)

ISBN 978-5-8353-1650-2

© Хорошилова Л. С. 2014
© Кемеровский государственный университет, 2014

ВВЕДЕНИЕ

Подготовка специалистов, владеющих знаниями в области реабилитации, способами решения социальных проблем, связанных со здоровьем, методами восстановления способностей больных и инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной деятельности, навыками формирования механизмов взаимодействия социального окружения с лицами с ограниченными возможностями здоровья имеет большое значение для обеспечения социальной защищенности уязвимых категорий населения.

Задача государства – создание лицам с ограниченными возможностями необходимых условий для достижения одинакового со своими согражданами уровня жизни, в том числе в сфере доходов, образования, занятости, участия в общественной жизни. Этому в первую очередь способствуют нормативно-правовая база социальной защиты и реабилитация инвалидов, основные положения, которые освещены в данном учебном пособии.

Восстановлению лиц с ограниченными способностями к социальному функционированию, независимому образу жизни призвана помочь система многопрофильной комплексной реабилитации как самостоятельная область научной и практической деятельности, в связи с чем особое внимание уделено содержанию и понятийному аппарату социальной реабилитации, принципам организации реабилитационного процесса и реабилитационно-экспертной диагностике.

Социальная реабилитация как вид деятельности прежде всего направлена на восстановление утраченного здоровья, которое понимается не как отсутствие болезней, а как состояние полного физического, психического и социального благополучия.

Данное пособие, написанное в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта третьего поколения, представляет собой попытку изложить студентам, обучающимся по направлению 040100.62 – «Социальная работа», наиболее актуальные вопросы и проблемы социальной реабилитации.

Данная работа полезна студентам и как учебное пособие, и как справочник, содержащий наиболее актуальные и ценные сведения,

которые могут быть использованы в практической деятельности социального работника.

Необходимо также учитывать, что затрагиваемая проблематика в жизни значительно шире, чем это изложено в настоящем учебном пособии. Ответы на поставленные в ней вопросы могут иметь в ней разные варианты поэтому дополнительной целью учебного пособия является еще и желание стимулировать у студентов и других неравнодушных людей стремление к поиску путей повышения благополучия и стабильности общества.

Эта работа также способствует усвоению общекультурной (ОК-6) и профессиональных компетенций (ПК-4, ПК-15, ПК-16, ПК-30, ПК-31) в результате которых студент должен:

– *знать*: содержание и объект социальной реабилитации; содержание и специфику социальной реабилитации в разноведомственных социальных учреждениях; содержание основных технологий социальной реабилитации; законодательные и нормативные акты, регулирующие деятельность социальных учреждений, условия труда и оплаты социальных работников, социальных педагогов, специалистов по социальной работе;

– *уметь*: анализировать и сопоставлять существующие взгляды на субъект и объект социальной реабилитации; организовать реабилитационную деятельность в социальных учреждениях; работать в организациях и службах социальной защиты и обслуживания населения в различных сферах жизнедеятельности и с различными лицами и группами населения; использовать полученные знания в целях совершенствования профессиональной и повседневной деятельности; ясно, четко, последовательно и обоснованно излагать свою точку зрения по актуальным вопросам социальной реабилитации; понимать социально-психологические факторы, лежащие в основе различных социальных процессов и поведения человека в социуме; понимать и объяснять особенности социальной ситуации в стране и мире и тенденции её изменения; систематизировать и обрабатывать информацию о системе реабилитационной деятельности

– *владеть*: профессиональной общенаучной терминологией в сфере социальной реабилитации различных категорий населения; методиками диагностирования межличностных отношений с

клиентами; методами и технологиями проведения консультационной работы с клиентами и их семьями, учитывающие индивидуально-психологические половозрастные особенности клиентов и специфику их проблемной ситуации, характер внутрисемейных отношений; технологиями проведения групповой психосоциальной работы и социально-психологических тренингов; навыками организации своей профессиональной деятельности на основе научных современных разработок в области социальной реабилитации.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Проблемы инвалидности не могут быть поняты вне социокультурного контекста, в котором живет человек, – семьи, дома-интерната, социального окружения в целом. Инвалидность, ограниченные возможности человека не относятся к разряду чисто медицинских явлений. Вот почему технологии помощи инвалидам – взрослым или детям – основываются на социально-экологической модели социальной работы. Согласно этому подходу, люди с ограниченными возможностями имеют функциональные затруднения в результате заболевания, отклонений или недостатков развития, состояния здоровья, внешности, вследствие неприспособленности физического и социального окружения к их специальным потребностям, из-за предрассудков общества по отношению к инвалидам.

Данная проблема следующим образом определяется Всемирной организацией здравоохранения: структурные нарушения (impairments), видимые или распознаваемые медицинской диагностической аппаратурой, могут привести к утрате или несовершенству навыков, необходимых для некоторых видов деятельности (disability), что при соответствующих условиях будет способствовать социальной дезадаптации, неуспешной или замедленной социализации (handicap). Инвалидность – это не состояние, но процесс ограничения возможностей, процесс, где нарушения телосложения, функций организма или условий окружающей среды снижают активность человека и затрудняют его социальную деятельность. Причиной ограниченных возможностей может стать недостаток или несовершенство образовательных программ, медицинских и социальных услуг, необходимых конкретному ребенку, подростку, взрослому человеку.

Социологические научные исследования показали, что уровень и качество жизни инвалидов в РФ значительно ниже, чем в среднем у населения, их многочисленные проблемы решаются недостаточно эффективно, что определяет необходимость формирования оптимально функционирующей системы социальной защиты инвалидов, отвечающей международным нормам, политике государства в отношении инвалидов и современной концепции инва-

лидности. Приоритетным направлением социальной защиты этих граждан должна стать реабилитация инвалидов.

Реабилитация инвалидов – сложнейшая многоаспектная проблема, в которой в равной мере значимы медицинские, социальные и профессиональные аспекты. Вместе с тем особое место должна занимать профессиональная реабилитация инвалидов. Обусловлено это тем, что экономические, социальные и политические преобразования, происходящие в России, в конечном итоге должны быть направлены на обеспечение баланса прав, обязанностей и интересов граждан, что является одним из гарантов стабильности общества и снижения социальной напряженности. В определенной мере этот баланс будет выдержан при создании условий, когда человек может сам распоряжаться своей судьбой, иметь материальную независимость и реализовывать способность к самообеспечению, без ущемления интересов сограждан.

Одно из главных условий – обеспечение права человека на труд. Трудовая деятельность определяет взаимоотношения членов общества. Инвалид обладает в сравнении со здоровым человеком ограниченной возможностью трудиться. При этом в условиях рыночной экономики он должен быть конкурентоспособным по сравнению с другими членами общества и на равных началах выступать на рынке труда. Очевидно, что проблема профессиональной реабилитации (и как ее итог – трудовое устройство инвалидов в новых для нашей страны условиях рыночных отношений) становится весьма актуальной. Существующая система трудоустройства в условиях рыночной экономики еще не отлажена и нуждается в совершенствовании. Сложившаяся система помощи инвалидам в России никогда не была ориентирована на их интеграцию в общество. Многие годы основными принципами государственной политики в отношении инвалидов были компенсация и изоляция. Приоритетным направлением реформирования государственной политики должна стать их реабилитация. Для осуществления реформы нужны новые специалисты, обладающие принципиально новым взглядом на инвалидов. Такие специалисты должны непременно обладать способностью сострадать и быть профессионалами супервысокого класса, а также иметь достойную материально-техническую базу для осуществления своей деятельности.

Проблеме реабилитации посвящены многочисленные научные программы, разрабатываемые в рамках ООН такими организациями, как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Международная ассоциация социального обеспечения (МАСО), Международная организация труда (МОТ) и др.

Первое определение сущности реабилитации было дано ВОЗ следующим образом: «...не только вернуть больного к его прежнему состоянию, но и развивать его физические и психологические функции до оптимального уровня». Данное определение отражало сугубо функциональный подход, при котором приоритет реабилитации виделся в психофизиологическом восстановлении человека, что представлялось достаточным для достижения его благополучия. Однако практика показала, что само по себе улучшение и даже полное восстановление здоровья далеко не всегда обеспечивает возвращение человека в тот биосоциальный ритм жизни, в котором он пребывал до развития болезни и инвалидности. Болезнь и инвалидность существенно изменяют человека, его биосоциальные связи с внешним миром становятся иными, и только лишь мерами, направленными на восстановление физических и психических функций, не удастся добиться должного успеха.

Очевиден масштабный подход к решению проблем реабилитации и стремление рассматривать реабилитацию через систему разноплановых мероприятий. В этом определении четко очерчены цели реабилитации:

- предупреждение заболеваний, ведущих к временной и стойкой утрате трудоспособности;
- возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду.

Обращает на себя внимание тот факт, что особое значение придавалось лишь одному ограничению жизнедеятельности человека – утрате трудоспособности. Признавая безусловную прогрессивность данной дефиниции реабилитации, нельзя не видеть ее ущербности. Жизнь человека не может и не должна рассматриваться только через призму его способности или неспособности трудиться. Жизнедеятельность многоаспектна и включает неограниченно широкий круг функций, среди которых особо важное для человека значение имеют: самообслуживание, передвижение, ориен-

тация, общение, контроль за своим поведением, способность к обучению и трудовой деятельности.

В 1981 году Комитет экспертов ВОЗ дал целевое трактование реабилитации инвалидов: «Реабилитация инвалидов должна включать все мероприятия, призванные сократить последствия возникшей непригодности и позволить инвалиду полностью интегрироваться в общество. Реабилитация направлена на то, чтобы помочь инвалиду не только приспособиться к окружающей его среде, но оказывать воздействие на его непосредственное окружение и на общество в целом, что облегчает интеграцию его в общество. Сами инвалиды, их семьи и местные органы должны участвовать в планировании и проведении мероприятий по реабилитации». В этом определении не уделено внимания роли естественных процессов восстановления за счет компенсаторно-адаптационных механизмов организма и усилий личности, не учтена необходимость направить реабилитационные мероприятия не только на сокращение последствий возникшей непригодности, но и на поддержание и развитие потенциальных способностей личности.

Виды деятельности, необходимые для реабилитации инвалидов:

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

В соответствии с концепцией многопрофильного подхода целью реабилитации является интеграция инвалидов в общество. Выделяются следующие основные направления, по которым должны реализовываться многоаспектные реабилитационные мероприятия:

- 1) предупреждение прогрессирования патологического процесса и восстановление здоровья инвалидов;

- 2) восстановление личности;
- 3) раннее возвращение инвалидов к трудовой деятельности;
- 4) обеспечение возможности для постоянной интеграции инвалидов в общество.

Система реабилитации инвалидов включает централизованные и децентрализованные организационные формы реабилитации. Централизованные формы предполагают осуществление реабилитационных мероприятий в центрах медико-социальной и профессиональной реабилитации инвалидов. Реабилитация в децентрализованных формах во всех странах осуществляется на территории проживания инвалидов с использованием возможностей местных органов здравоохранения, социального обеспечения, труда, занятости, учебных заведений, промышленности и т. д. Централизованные и децентрализованные формы являются взаимодополняющими и взаимосвязанными этапами реабилитации инвалидов.

В 1993 году в рамках ООН было проведено обсуждение «стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов». Даны следующие основные концептуальные направления реабилитации инвалидов.

Реабилитация означает процесс, имеющий целью предоставить инвалидам возможность достичь оптимального физического, интеллектуального, психического и (или) социального уровня деятельности и поддерживать его, тем самым предоставляя им средства, призванные изменить их жизнь и расширить рамки их независимости. Реабилитация может включать меры по обеспечению и (или) по восстановлению функции ограничения. Процесс реабилитации не предполагает лишь оказание медицинской помощи. Он включает в себя широкий круг мер и деятельности, начиная от начальной и более общей реабилитации и кончая целенаправленной деятельностью, например, восстановление профессиональной трудоспособности. Необходимо изменить общество с тем, чтобы создать условия для инвалидов, а не изменять индивидуума, имеющего инвалидность, с тем чтобы приспособить его к жизни общества.

Реабилитация инвалидов – долгосрочный и дорогостоящий процесс, экономический эффект которого не сиюминутный. В определенной степени члены общества, не являющиеся инвалидами, должны отдавать часть благ общества без компенсации со стороны

инвалидов. Очевидна необходимость социального партнерства в решении проблем инвалидов и инвалидности, включая реабилитацию инвалидов. Условно реабилитацию инвалидов принято подразделять на медицинскую, социальную, профессиональную. Вышеприведенное разделение реабилитации не только условно, но и принципиально неверно. Если выделять медицинскую реабилитацию и социальную, то тогда, естественно, следует определять медицинский и социальный статусы человека. Правильнее подразделять реабилитацию инвалидов на медицинские меры реабилитации, социальные меры реабилитации, профессиональную реабилитацию.

Медицинские меры реабилитации многочисленны, имеют количественные и качественные характеристики, критерии оценки и экспертизы. К этим методам относятся: методы восстановительного лечения, включающие в себя преемственное продолжение патогенетической медикаментозной терапии, проводимые на предшествующих этапах, физические методы активизации больного, которые принято формировать в программах и осуществлять в строгой последовательности, санаторнокурортное лечение. Использование медицинских мер реабилитации при адекватном выборе методов позволяет добиваться успеха у подавляющего большинства инвалидов.

Восстановительное лечение должно носить комплексный характер и включать, наряду с медицинскими, физическими, психологическими методами, меры социальной и профессиональной реабилитации:

- 1) социально-бытовую адаптацию инвалидов;
- 2) адаптацию инвалидов к труду с использованием трудотерапии, вовлечением в трудовую деятельность в условиях моделирования производственных процессов;
- 3) профессиональную ориентацию и психокоррекцию установок на труд.

Таким образом, к медицинским мерам реабилитации следует отнести: восстановительное лечение, санаторно-курортное лечение, диспансерное наблюдение, медико-социальный экспертный контроль.

Очень важен психологический аспект реабилитации. Эффективность реабилитационных программ во многом зависит от реакции человека на заболевание, от преморбидных особенностей личности, от ее защитных механизмов. Крайне важной является оценка психологического статуса индивида, который дает возможность выделить больных, особенно нуждающихся в длительных курсах психотерапевтических мероприятий, направленных на снятие тревоги, невротических реакций, на формирование адекватного отношения к заболеванию и восстановительным мероприятиям. Характер проявлений и течение заболевания связаны со свойствами личности и особенностями социально-психологической ситуации, в которой находится человек. Формирование различных расстройств в состоянии здоровья зависит от характера и интенсивности эмоционального стресса, переживаемого человеком.

Важная цель психологической помощи инвалидам – обучение больного самостоятельно решать встающие перед ним проблемы в отношении профессиональной деятельности и семейной жизни, ориентация на возвращение к труду и в целом к активной жизнедеятельности.

В целях вторичной профилактики функциональных расстройств при проведении психологической реабилитации особое внимание необходимо уделять лицам, черты личности которых являются психологическим фактором риска (так называемый тип «а», которому свойственны такие черты, как стремление к лидерству, соперничество, неудовлетворенность собой, неумение расслабляться, лихорадочная поглощенность работой и пр.). Эффективная психологическая реабилитация инвалидов приводит к формированию у них адекватной оценки своих возможностей, стойкой трудовой направленности, исчезновению «рентных» установок (вызванных, как правило, незнанием своих возможностей, неприспособленностью к новым условиям жизни).

Ни теоретически, ни практически до настоящего времени не нашли решения вопросы психологии социального партнерства в сфере реабилитации инвалидов. Особое значение это партнерство приобретает при выборе и реализации социальных мер реабилитации.

Социальные меры реабилитации охватывают практически все вопросы жизнедеятельности инвалидов и включают социально-бытовую, социально-правовую и социально-психологическую реабилитацию. Ведущими направлениями социально-бытовой реабилитации принято считать медико-социальный уход, пенсии, пособия, обеспечение техническими средствами.

Социально-правовая реабилитация инвалидов – это, скорее, условное название. Более точным следует признать такое – социально-правовое обеспечение реабилитации инвалидов.

Социально-психологическая реабилитация предусматривает адаптацию инвалидов к социальному окружению, восстановление личности путем формирования адекватного отношения общества к инвалиду и инвалида к обществу, включая социально-психологическую коррекцию отношений в семьях, трудовых коллективах, иных микро- и макроколлективах, в обществе в целом.

Социальные меры реабилитации должны обеспечить устранение барьеров, препятствующих полноценной жизни людей, чье здоровье не позволяет в полной мере без соответствующей адаптации их жизненной среды пользоваться общественными благами и самим участвовать в приумножении этих благ.

Профессиональная реабилитация инвалидов в терминологическом плане достаточно четко отражает конечную цель этого реабилитационного аспекта. Основные задачи профессиональной реабилитации: вернуть больному самостоятельность в повседневной жизни; вернуть его к прежней работе, если это возможно; подготовить больного к выполнению другой работы с полным рабочим днем, соответствующей его трудоспособности; если это возможно, подготовить больного к работе с неполным рабочим днем или, наконец, к неоплачиваемой деятельности.

Профессиональная реабилитация является многопрофильной и заключается в следующем:

- 1) профессиональной ориентации;
- 2) профессиональной подготовке и переподготовке;
- 3) системе организации труда инвалидов (бронирование рабочих мест, рациональное трудоустройство, создание специальных условий труда и т. п.).

Теоретически обоснованно и практически доказано, что при адекватном состоянии здоровья и желанию инвалида выборе профессии, а также соответствующей адаптации условий труда инвалиды способны длительно сохранять трудоспособность и выполнять достаточно большие объемы работ. Длительная бездеятельность не только ведет к деградации специалиста, угасанию профессиональных навыков, но и отрицательно влияет на состояние здоровья, вызывая синдром гиподинамии, характеризующейся дисфункцией сердечно-сосудистой, дыхательной, опорно-двигательной, нервной и других систем и органов, к тому же нередко происходит психопатизация личности. Как правило, у этих людей резко нарушаются социальные связи, в том числе ухудшаются семейные отношения, прекращается общение с друзьями, сужаются духовные интересы, появляется депрессия, склонность к сутяжничеству. Для полной реализации способности инвалидов необходима адаптация рабочих мест к психофизиологическим возможностям инвалидов, что требует финансовых затрат и организационных усилий. Теоретические основы реабилитации инвалидов имеют достаточно длительный период разработки, однако до настоящего времени многие позиции остаются неразработанными либо требуют уточнения.

Вопросы для самоконтроля

1. Социальная реабилитация инвалидов – это повышение или восстановление уровня функциональной и общественной связей личности? Почему?
2. Какие международные организации занимаются реабилитацией инвалидов?
3. Назовите основные направления реабилитационных мероприятий?
4. Что является важнейшим этапом процесса социальной реабилитации?
5. Перечислите меры реабилитации инвалидов.

ГЛАВА 2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОЗДАНИЯ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В РФ. ДЕФИНИЦИИ ОСНОВНЫХ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ТЕРМИНОВ. ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Система – это совокупность составных элементов, взаимодействующих между собой и с внешней средой, объединенных общими законами функционирования и образующих определенную целостность, единство.

Инвалидность – дисгармония отношений человека с окружающей средой, проявляющаяся вследствие нарушений здоровья в стойком ограничении его жизнедеятельности, приводящем к необходимости социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности, приводящее к необходимости социальной защиты, выражается в полной или частичной утрате способности или возможности осуществлять самообслуживание, обучение и трудовую деятельность, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением.

Инвалид – это лицо, нуждающееся в социальной защите вследствие имеющихся ограничений жизнедеятельности в связи с нарушением здоровья (проявляющихся в стойком расстройстве функций организма или анатомическом дефекте), приводящих к полной или частичной потере возможности осуществлять самообслуживание, обучение, трудовую деятельность, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением.

Социальная защита инвалидов – система гарантированных мер, направленных на создание условий, обеспечивающих им равные с другими гражданами возможности участия в общественной жизни и развитии общества.

Меры социальной защиты инвалидов включают медико-социальную экспертизу, реабилитацию, организацию обеспечения их жизнедеятельности и осуществляются в зависимости от характера и степени нуждаемости инвалидов в тех или иных видах социальной защиты.

Интеграция инвалидов в общество – достижение оптимального уровня их жизнедеятельности и потенциальных способностей личности в результате воздействия мер социальной защиты.

Реабилитацию инвалида следует рассматривать с двух позиций. С одной стороны, реабилитация инвалида – это процесс вос-

становления здоровья человека и его социальных связей с окружающим миром вследствие активизации естественных биологических и физиологических компенсаторно-адаптационных механизмов и собственных усилий личности. С другой стороны, реабилитация инвалида – это система социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических и др. реабилитационных мероприятий, направленных на предупреждение прогрессирования патологического процесса, восстановление здоровья и личности, устранение или максимально возможную компенсацию ограничений жизнедеятельности человека. Оптимальное сочетание естественных биосоциальных сил организма и целенаправленного их стимулирования способствует эффективности мер реабилитации.

Медицинские меры реабилитации инвалидов – это комплекс медицинских мер воздействия на человека, направленных на восстановление нарушенных или утраченных функций организма, приведших к инвалидности. Целью этих мер является восстановление, поддержание и охрана здоровья инвалида.

Медицинские меры реабилитации включают:

- восстановительное лечение, осуществляемое в учреждениях здравоохранения либо учреждениях другой ведомственной принадлежности, оказывающих медицинские услуги населению, либо в специализированных центрах реабилитации инвалидов. В лечебный восстановительный комплекс должны входить социально-бытовая адаптация, социально-трудовая адаптация, подбор вспомогательных средств и их медико-техническая адаптация к инвалидам;
- санаторно-курортное лечение, осуществляемое в соответствующих учреждениях, оно может быть этапом восстановительного лечения или иметь общеукрепляющее значение;
- диспансерное наблюдение, проводимое для динамического медицинского контроля за состоянием здоровья инвалида и своевременной его коррекцией;
- медико-социальный экспертный контроль с целью динамической экспертной оценки состояния инвалида и своевременной его коррекции должен осуществляться службой медико-социальной экспертизы.

Социальные меры реабилитации инвалида – комплекс мер, направленных на создание условий, позволяющих инвалиду преодолеть ограничение жизнедеятельности путем замещения утраченных функций, а также обеспечивающих поддержание на определенном

уровне его здоровья, трудоспособности, бытовой и трудовой адаптации и приспособления внешней среды к возможностям инвалида. Целью социальных мер являются достижение инвалидом независимого образа жизни, восстановление личности.

Социальные меры реабилитации инвалида включают: обеспечение средствами передвижения, протезно-ортопедической помощью, сурдотехникой, другими техническими средствами для труда, быта, обучения, досуга, физкультуры, спорта, духовно-нравственного развития; медико-социальный уход, проживание или пребывание в специализированных учреждениях социальной защиты и неограниченно широкий круг других видов и форм социальной помощи и услуг, направленных на содействие интеграции инвалида в общество.

Профессиональная реабилитация инвалида – это многопрофильный комплекс мер, направленных на восстановление трудоспособности инвалида в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда:

- 1) на его прежнем рабочем месте;
- 2) на новом рабочем месте по прежней специальности;
- 3) профессиональная подготовка с учетом прежних профессиональных навыков;
- 4) профессиональное обучение новой специальности;
- 5) адаптация инвалида к такой трудовой деятельности, которая не имела бы существенного значения для его материального самообеспечения, а рассматривалась бы как гуманитарная помощь.

Целью профессиональной реабилитации является достижение инвалидом материальной независимости и самообеспечения.

Многоаспектность профессиональной реабилитации, так же как медицинских и социальных реабилитационных аспектов, предполагает координацию мер.

Физиологические закономерности восстановительного процесса характеризуются тремя основными фазами или периодами реабилитации.

Первый период – период стабилизации, консолидации (фаза конвалесценции).

Второй – период мобилизации (фаза реконвалесценции).

Третий – период реактивации, или поддерживающий (фаза постконвалесценции).

Значимость того или иного аспекта реабилитационных мероприятий неоднозначна в различные периоды реабилитации. В фазах

конвалесценции и реконвалесценции ведущими являются медицинские меры реабилитации, в фазе постконвалесценции на первый план выступают профессиональный и социальный аспекты реабилитации. Для инвалидов характерна третья фаза восстановительного процесса, в силу чего приоритетное направление приобретают профессиональные и социальные реабилитационные мероприятия. Рациональное сочетание различных аспектов реабилитации позволяет добиться высокой эффективности проводимых мероприятий.

Реабилитационные мероприятия – это направленные воздействия на инвалида при добровольном его согласии, являющемся необходимым предварительным условием их реализации.

Реабилитация инвалидов должна основываться на следующих принципах:

- гарантированность государством и закрепление в законодательстве;
- целевое финансирование, прогнозирование и программное обеспечение мер реабилитации инвалидов;
- обеспечение профессионально-технического функционирования системы реабилитации инвалидов;
- адекватность и дифференцированность реабилитационных мер;
- ориентация мер реабилитации на потенциальные способности человека к самообеспечению через решение проблем, являющихся причиной ограничения его жизнедеятельности;
- системность и стабильность мер реабилитации;
- гуманистическая направленность реабилитации с обеспечением уважения к личности, поддержание в ней сознания ценности и значимости своей жизни.

Реабилитационные меры должны реализовываться через индивидуальные программы реабилитации инвалидов.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида – это комплекс оптимальных для него реабилитационных мер, включающий конкретные виды, формы, объемы и сроки проведения мероприятий, направленных на восстановление и компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, способностей к трудовой деятельности, интеграцию инвалида в общество. Указанная программа должна строиться с учетом всех аспектов реабилитации и при их рациональном сочетании, а также быть многопрофильной. Формирование программы должно быть основано на следующих принципах:

индивидуализация, непрерывность, последовательность, преемственность, комплексность и целостность подходов. Разработка программы реабилитации начинается с оценки потребностей инвалида в видах и объеме реабилитационных мер, определения их приоритетности, а также установления этапности в проведении. Указанные задачи решаются в ходе направленной на реабилитацию медико-социальной экспертизы. Индивидуальная программа реабилитации инвалида должна разрабатываться с согласия инвалида уполномоченными на то реабилитационными учреждениями на основании заключения медико-социальной экспертизы и являться официальным документом для получения услуг, предусмотренных в ней. Базовая программа реабилитации должна представлять собой гарантированный перечень видов, объемов и условий реализации реабилитационных мер, оказываемых инвалиду бесплатно, утверждаемый правительством РФ. Объем реабилитационных мер, предусматриваемых индивидуальной программой, не может быть ниже установленной базовой программы. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос обеспечения себя конкретным видом помощи за счет собственных средств с зачетом стоимости аналогичного вида средств реабилитации, предоставляемых государством. В случае необходимости ему следует оказывать необходимое содействие.

Экспертиза потенциальных профессиональных способностей инвалида – это комплексная оценка ограничений трудоспособности инвалида, а также выявление медико-социальных факторов, вызывающих эти ограничения, и определение мер, способствующих их компенсации или замещению. В зависимости от степени ограничения трудоспособности инвалидов можно выделить следующие ее категории:

- неспособность выполнять какие-либо виды трудовой деятельности;
- остаточная трудоспособность, которая не обеспечивает им экономической самостоятельности;
- трудовая деятельность, которая обеспечивает им экономическую самостоятельность, но ограничена определенным кругом профессий и условий труда, за пределами которых возникает повышенный риск неблагоприятного исхода нарушений здоровья.

Потенциальные профессиональные способности инвалида – это такие способности к выполнению профессиональной деятельности, которые могут быть реализованы в конкретных условиях. Потенциальные профессиональные способности инвалида обусловлены, с од-

ной стороны, его психофизиологическим и социально-экономическим статусом, с другой – возможностью общества предоставить инвалиду условия для получения общего и профессионального образования и рабочие места. В оптимальном варианте рабочее место должно соответствовать желанию человека, его профессиональной подготовке, состоянию здоровья и социальным установкам, что реально при определенных социально-экономических и нравственных основах общества и государства. В действительности имеет место противоречие мотиваций на трудовую деятельность и общество.

Профессиональная ориентация инвалида – это научно обоснованный выбор трудового пути инвалида, общественно необходимой профессии, наиболее соответствующей его индивидуальным возможностям, интересам, мотивам личности. Если для здорового человека профориентация заключается в достижении максимальной эффективности его труда, успешности профессиональной деятельности, то в отношении инвалидов она, кроме того, предусматривает адаптацию их к трудовой деятельности при минимальной напряженности функциональных систем организма. Профориентация инвалидов требует комплексного клинико-психофизиологического подхода и предполагает участие специалистов разного профиля. В компетенцию специалистов медиков входит установление абсолютных противопоказаний к определенному кругу профессий, обусловленных характером и объемом патологического процесса.

Задача психологов на начальном этапе профориентации состоит в психодиагностике оценки способности инвалида (актуальных и потенциальных), определении характера и степени выраженности трудовой направленности, его склонностей и интересов. Все это позволит перейти к следующему этапу – собственно профориентации, в ходе которой должна определяться и реализовываться индивидуальная программа профессиональной ориентации инвалида.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определения понятиям: «инвалидность», «социальная защита инвалидов».
2. Перечислите наиболее распространенные виды реабилитации.
3. Охарактеризуйте принципы и структуру социальной реабилитации.
4. Что входит в индивидуальную программу реабилитации инвалидов?
5. В чем состоит экспертиза профессиональных способностей инвалида?

ГЛАВА 3. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ИНВАЛИДОВ

Профподготовка и профобразование инвалидов являются важнейшими аспектами их профессиональной реабилитации. Профессиональная подготовка, профобразование на различных уровнях и дополнительное образование инвалидов, как и других граждан, должно осуществляться в порядке и на условиях, определяемых законодательством РФ. Для инвалидов, нуждающихся в соответствии с индивидуальной программой реабилитации в специальных условиях профподготовки и профобразования, должны создаваться специальные федеральные, региональные, муниципальные образовательные учреждения различных типов и видов. Специальные образовательные учреждения для инвалидов иных организационно-правовых форм должны осуществлять свою деятельность во взаимодействии с государственными службами занятости, образования, социальной защиты на договорных условиях с предварительным их лицензированием. В настоящее время в РФ действует 30 специальных образовательных учреждений системы Минсоцзащиты России. Профподготовку и профобразование инвалидов в специальных образовательных учреждениях следует осуществлять в соответствии с государственными образовательными стандартами на основе образовательных программ, адаптированных для обучения инвалидов. Недопустимо для инвалидов с сохранным интеллектом введение специальных стандартов, что имеет место в настоящее время. Представляется, что только при таком подходе инвалиды на равных началах, как профессионалы, будут конкурентоспособны на рынке труда. Следует отметить, что характер патологии, которой страдает инвалид, во многом определяет его потенциальные возможности для профподготовки и профобразования. Профподготовка и профобразование инвалида в специально созданных условиях является важным фактором предупреждения развития патологического процесса, способствующим компенсации и восстановлению его трудоспособности, а также улучшению морального состояния инвалида. В конечном итоге, все это положительно сказывается на его актив-

ной жизнедеятельности. Чтобы повысить эффективность профобразования, необходимо знать, как инвалид приспосабливается к его условиям. Важную роль играет такой критерий оценки рационального профобразования, как адаптация.

Адаптация – это активный процесс, в ходе которого личность вырабатывает как приспособительные формы поведения в сфере образования и общения, так и формы активного участия в общественной жизни. Процесс адаптации личности происходит всегда, когда человек вступает в длительное, устойчивое взаимодействие с новой социальной средой. Адаптация к профобразованию включает профессиональную социально-психологическую адаптацию. В профессиональной адаптации на первый план выступает удовлетворенность той профессией, которой они обучаются. Это обусловлено тем, что желание получить профессию и работать именно в этой профессии у инвалидов, особенно в начале пребывания на инвалидности, неустойчиво, оно может исчезнуть при неблагоприятном воздействии извне. В профессиональной адаптации инвалидов субъективный фактор приобретает особо важную роль.

Другой компонент адаптации – социально-психологическая адаптация, т. е. приспособление к системе управления, методам организации и руководства профобразованием, включенность в социально-психологические связи внутри коллектива, активность в решении общественных вопросов.

Выделяются три уровня адаптации к профобразованию: высокий, средний, низкий. Высокий уровень характеризуется творческим отношением к сложившимся в среде профобразования нормам и стереотипам, более полной удовлетворенностью образовательным процессом, активным отношением к недостаткам, проявлением инициативы по их устранению.

У инвалида со средним уровнем адаптации происходит приспособление к образовательной среде, усвоение средних социальных норм, общепринятых форм и способов действия, которые обеспечивают выполнение на среднем уровне основных по овладению профессией функций.

Низкий уровень адаптации отражает взаимное несоответствие учащегося образовательной среде: недостаточное приспособление к

физическим условиям, неудовлетворительное выполнение учебных и социальных функций в коллективе.

В процессе адаптации к профобразованию большую роль играют такие личностные свойства, как эмоциональная устойчивость, высокий уровень самоконтроля, спокойствие, доверчивость и рациональная комфортность. Решающим условием социально-психологической адаптации является чувство принадлежности к коллективу, выражающееся в удовлетворенности своим положением в нем и своей учебой, взаимоотношением между учащимися, преподавателями, коллективом в целом. Человек, утративший такие социальные ценности, как здоровье и трудоспособность, попадает в условия, когда резко изменяется его социальный статус: в его жизни появляется целый ряд ограничений и препятствий различного свойства. Инвалид становится человеком зависимым и нуждающимся в физической, материальной, моральной помощи окружающих. Все это неизбежно оказывает влияние на психику инвалида, она делается более ранимой, менее устойчивой к стрессовым ситуациям.

Уровень адаптации – показатель нестабильный, так как адаптация – это явление динамичное, на которое оказывают воздействие как средовые, так и внутренние факторы, обусловленные состоянием и свойствами человека. Переход на инвалидность сопровождается шоком, который на начальных этапах пребывания человека на инвалидности затрудняет процесс его адаптации к профобразованию. Однако не следует думать, что шок, смятение, испытываемые инвалидом в начале пребывания на инвалидности, являются единственным фактором, затрудняющим адаптацию. Новые условия, каковыми являются условия профобразования, требуют определенного времени для адаптации к ним. Меняется и отношение окружающих к человеку, ставшему инвалидом, к чему он также должен приспособиться. Уже на втором году пребывания на инвалидности, повышается уровень социально-психологической адаптации: доля инвалидов с высокой адаптацией увеличивается, соответственно уменьшается доля инвалидов с низкой адаптацией.

В период перехода от централизованной к рыночной экономике резко обострилась проблема трудоустройства и поддержания занятости инвалидов. В условиях рыночной экономики статус личности в значительной мере определяется материальной независимо-

стью и возможностью самообеспечения человека. Исходя из этих позиций очевидно, что трудовая деятельность становится во главу взаимоотношений членов общества. Однако инвалид обладает в сравнении со здоровым человеком ограниченной возможностью трудиться, при этом в условиях рыночной экономики он должен быть конкурентоспособным. В этой связи представляется целесообразным сформировать такую систему трудоустройства инвалидов, когда на паритетных началах будут учтены интересы общества и инвалидов, и работодатели не смогут отвергать работников из числа инвалидов. Это становится возможным при сочетании таких факторов, как:

- социально-психологическая положительная ориентация на трудовую деятельность как со стороны самих инвалидов, так и со стороны здоровых членов общества;
- правовое регулирование трудоустройства инвалидов;
- нормативное регулирование взаимоотношений ВТЭК, органов социальной защиты и здравоохранения, учебных заведений по профподготовке инвалидов, бирж труда, предприятий и иных работодателей.

Трудоустройство инвалидов в условиях рыночной экономики в правовом государстве должно базироваться на общих принципах реабилитации и социальной политики в отношении инвалидов. Обеспечение занятости инвалидов – это межведомственная проблема. Сегрегационное решение этой проблемы безнравственно. В этой связи представляется целесообразным на всех уровнях управления (федеральном, региональном, муниципальном) создавать межведомственные советы по содействию профессиональной реабилитации и занятости инвалидов, основные задачи которых:

- разрабатывать и внедрять целевые программы;
- контролировать выполнение целевых программ;
- содействовать деятельности государственных служб занятости и реабилитации инвалидов по трудоустройству инвалидов;
- разрабатывать проекты дополнительно к гарантии занятости инвалидов и представлять их на утверждение уполномоченным на это федеральным, региональным, муниципальным исполнительным органам власти.

В целом управление реабилитацией инвалидов должно осуще-

ствляться через целевые программы. Целевая программа реабилитации инвалидов – это скоординированное по целям, срокам, содержанию текущее и перспективное планирование комплекса реабилитационных и иных мер на основе рационального использования материально-технических, кадровых и финансовых ресурсов. Формирование программы требует проведения следующих поэтапных разработок: экспертного анализа сложившихся в стране подходов к реабилитации инвалидов; концептуальной разработки планируемой программы; информационного поиска вводимых данных; собственно формирования программы; прогнозирования результатов реализации программы; разработки стандартизированных показателей эффективности программных мероприятий.

Вопросы для самоконтроля

1. Назовите важнейшие аспекты профессиональной реабилитации.
2. Какие уровни адаптации к профобразованию инвалидов известны Вам?
3. Перечислите основные задачи межведомственных советов по содействию профессиональной реабилитации и занятости инвалидов.
4. Что представляет из себя целевая программа реабилитации инвалидов?

ГЛАВА 4. ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Создание условий для лиц с ограниченными вследствие физических причин возможностями полноценной жизни должно быть сориентировано на формирование адекватной среды жизнедеятельности, дополнительно к гарантии для реализации каждым из них всей полноты основных прав, свобод и обязанностей и прежде всего конституционных. Утрата трудоспособности, как основание социальной помощи, нашла свое воплощение в развитии системы пособий по временной нетрудоспособности и пенсий и пособий по инвалидности. Полная или частичная утрата трудоспособности компенсируется выплатой пенсий по инвалидности, частично утратившим трудоспособность гарантируется и трудоустройство. Принято считать, что к числу лиц, полностью утративших трудоспособность, относятся инвалиды 1, 2-й групп. Социальная помощь этому контингенту состоит в более высоких нормах пенсионного обеспечения по сравнению с инвалидами 3-й группы, относимыми к лицам с частичной утратой трудоспособности. В то же время для инвалидов 3-й группы реальность трудоустройства вовсе не гарантирована, поскольку вместо рабочих мест для них существует лишь обширное законодательство, подтверждающее это правомочие. Отсутствие работы, невозможность реального трудоустройства, т. е. фактически частичная безработица, этим лицам материально не компенсируется. Сложность организации системы социальной помощи лицам с полной и частичной утратой трудоспособности усугубляется еще и тем, что отсутствует четкость в мерах социальной помощи в связи с болезнью, которой обуславливается утрата трудоспособности. Смещение в сознании людей, да и в законодательстве этих характеристик привело к полной неадекватности системы социальной помощи состоянию трудоспособности, обусловило ее неэффективность и вызвало острую неудовлетворенность ею как самих инвалидов, так и общественного мнения в стране. Правовой основой для развития законодательства в области медицинской реабилитации являются Конституция РФ, закрепляющая права граждан на охрану здоровья. Общими гарантиями права на охрану здо-

ровья являются: обеспечение всех граждан бесплатной квалифицированной медицинской помощью, оказываемой государственными учреждениями здравоохранения; развитие и совершенствование техники безопасности и производственной санитарии; проведение широких профилактических мероприятий; меры по оздоровлению окружающей среды; забота о здоровье подрастающего поколения, включая запрещение детского труда, не связанного с обучением и трудовым воспитанием; развертывание научных исследований, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости.

Реабилитация больных и инвалидов реализуется в кругу общественных отношений, охватывающих различные сферы социально-экономических прав личности, урегулированных различными отраслями права.

Задача гуманизации и демократизации жизни общества, создания условий для достойного существования каждого его члена связана с проблемой социальной защищенности личности, что может быть обеспечено путем формирования системы правовых гарантий, базирующихся на реальностях общественной жизни и ориентированных на цели общественного развития. Объективно существуют лишь два способа содействия личности в решении ее проблем: предоставление в натуре услуг и предметов, позволяющих преодолеть обстоятельства, затрудняющие жизнедеятельность, либо денежных выплат, располагая которыми инвалид может получить эти предметы и услуги самостоятельно. Российское законодательство идет по пути сочетания этих двух форм.

Правовое регулирование реабилитации характеризуется отчетливо проявляющейся фрагментарностью и бессистемностью, а потому не обеспечивает необходимой эффективности средств, затрачиваемых из общественных фондов потребления на эти цели.

Актуальные задачи в сфере реабилитации больных и инвалидов состоят в четком, исходя из фактических потребностей лиц с нарушением здоровья и трудоспособности, оформлении элементов формирующейся системы реабилитации, упорядочении взаимосвязей между ними и в создании механизма, включая правовое регулирование, обеспечивающее эффективность этой системы. Принципиальным недостатком правотворческой работы является отсутствие попытки связать все вопросы в единое решение, подчиненное еди-

ной цели, позволяющее сосредоточить все материальные ресурсы и повысить эффективность не только каждой меры социальной помощи, а всей системы в целом.

Отношение к инвалиду как к личности может быть обеспечено в рамках системы социальной помощи, когда удастся отразить в ней высшие нравственные принципы человечности – создать условия для удовлетворения первичных потребностей (в пище, одежде и др.) для всех граждан, включая и инвалидов. При этом для обеспечения равенства с другими гражданами для инвалидов должна учитываться специфика их потребностей. Социально-экономическое и нравственное наследие современного общества отягощено приоритетностью материальных потребностей, что явилось почвой для формирования и углубления склонностей к социальному иждивенчеству, отмечаемому в сфере распределения по труду и еще в более значительных масштабах – в сфере социального обеспечения.

В настоящее время в общественном мнении сложилось единство в оценке глубины и масштабности проблемы инвалидов. Вместе с тем резко не совпадают представления о путях их разрешения. Гиперболизируется значение благотворительности и игнорируется мнение специалистов по этому вопросу. Вынужденное в государственном масштабе обращение в сфере помощи инвалидам к милосердию и благотворительности не должно подменить суть социальной политики в отношении к ним. Длительный период насильственного утверждения единых правил и норм социального поведения отразился на массовом сознании: нормой стало ожидание помощи от государства, люди зачастую перестали прилагать для решения своих проблем необходимые усилия. На практике функционеры всех уровней оказались не готовы к решению вопросов в социальной политике в условиях отсутствия жесткой централизованной системы отношений. В центре социальной политики должен находиться человек, который выступает одновременно как ее цель, предмет и субъект, так как лишь человек выработал в себе умение действовать целенаправленно. Через человека и с помощью человека государственные органы, учреждения и общественные организации должны реализовывать цели и задачи социальной политики. Изменение социальной структуры, характеризующееся соотношением классов, слоев, групп и иных структур, а также системой свя-

зи и зависимости между ними, должно быть направлено на следующее:

- углубление социальной справедливости;
- выравнивание общественной дифференциации в сфере уровня жизни разных классов и слоев;
- социальный прогресс;
- социальную безопасность.

Функции социальной политики – выявление и ликвидация механизмов и процессов, дегуманизирующих действительность, а также нормирование механизмов, обеспечивающих постоянную полноценную интеграцию человека в общество. Социальная политика должна основываться на следующих принципах:

- гарантированность государством и закрепление в законодательстве социальной защищенности личности;
- целевое финансирование, прогнозирование и программно-информационное обеспечение целевых социальных программ;
- обеспечение профессионально-технического функционирования системы социальных институтов (здравоохранения, образования, социальной защиты, культуры, охраны труда, занятости и т. п.);
- легализация, адекватность и дифференцированность социальных гарантий;
- адресность социальной поддержки населения;
- ориентация мер, направленных на интеграцию человека в общество, на потенциальные способности личности к самообеспечению через решение проблем, являющихся причиной ограничения его жизнедеятельности и препятствующих полноценной интеграции;
- системность и стабильность мер, направленных на поддержание и позитивное развитие объектов социальной политики;
- гуманизм, равенство стартовых возможностей, социальная справедливость и социальная безопасность.

Аспекты социальной политики с учетом ее постановочных задач подразделяются на следующие блоки.

1 блок – этика и мораль. Он включает:

- формирование морали и определение ее места в жизни отдельных членов общества;

- формирование моральных отношений личности и общества.

2 блок – общественный и личный быт членов общества. Он включает:

- государственное регулирование материальной и культурной среды, в которой происходит удовлетворение потребностей человека и поддержание здоровья;
- экспертизу различий и сходства быта отдельных групп и слоев населения;
- мониторинг психологии быта членов общества.

3 блок – социально-психологические особенности различных социальных групп и слоев общества. Он включает:

- мониторинг социально-психологических особенностей различных социальных групп и слоев общества;
- экспертизу закономерностей взаимодействия психологических и социальных факторов жизнедеятельности людей;
- изучение особенностей взаимоотношений, форм общения и взаимовлияния членов общества;
- государственный патронаж и протекционизм в формировании и социально-психологическом становлении обычаев, нравов, традиций общественного сознания различных групп, слоев населения и общества в целом;
- мониторинг положения отдельных групп, слоев в обществе и государственное регулирование, направленное на недопущение массовой бедности населения;
- изучение социально-психологических характеристик семей и оказание необходимой помощи в затруднительных для семей ситуациях;
- изучение материальных и духовных ценностей членов общества;
- социально-психологическое моделирование социальных групп, слоев, общества в целом.

4 блок – выявление закономерностей развития и функционирования отдельных социальных групп, слоев как самостоятельных систем и как части системы общества в целом.

5 блок – производственная сфера деятельности людей. Он включает:

- государственное регулирование формирования опти-

мальной производственной среды, в которой происходит трудовая деятельность людей;

- мониторинг психологии производственной сферы деятельности людей;

- мониторинг приоритетов мотивации личности, общества, семьи при формировании установок на трудовую деятельность.

6 блок – социально-экономические аспекты. Он включает:

- формирование критериев оценки прожиточного минимума человека и государственные гарантии предоставления этого минимума человеку;

- формирование принципов и условий обеспечения экономической самостоятельности членов общества;

- государственное содействие рентабельности трудовой деятельности людей;

- государственное регулирование субсидированной занятости;

- разработка методики оценки пригодных для трудового устройства индивидуумов рабочих мест на рынке труда;

- формирование целевых программ занятости.

7 блок – социально-правовые аспекты, в том числе. Он включает:

- определение места правовых норм, регламентирующих решение социальных проблем в системе права;

- определение социально-правовой сущности основных категорий системы социальной защиты населения;

- определение правовых принципов социальной защиты населения;

- постановка проблем правового регулирования материального обеспечения лиц с ограниченной трудоспособностью;

- анализ судебной и административной практики по защите прав и законных интересов граждан и эффективности правового регулирования социальной защиты населения;

- разработка критериев и оценка эффективности отдельных мер социальной защиты населения.

8 блок – охрана здоровья нации. Он включает:

- государственные гарантии бесплатной в необходимых объемах медицинской помощи всем членам общества;

- государственную поддержку организации и развития альтернативных форм медицинского обслуживания населения;
- государственные гарантии сохранения и поддержания санитарно-эпидемиологического контроля, а также служб, оказывающих помощь населению в экстремальных ситуациях;
- государственная стандартизация критериев безопасности труда и внедрения жесткой системы контроля за их соблюдением.

9 блок – культура и просвещение. Он включает:

- государственные гарантии бесплатного базового и профессионального образования всем членам общества в соответствии с их способностями;
- государственную поддержку организации и развития альтернативных форм образования;
- государственные гарантии сохранения и преумножения культурного наследия народа.

Таким образом, социальная политика может иметь определенный круг практических задач, в соответствии с которым следует проводить построение системы управления процессом принятия и реализации решений в социальной сфере.

Приоритет в социальной политике обеспечения равенства граждан отдается решению задачи, касающейся принятия законодательства об основах социальной защиты инвалидов до принятия общего закона для всей сферы социальной защиты населения акта. В последующем нормы этого законодательства могут быть включены в единый Кодекс о социальной защите населения РФ. В законодательстве об основах социальной защиты инвалидов должно быть легализовано понятие реабилитации инвалида, закреплена гарантированность представления реабилитационных услуг как важнейшей части социальной защиты инвалидов. Основой механизма социальной защиты каждого конкретного инвалида должна быть признана индивидуальная программа реабилитации, формирующаяся в соответствии с потребностями инвалида и с учетом базовой программы реабилитации, имеющей бюджетное финансирование и утверждаемой правительством РФ.

Реабилитация инвалидов, осуществляемая в рамках правового пространства, станет реальной основой скоординированных действий различных специалистов, ведомств, государственных и негосу-

дарственных структур. Легализованное право инвалидов на реабилитацию обеспечит этим гражданам надежную гарантию на социальную защиту и равные возможности.

В настоящее время в РФ действуют многочисленные нормативно-правовые документы, регулирующие социальную защиту инвалидов. В декабре 1995 года был принят закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», который стал своеобразным компромиссным законодательным документом, поскольку в нем нашли отражение компромиссные правовые решения проблем инвалидности и инвалидов, совместно выработанные исполнительными органами власти и общественными движениями инвалидов и относительно устроившие обе стороны. Безусловно, такой закон не совершенен, но все же следует считать его принятие полезным и прогрессивным явлением.

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов. В первой его главе, излагающей общие положения, раскрывается содержание понятий «инвалид», «социальная защита инвалидов», состав законодательств о социальной защите инвалидов; определяется компетенция федеральных органов государственной власти, органов государственной власти, субъектов Российской Федерации в области социальной защиты инвалидов; устанавливается ответственность за причинение вреда здоровью, приведшего к инвалидности.

Согласно Закону, инвалид – это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким нарушением функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающими необходимость в социальной защите. Ограничение жизнедеятельности определяется законом как полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться, заниматься трудовой деятельностью.

Социальная защита инвалидов – это система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих им условия для преодоления, замещения ограничений

жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Согласно Закону, к компетенции федеральных органов государственной власти в области социальной защиты инвалидов относятся: определение государственной политики в отношении инвалидов; принятие Федеральных законов и нормативных актов, заключение международных договоров по вопросам социальной защиты инвалидов; установление общих принципов организации и осуществления медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов; установление государственных стандартов на услуги и технические средства, норм и правил сертификационных требований к обустройству среды жизнедеятельности инвалидов; установление порядка аккредитации и лицензирования организаций, осуществляющих реабилитацию инвалидов; разработка и реализация Федеральных целевых программ в области реабилитации инвалидов; утверждение и финансирование Федеральных базовых программ реабилитации инвалидов, создание управления объектами реабилитационной индустрии федерального подчинения; определение перечня специальностей и подготовка социальных работников; координация научных исследований и опытно-конструкторских работ в области медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов; разработка методических документов по вопросам социальной защиты инвалидов; установление квот рабочих мест для инвалидов, различных федеральных льгот организациям, участвующим в социальной защите инвалидов, и отдельным категориям инвалидов; формирование показателей федерального бюджета по расходам на социальную защиту инвалидов.

Общие положения Закона завершаются статьей, устанавливающей административную, материальную, гражданско-правовую и уголовную ответственность за причинение вреда здоровью граждан, приведшего к инвалидности.

Вторая глава Закона (статьи 7, 8) регламентирует медико-социальную экспертизу (МСЭ). МСЭ – это определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию на основе оценки ограничения жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма. МСЭ осуществляется Государственной служ-

бой медико-социальной экспертизы, входящей в систему органов защиты населения.

Медицинские услуги при оформлении граждан для освидетельствования и реабилитационные мероприятия входят в базовую программу обязательного медицинского страхования граждан.

На государственную службу МСЭ возлагаются:

- определение группы инвалидности, ее причины, времени наступления сроков;
- определение потребностей в мерах социальной защиты;
- разработка индивидуальных программ реабилитации;
- изучение уровня и причин инвалидности населения;
- участие в разработке комплексных программ профилактики инвалидности, медико-социальной реабилитации и социальной защиты инвалидов;
- определение степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание;
- определение причин смерти инвалида.

Решения органа Государственной службы МСЭ являются обязательными для исполнения.

В третьей главе Закона (статьи 9–12) дано понятие реабилитации инвалидов как системы медицинских, психологических, социально-экономических, педагогических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации являются: восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация. Определено, что реабилитация инвалидов включает в себя медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию. Гарантированный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно, входит в Федеральную базовую программу реабилитации. Индивидуальная программа реабилитации представляет оптимальный для инвалида комплекс реабилитационных мероприятий, куда могут включаться дополнительно к мероприятиям Федеральной базовой программы и другие мероприятия, финансируемые самим инвалидом или други-

ми лицами (организациями). Отказ инвалида от предложенной индивидуальной программы реабилитации освобождает указанные органы от ответственности за ее выполнение.

В соответствии с Законом Государственная служба реабилитации инвалидов – это совокупность органов государственной власти, местного самоуправления, учреждений различного уровня, осуществляющих мероприятия по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.

Четвертая глава Закона (статьи 13–32) является центральной и в ней охвачены различные стороны обеспечения жизнедеятельности инвалидов. В нее входят: порядок оказания медицинской помощи инвалидам; порядок обеспечения их беспрепятственного доступа к информации и объектам социальной инфраструктуры; порядок обеспечения инвалидов жилой площадью; порядок обеспечения и обучения детей-инвалидов; порядок обеспечения образования и занятости инвалидов; определение прав и обязанностей, ответственность работодателей в обеспечении занятости инвалидов, порядок и условия признания инвалида безработным; порядок материального обеспечения, социально-бытового и транспортного обслуживания инвалидов, сохранение льгот, установленных инвалидам, а также ответственность за нарушение прав и за неисполнение обязанностей по обеспечению доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры.

Квалифицированная медицинская помощь инвалидам оказывается бесплатно или на льготных условиях, а медицинская реабилитация проводится в рамках Федеральной базовой программы медицинского страхования.

Инвалидам гарантировано право на получение необходимой информации. Одновременно устанавливается ответственность за неисполнение организациями обязанностей по обеспечению доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры.

Предусмотрено обеспечение инвалидов и семей с детьми-инвалидами жилой площадью на льготных условиях, дополнительной жилой площадью в соответствии с перечнем заболеваний; коммунальные услуги и аренда жилых помещений оплачиваются инвалидами на льготных основаниях. Установлено также право инвалидов на первоочередное получение земельных участков для индивиду-

ального жилищного строительства, ведение подсобного и дачного хозяйства и садоводства.

Непрерывность воспитания и образования, социально-бытовую адаптацию детей-инвалидов осуществляют образовательные учреждения, органы социальной защиты населения, учреждения связи, информации, физической культуры.

Инвалидам гарантируются необходимые условия для получения образования и профессиональной подготовки всех уровней в общеобразовательных или специальных образовательных учреждениях в соответствии с индивидуальной программой реабилитации.

Обеспечение занятости инвалидов гарантируется путем проведения специальных мер, повышающих их конкурентоспособность на рынке труда.

Условия труда инвалидов предусмотрены в соответствии с индивидуальной программой реабилитации; для инвалидов 1-й и 2-й группы устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени, ежегодный отпуск для инвалидов всех групп – не менее 30 суток.

Законом установлено, что безработным признается инвалид, имеющий трудовую рекомендацию, не имеющий работы, зарегистрированный в органе Федеральной службы занятости в целях поиска подходящей работы и готовый приступить к ней. Для признания инвалида безработным он должен представить в орган службы занятости индивидуальную программу реабилитации.

Инвалиды и дети-инвалиды имеют право на санаторно-курортное лечение в соответствии с индивидуальной программой реабилитации. В зависимости от тяжести и причины инвалидности предусмотрен порядок обеспечения инвалидов (и сопровождающих лиц) санаторными путевками.

Пятая глава Закона (статьи 33, 34) устанавливает право инвалидов на создание общественных объединений, которые могут быть участниками хозяйственных обществ, ведущих предпринимательскую деятельность и владеющих различными видами собственности.

Правовой защите труда инвалидов посвящены также ряд статей Кодекса Законов о труде Российской Федерации. Указывается, в частности, что администрация не вправе отказать инвалиду в прие-

ме на работу при наличии соответствующей трудовой рекомендации, а при сокращении штатов должно быть обеспечено предпочтительное оставление на работе инвалидов. Перевод инвалида на другую работу возможен в связи с изменениями состояния здоровья и трудовой рекомендации, по инициативе инвалида или же по инициативе администрации, но с согласия самого инвалида. Специальная статья КЗОТа регулирует возможность трудоустройства инвалида с сокращенным рабочим днем, с дополнительными перерывами в работе, освобождение от сверхурочных и ночных работ. За инвалидами 3 группы место работы сохраняется до выздоровления или до полной утраты трудоспособности. При увольнении инвалида по сокращению штатов за ними сохраняется непрерывный стаж работы независимо от продолжительности перерыва.

Правовые основы социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов детально изложены в Федеральном законе «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов».

Законом установлены основные принципы в области социального обслуживания:

- соблюдение прав человека и гражданина;
- предоставление государственных гарантий в сфере социального обслуживания;
- обеспечение равных возможностей в получении социальных услуг и их доступности для граждан пожилого возраста и инвалидов;
- преемственность всех видов социального обслуживания;
- ориентация на индивидуальные потребности;
- приоритет мер социальной адаптации;
- ответственность органов государственной власти и должностных лиц;
- обеспечение прав граждан пожилого возраста и инвалидов в сфере социального обслуживания.

При получении социальных услуг граждане пожилого возраста и инвалиды имеют право на уважительное и гуманное отношение, выбор учреждения и формы социального обслуживания, информацию о своих правах, согласие на социальное обслуживание или отказ от него, конфиденциальность информации личного харак-

тера, защиту своих прав и законных интересов, в том числе в судебном порядке.

Дети-инвалиды, проживающие в стационарных учреждениях, имеют право на получение образования и профессиональное обучение.

Законом установлено право граждан пожилого возраста и инвалидов, проживающих в стационарных учреждениях, работать по найму или участвовать в лечебно-трудовой деятельности в соответствии с медицинскими рекомендациями. Законом предусмотрены следующие формы социального обслуживания:

- социальное обслуживание на дому (включая социально-медицинское обслуживание);
- полустационарное социальное обслуживание;
- стационарное социальное обслуживание;
- срочное социальное обслуживание;
- социально-консультативная помощь.

По желанию граждан социальное обслуживание может осуществляться на постоянной или временной основе.

Принятие Законов о социальной защите инвалидов и социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов определяет необходимость разработки и принятия многих нормативных актов на федеральном и региональном уровнях, обеспечивающих реализацию принятых законов.

Вопросы для самоконтроля

1. Какими правовыми актами регламентируется в России процедура признания гражданина инвалидом?
2. Какие статьи Федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ» способствуют повышению независимости инвалида?
3. Каким образом учитывается в российском законодательстве требование международных документов по обеспечению доступности социальной среды?

ГЛАВА 5. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Принятое в нашей стране и действующее до настоящего времени понятие инвалидности как стойкой утраты или ограничения трудоспособности, приводящей к значительному снижению материальной обеспеченности инвалидов, определяло основные направления социальной политики в отношении инвалидов с акцентом на денежные виды помощи и льготы материального характера.

Современная концепция инвалидности трактует инвалидность значительно шире, чем ограничение возможностей при выполнении трудовых обязанностей. Она рассматривает человека с учетом всех акцентов его социальных связей, которые могут нарушаться в результате болезни или посредством травм. В соответствии с новым положением закона об основных началах социальной защищенности инвалида, инвалидом является лицо, нуждающееся в социальной защите вследствие ограничений жизнедеятельности, вызванных стойкими расстройствами функций организма в результате заболевания, травмы или дефекта.

Инвалидность в настоящее время устанавливается лицам, страдающим хроническими заболеваниями или имеющим анатомические дефекты в тех случаях, когда возникшее нарушение функции организма препятствует профессиональной трудовой деятельности и приобрело устойчивый, несмотря на лечение, характер.

Инвалидность устанавливается при заболеваниях, приведших к необходимости прекратить профессиональную трудовую деятельность на продолжительный период или значительно изменить условия работы.

Профессия – род трудовой деятельности человека, позволяющий владеть комплексом специальных теоретических знаний, практических навыков, полученных путем образования, обучения или опыта.

Квалификация – уровень подготовленности, мастерства, степень пригодности к выполнению профессионального труда, определяемая разрядом, классом, знанием и другими аттестационными категориями.

Снижение объема профессиональной деятельности – это сокращение доли трудового участия, норм выработки, рабочего времени или норм обслуживания.

Основной профессией считают работу, требующую наиболее высокой квалификации, для лиц неквалифицированного труда – работу, выполняемую наиболее длительное время.

Установить инвалидность имеют право только уполномоченные на то государственные органы – врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК), работающие в соответствии с Положением о врачебно-трудовых экспертных комиссиях. Определение группы инвалидности проводится на основании Инструкции, утвержденной Министерством здравоохранения, Государственным комитетом по труду и социальным вопросам, ВЦСПС и согласованной с Министерством социального обеспечения РФ. Медико-социальные экспертизы детей в возрасте до 16 лет производятся учреждениями здравоохранения в порядке, установленном Министерством здравоохранения РФ в соответствии с приказом Минздрава РФ № 117 от 4 июля 1991 г. «О порядке выдачи медицинского заключения на детей инвалидов в возрасте до 16 лет».

На освидетельствование во ВТЭК принимаются больные по направлению лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), где больной лечился и наблюдался. Направляется больной в том случае, если по заключению врачебно-консультационной комиссии этого ЛПУ у него имеются признаки инвалидности. Этот вывод должен быть обоснован результатами всестороннего медицинского обследования, в комплекс которого обязательно включаются функциональные методы исследования, позволяющие не только установить диагноз, но и функциональный резерв организма, компенсаторные возможности его систем и органов. Обследование в условиях нагрузочных тестов дает возможность установить доступные и показанные больному физические и нервно-психические нагрузки. Сопоставление их с теми нагрузками, которые предъявляются организму больного различными условиями его жизни и труда, является основой для заключения об инвалидности.

Кроме результатов обследования больного, позволяющих установить диагноз, состояние компенсаторных и адаптивных процессов, реабилитационный потенциал и прогноз заболевания, в на-

правлении ЛПУ должны содержаться сведения о проведенном восстановительном лечении, данные, подтверждающие стойкий и необратимый характер заболевания, сроки временной нетрудоспособности, сведения о характере и условиях трудовой деятельности.

При оценке трудоспособности в настоящее время руководствуются определением трудоспособности как состояния организма, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет лицу выполнять работу определенного объема и качества. При этом в каждом случае учитываются как медицинские, так и социальные критерии. Под медицинскими критериями понимаются характер и течение заболевания, степень компенсации патологического процесса и прогноз компенсации. Под социальными – образование, общая профессиональная подготовка, характер и условия труда, возраст, учитывается также оценка больным своих возможностей на предмет продолжения трудовой деятельности, его психологические особенности и другие факторы.

В зависимости от степени утраты трудоспособности инвалидность подразделяется на три группы. Первая группа инвалидности устанавливается в том случае, если у больного имеется такое нарушение функций организма, при котором он не может сам себя обслуживать и нуждается в постоянной помощи и уходе. При этом речь идет не об эпизодической помощи вследствие временного ухудшения состояния здоровья, а о повседневном, систематическом уходе. Это тяжелобольные люди с хроническими, прогрессирующими заболеваниями, например больные атеросклерозом сосудов головного мозга, осложненного инсультом, приведшего к параличу верхних или нижних конечностей, и афазией, психически больные люди с тяжелыми затяжными кататоническими и параноидными синдромами вследствие шизофрении и т. п.

Вторая группа инвалидности устанавливается в том случае, если у больного имеются значительно выраженные функциональные нарушения, хотя и не такие, чтобы обусловить необходимость постоянной посторонней помощи, но в то же время приведшие либо к полной постоянной или длительной нетрудоспособности, либо к такому состоянию, когда отдельные виды труда могут быть доступны только в специально созданных условиях (специальные цеха, участки для трудоустройства инвалидов, работа на дому).

Третья группа инвалидности устанавливается в том случае, если у больного имеется значительное снижение трудоспособности, обусловленное соответствующим нарушением функций организма вследствие хронического заболевания или дефекта и приведшее к необходимости перехода на работу, требующую другой профессии, более низкой квалификации, либо к изменению условий работы в своей профессии – значительному уменьшению ее объема.

В процессе освидетельствования врачи-эксперты во всех случаях выясняют так называемые потенциальные профессиональные способности инвалида, то есть способности к выполнению профессиональной деятельности, которые при создании определенных условий могут быть реализованы. В зависимости от возможности выполнения трудовых обязанностей и условий, определяющих при этом состояние экономического статуса инвалидов, их можно разделить на следующие основные категории:

- не способные выполнять любые виды деятельности;
- при создании определенных условий так называемая остаточная трудоспособность позволяет выполнять некоторые виды трудовой деятельности, но последнее не обеспечивает экономической самостоятельности;
- трудовая деятельность обеспечивает экономическую самостоятельность, но ограничена определенными условиями и кругом профессий.

Первая группа инвалидности устанавливается на 2 года, а вторая и третья – на 1 год. В некоторых случаях, когда необратимое хроническое заболевание принимает прогрессирующее течение, после определенного срока наблюдения за больным инвалидность устанавливается без указания срока переосвидетельствования.

ВТЭК рассматривается как этап реабилитационного процесса. Заключение о группе инвалидности оформляется в виде справки определенного образца, которая является ценным документом для предоставления пенсии и всех рекомендаций по реабилитации отвечающими за это учреждениями и службами.

В основу нового определения инвалидности положена современная концепция оценки последствий болезней и травм Всемирной организации здравоохранения, которая для практического использования разработала «Международную классификацию нару-

шений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» (ВОЗ, Женева, 1980 г.). Указанная классификация предлагает трехмерную концепцию последствий болезни. Рассмотрим основные этапы в развитии болезни. На первом этапе в организме под влиянием какого-то фактора возникают те или иные изменения. Причина (этиология) дает начало структурным изменениям органов и функций организма, то есть патологии. Эти изменения называются симптомами и признаками заболевания.

Изменения, вызванные заболеваниями в органах, называются нарушениями. Они могут быть временными и постоянными и обуславливают изменения внешнего вида заболевшего, структуры его тела и т. д. Нарушения приводят к различным видам ограничения жизнедеятельности больного, которое, в свою очередь, затрудняет или делает невозможной вести обычную для его положения жизнь (в зависимости от возраста, пола, социального и культурного положения). Этот недостаток индивида называют социальной недостаточностью. Для стандартизации методических подходов к оценке последствий болезни разработаны три классификационные схемы: классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Различают следующие виды нарушений:

1. Умственное нарушение, выражающееся в нарушениях интеллекта, памяти, мышления.

2. Другие психологические нарушения, выражающиеся в расстройствах сознания, внимания, нарушения эмоциональной реакции, настроения, психомоторных функций и др.

3. Языковые и речевые нарушения.

4. Ушные нарушения.

5. Зрительные нарушения.

6. Висцеральные и метаболические нарушения, выражающиеся в различных проявлениях заболеваний внутренних органов.

7. Двигательные нарушения.

8. Уродующие нарушения.

По степени выраженности нарушения могут быть легкими, средней тяжести и тяжелыми, временными и постоянными, может иметь место одновременное наличие двух или нескольких видов нарушений.

Ограничения жизнедеятельности выражаются в полной или частичной утрате способности или возможности человека осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучение и трудовую деятельность.

Под способностью или возможностью к самообслуживанию понимается способность человека справляться с основными физиологическими потребностями, такими как личная гигиена, одевание, прием пищи и т. п.

Под способностью к ориентации понимается способность человека самостоятельно ориентироваться в окружающей среде при использовании сознания и анализаторов – слуха, зрения, обоняния, осязания.

Определим степени снижения способностей человека к трудовой деятельности.

1-я степень – возможны компенсации для инвалидов за счет использования вспомогательных или медикаментозных средств;

2-я степень – необходима периодическая помощь других лиц;

3-я степень – необходим постоянный уход ввиду неспособности инвалида при условии использования вспомогательных и медикаментозных средств ориентироваться в обычной среде жизнедеятельности.

Под способностью к общению понимается способность общаться с окружающими, то есть воспринимать речь, язык символов, жестов или мимики, когда речь невозможна, понимать письменный язык, иметь способность разговаривать, слушать, видеть и т. п. Степень снижения способности к общению различается по выраженности – умеренная, значительная и полная неспособность к генерации устных и письменных сообщений и восприятия их.

Под способностью контролировать свое поведение понимается способность адекватно вести себя, т. е. способность осознавать себя, определять местоположение во времени и пространстве, правильно идентифицировать людей и объекты, осознавать личную безопасность, понимать и справляться с создавшейся ситуацией, выполнять семейную и профессиональную роль и т. п.

Под способностью к обучению понимается возможность получения образования. Получение образования оценивается по воз-

возможности обучения в учебных заведениях общего типа, необходимости обучения в специальных учреждениях. По этим критериям судят о степени ограничения способностей в получении образования. Самой высокой степенью ограничения является отсутствие способностей к обучению.

Под способностью к трудовой деятельности понимается возможность осуществлять трудовую деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека. Снижение такой способности может являться прямым следствием нарушения определенного вида жизнедеятельности или психологической реакцией инвалида на заболевание. Снижение способности может быть временным и постоянным, различной степени выраженности. Самая легкая степень снижения способности осуществлять трудовую деятельность выражается в том, что человек выполняет работу самостоятельно, но с трудом, с усилием. Более выраженная степень характеризуется тем, что требуется уменьшение объема работы или предоставление другой, более низкой квалификации. Следующей степенью по снижению возможности осуществления трудовой деятельности является необходимость в предоставлении работы только в специально созданных условиях, т. е. при специальной адаптации рабочего места, использовании вспомогательных средств, помощи других лиц и т. п. Для еще более тяжелых больных дается заключение о невозможности никакой работы, т. е. полной неспособности к деятельности.

Различные виды ограничения жизнедеятельности определяются нарушениями основных функций физиологических систем организма – сердечно-сосудистой, нервной, двигательной и др. При этом, в зависимости от того, к какому классу относится заболевание, можно ожидать того или иного вида ограничения жизнедеятельности.

Необходимо отметить, что экспертиза наличия, вида, выраженности ограничения жизнедеятельности должна основываться на объективных данных. Обследование больного проводится в ЛПУ системы здравоохранения. На основе анализа всех поступивших в МСЭК материалов, информации, полученной в процессе освидетельствования больного, на заседании комиссии должен быть установлен клинико-функциональный диагноз и прогноз заболевания,

вид и тяжесть ограничения жизнедеятельности, социальной адаптации, профессионально-трудовые возможности, потребности инвалида в необходимых ему видах социальной защиты. Основанием для установления инвалидности являются нуждаемость лица в социальной защите по причине того или иного вида ограничения жизнедеятельности, развившегося в результате заболевания, последствия травмы или дефекта, обусловившего стойкие расстройства функции организма.

При установлении той или иной группы инвалидности врачи-эксперты МСЭК должны пользоваться только теми классификациями и критериями, которые разработаны и утверждены в порядке, определенном Правительством РФ.

Под реабилитационным потенциалом понимается совокупность способностей или возможностей инвалида, реализация которых при соответствующих условиях обеспечит преодоление ограничений в бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

Под социальной защитой понимается система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения, компенсации ограничения жизнедеятельности и направленных на создание им равно с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

В формулировании социальной дезадаптации, требующей различных мер социальной помощи, значение различных видов ограничения жизнедеятельности будет неравнозначным. Наиболее значимыми для установления инвалидности являются нарушения способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением.

Под постоянным посторонним уходом понимается повседневный систематический уход по поддержанию надлежащего гигиенического состояния больного и оказание помощи в приеме пищи. Под постоянной посторонней помощью понимается оказание постоянной помощи в ориентации, общении, передвижении.

Под периодическим посторонним уходом или помощью понимается оказание регулярной помощи в осуществлении отдельных

видов обслуживания: покупка продуктов, приготовление пищи, уборка жилья, мытье в ванной и т. п.

Необходимо еще раз обратить внимание на основные условия, лежащие в основе признания больного инвалидом в соответствии с новой концепцией инвалидности, – наличие определенной степени выраженности ограничения жизнедеятельности любого вида, требующей предоставления необходимой социальной помощи. Случаи ограничения жизнедеятельности, не требующие для ее компенсации предоставления специальной социальной помощи государства или общества, не являются основанием для установления инвалидности.

В основные задачи медико-социальной экспертизы входит не только определение инвалидности на основе описанных выше принципов, но и установление степени тяжести инвалидности (группы инвалидности), ее причины, сроков и времени наступления, определение нуждаемости инвалида в конкретных видах социальной защиты, включая реабилитацию, оказание содействия в реализации всех рекомендаций, определение степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание, определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством РФ предусматривается предоставление льгот семье умершего.

Для систематизации назначенных мер реабилитации, обеспечения контроля за ходом реабилитационного процесса, возможности внесения в него коррективов комплексная программа реабилитации оформляется по определенной форме. Комплекс реабилитационных мероприятий зависит от целого ряда факторов: характера и прогноза заболевания, фазы или стадии заболевания, в которой больной попадает к реабилитологу, возраста, образования, специальности, психологического статуса больного и целого ряда других медико-биологических и социальных факторов.

Комплексная программа реабилитации составляется на этапе реактивации или в фазе последствий заболеваний. Поэтому на первый план при формировании программы выходят меры профессиональной и социальной реабилитации. Однако меры медицинской реабилитации, играющие решающую роль на первых этапах реабилитации – в период стабилизации и мобилизации процесса, – долж-

ны использоваться и в этом периоде. Они играют поддерживающую, предупреждающую роль, способствуют дальнейшей стабилизации патологического процесса, профилактике осложнений заболевания. То же касается и методов психологической реабилитации. Психотерапия, психокоррекция для определенной категории больных остаются и в этот период реабилитации также актуальными.

Резюмируя изложенное, следует отметить, что государственная служба медико-социальной экспертизы, выполняя свои специальные функции и являясь звеном в системе реабилитации инвалидов, своей деятельностью осуществляет государственную политику в области социальной защиты инвалидов в РФ, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ.

Вопросы для самоконтроля

1. Каковы функции медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК)?
2. Какая документация необходима для установления инвалидности?
3. Какова зависимость установления группы инвалидности от степени утраты трудоспособности (дать характеристики трем группам инвалидности).
4. Дайте новое определение инвалидности.
5. Какие виды нарушений вызывают социальную недостаточность?

ГЛАВА 6. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПОРАЖЕНИЯМИ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Инвалидность, связанная с поражениями опорно-двигательного аппарата, может возникать вследствие разнообразных заболеваний, врожденных дефектов, травматических повреждений костно-суставного аппарата и нервно-мышечной системы. Наибольший «вклад» в формирование контингента инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата вносят травмы всех локализаций (позвоночника, верхних и нижних конечностей), дегенеративно-дистрофические заболевания костей и суставов, ДЦП, в меньшей степени – врожденные недоразвития и аномалии конечностей.

Инвалиды с поражениями опорно-двигательного аппарата составляют до 1/5 всего контингента инвалидов, что определяет значимость проведения всех мер эффективной реабилитации, показанных этому контингенту инвалидов.

Важнейшей составной частью программы реабилитации инвалидов с поражениями опорно-двигательной системы является медицинская реабилитация, представленная разнообразными методами, направленными на профилактику инвалидности, а в дальнейшем, в случае ее наступления, – на профилактику ее утяжеления.

Трудотерапию рекомендуется начинать уже в период иммобилизации поврежденной конечности, расширяя и усложняя ее в дальнейшем, придавая трудовым процессам профессиональную направленность.

Для контингентов больных и инвалидов с повреждениями нижних конечностей особое значение в комплексе лечебной физкультуры, наряду с общеукрепляющими и изометрическими упражнениями, имеет механотерапия на специальных аппаратах с пружинами и противовесами и занятия на велоаппаратах. Особую эффективность трудотерапия имеет при заболеваниях верхних конечностей. Для рациональной организации трудовой терапии необходимо соблюдение ряда условий. Прежде всего предлагается работа, которая должна быть осмысленной и полезной, что обуславливает положительное психологическое воздействие.

Во многих случаях инвалидность обусловлена нарушением функций опоры и движения больных нижних конечностей (вследствие различных заболеваний, например полиомиелита, ревматоидного артрита, последствий ДЦП, дегенеративно-дистрофических поражений крупных суставов). Большое значение для реабилитации инвалидов вследствие поражения нижних конечностей имеет снабжение их специальной рабочей мебелью, позволяющей принимать удобную рабочую позу в процессе трудовой деятельности.

Одним из важнейших условий социально-трудовой и бытовой реабилитации инвалидов с поражением нижних конечностей является их обеспечение транспортными средствами.

Для инвалидов молодого возраста с врожденным недоразвитием или приобретенным поражением опорно-двигательного аппарата важнейшим элементом реабилитации является их профессиональная ориентация и профессиональное обучение. При этом инвалидам третьей группы можно рекомендовать профессии преимущественно умственного труда, в том числе счетно-канцелярские, административно-хозяйственные, а также рабочие профессии, адекватные имеющимся ограничениям и дефектам, труд в массовых профессиях – торговле и обслуживании. Для инвалидов второй группы более приемлема работа на дому, для чего необходим лишь инструктаж.

Заключительным этапом социально-трудовой реабилитации инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата является их трудовое устройство.

Отечественный и зарубежный опыт реабилитации больных и инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата показал, что наилучшие результаты достигаются при проведении реабилитационных мероприятий в стационарных специализированных восстановительных учреждениях и в амбулаторных центрах реабилитации.

Наиболее успешные примеры реабилитации инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата в России были достигнуты в реабилитационных центрах Санкт-Петербурга, Нижнего Новгорода, Иванова, Новокузнецка: в амбулаторном центре и стационарном отделении реабилитации в Нижнем Новгороде при медико-санитарной части автозавода, амбулаторном центре реабилитации текстильщиков в г. Иванове, в территориально-реабилита-

ционной поликлинике № 51 в Санкт-Петербурге. Организация таких учреждений возможна и при других крупных предприятиях, а в современных условиях – и в виде территориальных центров реабилитации на основе развития системы страховой медицины.

В условиях амбулаторного центра реабилитации возможно и необходимо не только осуществление трудотерапии в рамках восстановительного лечения, но и эффективное стационарное трудоустройство определенного устойчивого контингента инвалидов, нуждающихся в специально созданных условиях труда.

Проведенные расчеты показали, что реабилитация больных и инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата в амбулаторном реабилитационном центре эффективна не только с медико-биологической и социальной точек зрения, но и дает экономический эффект, так как сокращает период временной нетрудоспособности и пребывания на инвалидности, значительно уменьшает выплаты по социальному страхованию и из пенсионного фонда.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие причины лежат в основе нарушений функций опорно-двигательного аппарата?
2. Назовите ограничения жизнедеятельности в сфере самообслуживания вследствие патологии опорно-двигательного аппарата.
3. Назовите ограничения жизнедеятельности в сфере передвижения, связанные с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.
4. Какова технология социальной реабилитации инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата?
5. Какие льготы имеют инвалиды с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата?

ГЛАВА 7. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Несмотря на достигнутые успехи в борьбе с заболеваниями и повреждениями глаз, инвалидность при этой форме патологии значительна, и поэтому реабилитация инвалидов вследствие глазной патологии остается актуальной проблемой. Самым трагическим финалом тяжелых заболеваний органа зрения является слепота. Причиной слепоты в прошлом были такие заболевания, как оспа, трахома, бленнорея, в настоящее время – врожденные и наследственные заболевания глаз, заболевания зрительно-нервного аппарата.

Основными инвалидизирующими заболеваниями являются: глаукома, миопия, заболевания хрусталика, атрофия зрительного нерва и сосудистые нарушения. Глаукома характеризуется тем, что не только часто приводит к инвалидности, но и является основной причиной полной слепоты (инвалидность 1-й группы). Миопия (близорукость) характеризуется тем, что приводит к инвалидности преимущественно в молодом возрасте. Самой частой причиной инвалидности при миопии является отслойка сетчатки. Причиной реабилитации при сосудистых заболеваниях чаще всего является тромбоз и эмболия центральной артерии, вены сетчатки и их ветвей.

Система социально-трудовой реабилитации и адаптации слепых разработана Всероссийским обществом слепых (ВОС). В этой организации занимаются всеми сторонами жизни слепого человека и в разные периоды его жизни. Воспитание слепого ребенка, его школьное образование, получение профессии и трудоустройство – это направление деятельности общества, если слепота была врожденной или приобретенной в детстве. Общество способствует проведению лечения больных, финансируя программу реабилитации. Реабилитация больных с патологией органа зрения находится также в сфере деятельности медико-социальных экспертных комиссий. Обязанностью этих комиссий является не только определение трудоспособности больных, но и разработка для них программ реабилитации, контроль за реализацией этих программ.

Инвалиды 1 или 2 группы вследствие заболевания и травмы органа зрения получают права и льготы, установленные специально для слепых – возможность раньше получить пенсию по старости (мужчины – по достижении 50 лет и стажа работы не менее 15 лет,

женщины – по достижении 40 лет и стажа работы не менее 10 лет). Слепые освобождаются от уплаты подоходного налога по месту работы, им установлен 6-часовой рабочий день, они имеют право бесплатного проезда внутригородским транспортом.

Основной метод социальной реабилитации больных – рациональное трудовое устройство, при котором условия труда не только соответствуют возможностям организма больного, но и способствуют благоприятному протеканию восстановительных процессов в поврежденном органе и в организме в целом. Противопоказаниями для слепых являются виды труда, разрушающие такой важный путь компенсации дефекта, как тактильную чувствительность. К таким видам относятся работы, приводящие к огрублению кожи пальцев и снижению осязания. Противопоказанными условиями труда для слепых и слабовидящих являются и те, которые связаны с токсическими воздействиями на орган зрения, центральную нервную систему. На МСЭК лежит и обязанность проведения профориентации больного с патологией органа зрения, с тем чтобы он получил специальность, труд по которой был бы адекватен его возможностям, с учетом характера главной патологии, и соответствовал его способностям и склонностям. Такой труд, обеспечивающий социально-трудовую реабилитацию слепых и слабовидящих инвалидов по зрению, организован в учебно-производственных предприятиях ВОС (УПП ВОС). В России действуют более 200 УПП ВОС. Рациональное трудоустройство инвалидов по зрению в УПП ВОС обеспечивается специальным перечнем показаний и противопоказаний для выполнения ими различных видов производственной деятельности, в зависимости от характера инвалидизирующего заболевания, его течения, степени утраты зрения, особенностей конкретного производства. Перечень разработан ЦИЭТИНом.

Вопросы для самоконтроля

1. Вследствие каких причин возникает приобретенная слепота?
2. Перечислите основные инвалидизирующие заболевания органов зрения.
3. Какой приоритетный вид ограничения жизнедеятельности зависит от патологии зрения?
4. Как называются средства для реабилитации инвалидов по зрению?
5. Какова роль Всероссийского общества слепых (ВОС) в реабилитации инвалидов по зрению?

ГЛАВА 8. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Комплексная реабилитация нервно-психических больных предусматривает применение всех ее методов, включая медицинскую, социальную, бытовую и трудовую, причем трудовая реабилитация данного контингента наряду с медикаментозным лечением играет важную роль в достижении максимально возможного реабилитационного эффекта.

За последние годы проблемы реабилитации психических больных приобретают все большее значение, что связано прежде всего с ростом их численности и удельным весом в контингенте инвалидов, а также с уменьшением остроты и выраженности проявлений психических болезней, увеличением числа больных со стертыми формами нарушений психики, не требующими стационарного лечения.

Основными особенностями социально-трудовой реабилитации нервно-психических больных являются:

- подбор видов технологических операций и работ не только с учетом тяжести и условий труда, но в первую очередь с учетом характера психического заболевания;
- подбор групп, выполняющих совместную работу с учетом психической совместимости работника;
- постоянный присмотр за работающими, контроль совместимости и взаимодействия психических больных в процессе труда;
- проведение по показаниям поддерживающего медикаментозного лечения в условиях лечебно-трудовых мастерских и спецпредприятий.

Особую значимость социально-трудовая реабилитация имеет для инвалидов вследствие олигофрении, так как более половины контингента психических больных составляют олигофрены с различной степенью психического недоразвития, инвалиды с детства.

Уже в детском и подростковом возрасте при их обучении во вспомогательной школе для умственно отсталых детей осуществляется их профориентация, приобщение к элементарным видам труда или отдельным технологическим операциям.

Социально-трудовая реабилитация и рациональное трудовое устройство взрослых олигофренов с осложненными типами дефекта являются наиболее трудной задачей, которая решается по-разному – в зависимости от типа дефекта. При психопатоподобном дефекте наиболее целесообразна индивидуальная организация труда, при астеническом типе дефекта – групповая организация труда, а при пароксизмальном типе дефекта – надомный труд.

Значительная часть контингента психически больных, помимо олигофренов, – это больные эпилепсией. Успешность социально-трудовой реабилитации больных эпилепсией обеспечивается наиболее ранним выявлением и комплексным лечением болезни, пропагандой среди населения сущности этой болезни, благожелательным отношением общества к больным, психогигиеническими мероприятиями и своевременным решением возникающих социальных проблем.

При профессиональной реабилитации больных эпилепсией учитывают характер и частоту припадков, характер течения эпилептического процесса. Многие больные с несложными формами болезни заняты в квалифицированных рабочих профессиях и профессиях интеллектуального труда. Они обладают психической работоспособностью в пределах средней нормы, стойкими трудовыми установками, способностью адекватного общения с окружающими. Для этой категории больных важно лишь устранение опасности травматизма в процессе трудовой деятельности и в быту, ограждение от стрессовых ситуаций.

Сложной проблемой является социально-трудовая реабилитация и трудоустройство инвалидов вследствие шизофрении. Возможности реабилитации и трудоустройства этого контингента в наибольшей степени зависят от типа течения болезни. Так, при медленно прогрессирующем течении шизофрении многие больные работают без снижения квалификации (и без определения группы инвалидности) или лишь при ограничении трудоспособности (инвалиды 3 группы). В контингенте больных с приступообразным прогрессирующим и возвратным течением болезни чаще встречаются ограничения трудоспособности (инвалиды 3 группы) или стойкая полная утрата трудоспособности (инвалиды 2 группы).

Реабилитация инвалидов вследствие шизофрении, имеющих

дефекты психики как следствие исхода и как конечное состояние процесса, осуществляется преимущественно в психоневрологических домах-интернатах.

Критериями эффективности социо-терапевтического воздействия на инвалидов вследствие исходов шизофрении являются их способность к самообслуживанию, отношение к труду и включенность в труд, степень сложности выполняемых трудовых операций и темп их выполнения, рациональность самостоятельного расходования собственных средств, наконец, острота проявления ведущего синдрома.

Социально-трудовая реабилитация и интеграция в общество инвалидов вследствие психопатии и при психопатоподобных состояниях имеет не меньшее значение, чем реабилитация инвалидов с органическими нервно-психическими болезнями. Социальная работа с данным контингентом направлена в первую очередь на организацию окружающей среды и рациональное трудоустройство, не содержащее противопоказаний.

Общим принципом социально-трудовой реабилитации и трудоустройства психически больных является стремление к организирующему и дисциплинирующему воздействию труда на их поведение, а при дезорганизации поведения показана работа в небольшом коллективе, индивидуальный труд на производстве и на дому.

Вопросы для самоконтроля

1. В чем отличие инвалидов с психическими расстройствами от инвалидов с соматическими заболеваниями?
2. В чем проявляются ограничения жизнедеятельности у инвалидов с психическими расстройствами?
3. Какова степень выраженности ограничений жизнедеятельности инвалидов с психическими расстройствами?
4. Какова программа социальной реабилитации инвалидов с психическими расстройствами?
5. Какие степени умственной отсталости различаются?
6. В чем особенности социальной реабилитации инвалидов с выраженной дебильностью?
7. Чем отличается социальная реабилитация инвалидов с умственной отсталостью в степени выраженной имбецильности?

ГЛАВА 9. РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Реабилитация инвалидов вследствие заболевания внутренних органов имеет свои специфические особенности, отличающие ее от реабилитации при других заболеваниях. В группе заболеваний внутренних органов большая часть принадлежит патологии сердечно-сосудистой системы. Частота отдельных заболеваний меняется в различных возрастных группах. У лиц молодого возраста преобладают ревматические поражения сердца, тогда как после 40–50 лет наиболее часто встречается ишемическая болезнь сердца (ИБС). ИБС, в основе которой лежит атеросклеротическое поражение сосудов сердца, что приводит к нарушению питания мышцы сердца, является одной из распространенных заболеваний человека. ИБС – это патология, которая в наше время является одной из основных причин инвалидизации и смерти. 70 % больных ИБС находятся в возрасте старше 60 лет, чаще заболевают мужчины.

ИБС может проявляться в форме стенокардии, нарушении ритма. Кардиосклероз, который развивается со временем, приводит к недостаточности кровообращения. Тяжелым осложнением ИБС является инфаркт миокарда. Развивается ИБС в результате влияния целого ряда факторов, вплоть до генетических, способствует развитию коронарной болезни гипертоническая болезнь, которая выявляется почти у 70 % больных с нарушением венозного кровообращения.

Определяют клиническую картину ИБС болевые ощущения в области сердца, за грудиной или другой характерной для этого заболевания локализацией. Для оценки прогноза, выбора лечения различают стенокардию напряжения и покоя, которая в прогностическом отношении является более тяжелым проявлением ИБС. Кроме различных клинических форм стенокардии следует выделять различные типы ее течения: стабильное, или медленно прогрессирующее, и нестабильное, или быстро прогрессирующее. При нестабильном течении следует выделять следующие формы:

1. Прогрессирующая стенокардия на фоне предшествующего стабильного течения, которая характеризуется внезапным увеличе-

нием частоты, интенсивности и продолжительности приступов;

2. Впервые появившаяся стенокардия, давностью не более 1 месяца;

3. Стенокардия с часто возникающими приступами острой коронарной недостаточности.

По тяжести заболевания больные разделяются по частоте и выраженности болевых приступов. Выделяют 4 функциональных класса стенокардии:

1-й класс – латентная стенокардия, когда приступы возникают лишь при интенсивных нагрузках, выполняемых длительно и в высоком темпе. Обычная физическая активность неограниченна.

2-й класс – легкая степень стенокардии – приступы появляются при быстрой ходьбе, ходьбе в гору, подъеме по лестнице более чем на 1 этаж или ходьбе в обычном темпе на длительное расстояние; появляется некоторое ограничение обычной физической активности.

3-й класс – стенокардия средней степени тяжести – появляется при обычной ходьбе, подъеме на 1 этаж, могут появляться приступы в покое. Обычная физическая активность заметно ограничена.

4-й класс – тяжелая стенокардия; любая физическая активность вызывает стенокардию, частые приступы стенокардии в покое.

При проведении реабилитации инвалидов вследствие ИБС выполняются все основные принципы реабилитации: раннее начало, индивидуальный подход, непрерывность, последовательность, преемственность, комплексность и целостность подхода. В программе реабилитации, которая оформляется инвалиду в зависимости от особенностей клинической картины заболевания, возраста, особенностей личности, профессиональных данных, отражаются мероприятия по всем аспектам реабилитации – медицинскому, психологическому, социальному, профессиональному.

Программа медицинской реабилитации планируется в зависимости от того, в какой стадии находится заболевание. На первом плане в лечении – сосудорасширяющие средства пролонгированного действия, препараты, воздействующие на метаболизм сердечной мышцы и уменьшающие потребность сердца в кислороде. При раз-

витии болевого синдрома назначаются средства быстрого действия – нитроглицерин, валидол. С учетом того, что часто провоцирующим моментом в развитии приступа является эмоциональный фактор, больным рекомендуется применять различные седативные средства и транквилизаторы.

Большое значение в программах реабилитации уделяется физической активности. В зависимости от самочувствия больного, результатов обследования всеми необходимыми при этом заболевании средствами назначается тот или иной режим: щадящий, щадяще тренирующий, тренирующий. Инвалидам вследствие ИБС чаще, чем больным другими заболеваниями, включаются в программы реабилитации психокоррекционные методы, так как психические изменения весьма часто наблюдаются при этой патологии. Установлено, что при хронической коронарной недостаточности 1-й степени больным доступен широкий круг профессий. Им противопоказаны только работы, связанные с тяжелым физическим и значительным нервно-психическим напряжением в неблагоприятных производственных условиях. Хроническая коронарная недостаточность 2-й степени является фактором, существенно ограничивающим трудоспособность больных. Больные, выполняющие физический труд средней тяжести и тем более тяжелый или интеллектуальный с большим нервно-психическим напряжением, при невозможности рационального трудоустройства признаются инвалидами 2-й группы, т. е. нетрудоспособными. При хронической коронарной недостаточности 3-й степени выполнение любого труда в производственных условиях противопоказано. Для определенных категорий больных легкий физический или напряженный интеллектуальный труд, выполняемый в свободном темпе и ритме, служит трудотерапией.

Социальные работники чаще встречаются с больным, перенесшим инфаркт миокарда, на этапе его социально-трудовой реабилитации, когда решаются вопросы, связанные с трудоспособностью, трудоустройством, взаимоотношением больного и общества, больного и членов его семьи. Так как инфаркт миокарда – тяжелое заболевание, требующее длительного лечения, то с самого начала возникает вопрос о возможной в дальнейшем инвалидности. Для больных, перенесших инфаркт миокарда, в последние годы врачи

МСЭК используют практику пролонгирования сроков временной нетрудоспособности. После истечения 4 месяцев непрерывного лечения в стационаре, санатории, поликлинике с предоставлением листка временной нетрудоспособности лечащий врач направляет больного во МСЭК. Если МСЭК устанавливает, что клинический и трудовой прогнозы больного благоприятные, то, несмотря на тяжесть заболевания, инвалидность не устанавливается. Для восстановления трудоспособности МСЭК санкционирует ВКК ЛПУ продолжить указанное лечение еще в течение нескольких месяцев. Такой метод способствует профилактике инвалидности, увеличению числа больных, возвращающихся к трудовой деятельности. На всех этапах послеинфарктной реабилитации необходимо использование методов всех аспектов восстановительного лечения – медицинского, физического, психологического, социального.

ИБС страдают чаще люди в пожилом возрасте, в молодом же наиболее часто встречающимся заболеванием в группе сердечно-сосудистых заболеваний является ревматизм. Социальные работники в своей практике чаще всего имеют дело с больными пороками сердца, которые образовались в результате поражения клапанного аппарата, как следствие ревматической инфекции. Сформировавшийся порок сердца приводит к нарушению гемодинамики, появляются застойные явления в малом и большом круге кровообращения. Приводит к инвалидности и необходимости в посторонней помощи чаще всего выраженная недостаточность кровообращения, которая требует постельного содержания больного. Программы реабилитации больных пороками сердца очень отличаются друг от друга. Тот или иной набор реабилитационных мероприятий определяется биологическими, клиническими, социальными, психологическими и др. факторами. Медицинская программа реабилитации определяется фазой течения ревматического процесса (активная ремиссия), характером порока сердца и стадией его развития, осложнениями заболевания, выраженностью недостаточности кровообращения. Этими же в основном факторами обусловлена и физическая реабилитация.

Для некоторой части больных пороками сердца консервативная медикаментозная терапия является малоэффективной. На определенной стадии заболевания предпринимается хирургическое ле-

чение: митральная комиссуротомия, протезирование клапанного аппарата. Эти больные после операции получают этапное восстановительное лечение, т. е. после хирургического стационара поступают в реабилитационное отделение, местный санаторий, а затем – под наблюдение кардиолога поликлиники. Так как восстановительное лечение продолжается длительное время, больные направляются в МСЭК для определения инвалидности.

Вопросы для самоконтроля

1. Назовите заболевания, характерные для различных возрастных групп инвалидов.
2. Дайте характеристику симптомам ишемической болезни сердца (ИБС), которая является одной из основных причин инвалидности и смертности населения.
3. Назовите различные клинические формы стенокардии и различные типы лечения.
4. Дайте характеристику основным принципам реабилитации ИБС.
5. Перечислите реабилитационные мероприятия для инвалидов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

ГЛАВА 10. ОСОБЕННОСТИ СТАРЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ

Старость – один из периодов нормального цикла жизни, не прерванный болезнью или насилием. По классификации, принятой ВОЗ и геронтологической ассоциацией, в соответствии с календарным возрастом к пожилым относятся люди в возрасте 60–74 лет, к старикам – 75–90 лет, к долгожителям – старше 90 лет. В то же время средняя продолжительность жизни в России, достигнув к 1970 году 70 лет, с тех пор неуклонно снижается.

Неблагоприятные факторы (экологические, профессиональные, социальные и др.) ведут к преждевременному старению, однако некоторая часть пожилых и старых людей стареют медленнее других. Поэтому различают биологический и календарный возраст. Тем не менее старость человека имеет ряд общих закономерностей, которые необходимо знать.

По мере старения уменьшаются антропометрические показатели – рост, окружность грудной клетки, мышечная сила, выносливость. В результате уменьшения мощности сердечной мышцы, ударного и минутного объема крови, увеличения периферического сопротивления сосудов и соответственно артериального давления, уплотнения центральных и периферических сосудов снижается транспортная функция аппарата кровообращения. Уменьшается жизненная емкость крови, основной обмен, потребление кислорода, несмотря на избыточность вентиляции. Снижается скорость окислительных процессов в тканях. Все эти процессы ведут с возрастом к снижению физической работоспособности.

В период старения развиваются изменения нервной системы и органов чувств, снижается острота зрения, уменьшается аккомодационная способность глаза, способность приспособления к слабой освещенности. Эти изменения связаны с атрофическими процессами в различных отделах глаза, с атеросклеротическими изменениями в сетчатке глаза. Частота поражения органа зрения у старых людей – 20–25 %.

Слуховой анализатор в процессе старения атрофируется. Атеросклеротические изменения органа слуха усугубляют процессы

атрофии (изменение слуха фиксируется у 25 % стариков). Морфологические изменения происходят и в нервной системе. Изменяется масса мозга – ее вес и объем уменьшается вследствие атрофических и дистрофических изменений в клетках и их отростках. Такие изменения раньше начинаются в участках коры, отвечающей за высшие функции, далее – в подкорковых образованиях и в спинном мозгу, в периферических нервах. Перечисленные процессы идут неравномерно в разных участках нервной системы, не одновременно усиливаются благодаря атеросклерозу.

Функциональными проявлениями перечисленных морфологических изменений являются замедление и недостаточная содруженность (координированность) движений, уменьшение их размера, пластичности, большая заторможенность, огрубление, бедность жестов.

Часто встречаются так называемые экстрапирамидные нарушения (по типу болезни Паркинсона). В выраженных случаях старческие изменения нервной системы проявляются бедностью мимики, тихой речью, редким миганием, шаркающей походкой, согбенной осанкой. Встречается излишняя суетливость, произвольные движения, дрожание. Все эти изменения могут быть выявлены и не медицинскими работниками.

Снижается также реактивность вегетативной нервной системы, соответственно и сосудистых реакций. Возрастные изменения нервной системы естественно отражаются и на интеллектуальных функциях стареющих людей. Основные процессы, обуславливающие психическую деятельность, – возбуждательный и тормозной – ослабевают, они становятся инертными, ослабевает дифференцировочное торможение. Однако темп и выраженность этих изменений зависят как от типа нервной системы (флегматики, холерики, сангвиники), так и от многих факторов прожитой жизни (условия, образование, характер деятельности, перенесенные болезни). Ослабление внутреннего торможения проявляется в многословии, несдержанности, эмоциональной неустойчивости, раздражительности. Ослабление основных нервных процессов лежит в основе снижения психической активности, ухудшения интеллектуально-мнестических функций. К структурным особенностям психического старения относятся относительно большая выраженность сниже-

ния наиболее сложных (новых комбинаторных, творческих, интегрирующих, абстрагирующих) видов психической деятельности и относительно большая сохранность тех из них, которые основываются на использовании приобретенного опыта, прочно освоенных понятий и словарного запаса.

Эксперименты выявляют, что наиболее явственны возрастные изменения в тех тестах, где требуется находчивость, воображение, изобретательность, абстрактный анализ, интеграция восприятия в одно целое, особое напряжение внимания и скорость выполнения, отвлеченное мышление. Наибольшая стабильность уровня решения наблюдается при задачах, требующих опыта, прочно освоенных знаний, словарного запаса. Сдвиг в сторону снижения психической активности выражается в сужении объема восприятий, затруднении сосредоточения внимания, замедлении психомоторных реакций. Характерно расхождение между речью и мышлением. При бедности мышления, при оскудении содержательной стороны речи нарастает самостоятельность речевой активности, выхолощенность речевого напора.

Степень снижения памяти в позднем возрасте может быть умеренной. Больше страдает память на недавние события, в структуре памяти становится преобладающим логическое и систематическое освоение над механическим запоминанием.

К факторам, задерживающим и смягчающим возрастные изменения интеллектуально-мнестических функций, относится изначально высокий уровень интеллектуального развития, достигнутый ранее благодаря одаренности, образованию, профессиональным занятиям и навыкам. За последние годы представления об интеллекте пожилого человека меняются. Новые исследования показали сохранность исходного интеллекта у большинства пожилых. Более того, диапазон знаний, практическая сметка, способность находить выходы может расти. Трудности освоения нового компенсируются способностью ассоциативного мышления, использованием жизненного опыта. Снижение интеллекта наблюдается чаще у тех старых людей, у которых он был ограничен с юности, а при исходном высоком он снижается значительно медленнее. Поэтому при оценке психического состояния пожилых нужно учитывать общее состояние здоровья и биографические данные.

Общими личностными изменениями в старости могут быть чаще всего нетерпимость и консерватизм в отношении всего нового, переоценка положительного опыта прошлого, преобладание неприязненного, недовольного и брюзжащего отношения к окружающим, обидчивость и эгоцентризм, эмоциональное притупление, подозрительность и скупость, черствость при общей ипохондричности. Все эти явления психики говорят о переходе от экстраверсии к интроверсии. Старикам часто свойственно упрямство, недоступность логическим доводам, ригидность суждений наряду с другими вариантами – повышенной внушаемостью и легковерием, слабодушием и чувственностью.

Психические расстройства провоцируются длительным и непосильным эмоциональным напряжением, психотравмой, которая может воздействовать сильнее соматических заболеваний, но в свою очередь невроты воздействуют на соматическое состояние. Это выражается, прежде всего, расстройствами сна, сосудистыми проявлениями (колебания артериального давления). Характерны депрессия (угнетение), астения (слабость, подавленность), ипохондрия (мрачная оценка настоящего и будущего), реже паранойя в рамках неврастении, истерии, психостении (устойчивые болезненные представления и суждения об окружающем мире).

При невротозах в пожилом возрасте наряду с тревожностью, частой утомляемостью, истощаемостью характерны стабильность, фиксация, резистентность.

Обобщая особенности течения невротозов и реактивных состояний в пожилом возрасте, необходимо выделить следующие основные положения:

1. Малую эмоциональную выносливость и парадоксальность реакций на психотравмы;
2. Роль соматогенных факторов на развитие невротических состояний;
3. Расстройства сна как одного из наиболее частых проявлений;
4. Малую динамичность течения невротических проявлений;
5. Редкую изменчивость синдромов, т. е. переходов, например, от депрессии к паранойе и т. д.;
6. Отрицательное влияние на развитие невроза изменений

жизненного стереотипа (переезды, уход с работы и т. д.);

7. Затяжное течение;

8. Изменение в результате невроза системы жизненных отношений личности, формирование эгоизма, эгоцентризма, часто растерянность перед реалиями жизни.

Одним из ведущих факторов, воздействующих и положительно, и отрицательно, является фактор социальный.

В социальном аспекте пожилой возраст характеризуется:

- изменением ролевых функций в обществе, характеризующимся уходом с работы, «отставкой»;
- изменением ролевых функций в семье, где пожилые люди берут функции обслуживания;
- в этом периоде происходят потери близких людей (супругов) и вступает в силу фактор одиночества.

Перечисленные социальные факторы оказывают особое негативное воздействие на пожилых людей.

Большой интерес представляет самооценка здоровья пожилых, уволившихся с работы. Самочувствие пенсионеров, оставивших работу, как правило, ухудшается. Особый интерес представляют наблюдения Мэл Докс и Дуглас, которые проследили судьбу пенсионеров с 60-летнего возраста в течение 15 лет. Самооценка и объективная оценка соответствовали в течение всего периода наблюдения. Часто изменения самооценки предвещали объективно регистрируемые ухудшения состояния. Наблюдения за пожилыми людьми, прекратившими трудиться, показали, что уход на пенсию без подготовки одновременно оказывает неблагоприятное влияние, ведет к психической подавленности, депрессии, связанной с потерей имевшихся ранее общественных и культурных связей. Среди мер, предотвращающих эти неблагоприятные психологические изменения, рекомендуется постепенное уменьшение работ, неполная занятость, правильная организация свободного времени, если оно используется на чтение, спорт, культурные мероприятия и т. д. Пенсионеры – бывшие работники преимущественно умственного труда – более рационально используют свой отдых, увеличивается их активность в общественной жизни.

Среди мотивов продолжения труда в пенсионном возрасте наибольшее значение имеет материальная заинтересованность в

труде. Она зависит не только от действительной нуждаемости (низкого уровня пенсионного обеспечения), но также от стремления к сохранности любого уровня жизни, материального лидерства в семье, повышения внутрисемейного престижа. Кроме материального фактора, на стремление продолжать трудовую деятельность оказывает влияние прежняя профессия, состав семьи, состояние здоровья и его самооценка, истинная потребность в труде как таковом, стремление быть полезным в коллективе. Можно выделить 3 основных типа ориентации пожилых людей на труд:

1. Внутренняя ориентация на труд (для образованных и представителей престижных профессий);

2. Внешняя ориентация к труду, обусловленная интересом к оплате труда и материальной обеспеченности;

3. Ориентация на благоприятные условия труда и небольшую производственную нагрузку.

При смене характера труда наиболее оптимальным вариантом является переход пенсионеров в близкие по содержанию и характеру труда профессии, требующие умеренного или незначительного физического и нервно-психического напряжения, но без существенного изменения выработанного с годами привычного рабочего стереотипа. Особенно важно рекомендовать пенсионерам перемещение в пределах профессиональных групп, классифицированных в соответствии с принципами социально-психологической ориентации (человек-техника, человек-природа, человек-человек). Пожилым трудящимся при наличии сердечно-сосудистых или других хронических болезней с незначительным или умеренным нарушением функций, занятым в профессиях, требующих умеренного физического и нервно-психического напряжения, в благоприятных санитарно-гигиенических условиях может быть рекомендовано преимущественно ограничение объема работы: меньшая продолжительность рабочего дня, сокращенная рабочая неделя, дополнительный перерыв в работе, переход на менее ответственную работу в прежней специальности.

Следующим вопросом, требующим внимания, является роль пожилых людей в семье, ее социально-психологические аспекты. При экономическом анализе семья рассматривается как ячейка, объединяющая лиц, связанных экономически (общим доходом и

расходом бюджета). Определенный интерес (при соответствующих коррективах для российской действительности) представляет периодизация жизни семьи, предложенная американскими учеными: жизненный цикл семьи разбивается на 9 этапов:

1. Досемейный, холостяцкий период, когда одиночки живут без родителей и семьи.

2. Юные молодожены без детей.

3. Первая стадия «полного гнезда» – родители и маленькие дети-дошкольники.

4. Вторая стадия «полного гнезда» – с детьми-школьниками.

5. Третья стадия «полного гнезда» – пожилые супруги со взрослыми детьми.

6. Первая стадия «пустого гнезда», когда дети отделяются, а пожилые родители работают.

7. Вторая стадия «пустого гнезда», когда пожилые живут отдельно и глава семьи не работает.

8. Вдовствующее лицо работает.

9. Вдовствующее лицо на пенсии.

При демографическом анализе обычно главной общественной функцией семьи является обеспечение потребности в супружестве, отцовстве, материнстве, воспитании детей. При этом основными признаками семьи считается совместное проживание. Вторым признаком – биологический – отношение родства. И, наконец, третий – общий бюджет.

В социологии понятие семьи трактуется, главным образом, по принципам межличностных, нравственно-психологических отношений: связи общности быта, взаимной моральной ответственности, взаимопомощи.

Обследование показало, что наиболее глубокое удовлетворение пожилым людям приносит моральное и материальное благополучие семьи, отсутствие конфликтов, хорошее здоровье членов семьи, общественные и личные достижения близких, их высокие нравственные качества.

Обслуживание и социально-бытовая реабилитация пожилых и старых людей требует прежде всего установления контакта и общения с ними. Общение – явление социальное, проявляется в единичных межличностных взаимодействиях. Дефицит общения у одино-

ких стариков неблагоприятно влияет на их эмоциональную сферу, психику.

Общение выполняет ряд функций:

1. Информационно-коммуникативную (информация, сообщение о фактах, событиях, людях, нуждах, требованиях и т. п.).

2. Регуляционно-коммуникативную (информация о нормах поведения, отношения, требованиях при взаимодействии).

3. Аффективно-коммуникативную (воздействие настроением на настроение, формирование отношения к факторам и событиям).

4. Организацию совместной деятельности и инструктажа по дальнейшей индивидуальной деятельности.

В процессе общения с пожилыми и старыми людьми социальные работники должны учитывать те психологические особенности старости, которые могут вызвать конфликтную ситуацию – это раздражительность, обидчивость, подозрительность, нетерпимость и консерватизм к новшествам, особенно, если акцентуация личности на грани болезненности. Конфликтная ситуация, однажды возникшая, может иметь три варианта развития: уход от конфликта, компромисс, самый неблагоприятный – обострение конфликта. Вариант развития конфликта зависит от социальных работников, независимо от того, по чьей инициативе он возник. Социальные работники обязаны вести поиск оптимального механизма взаимодействия, иметь резервные варианты поведения, учитывать характер личности и невротичности пожилого человека. Прежде всего нужно своевременно распознать возможность конфликта на ранней стадии и выбрать тип общения в зависимости от ситуации:

- при возможном выигрыше – вариант борьбы;
- при неопределенности исхода – переговоры и поиск компромисса;
- при неперспективности – поиск выхода из конфликта.

Необходимо знать механизмы взаимодействия в конфликтной ситуации:

- механизм влияния на оппонента (демонстрация, выжидание, риск, принуждение, дезинформация);
- механизм научения (распознавание личности и тактики оппонента, расширение наборов типов поведения);
- механизм приближения – избегания;

- механизм оценки (выигрыши, проигрыши).

Отсюда вытекают требования к профессии социального работника, участвующего в стационарных или нестационарных формах обслуживания. Это, во-первых, компетентность – знание законов, правил, приемов работы, психологии обслуживания; во-вторых, вежливость и выдержка; в-третьих – призвание к своему нелегкому труду и, соответственно, естественное доброе отношение к подопечным. Социальный работник должен хорошо знать характер подопечных, суметь быстро его определить. Необходима опрятная внешность, аккуратность, вежливость, культура речи, спокойная и невозмутимая благожелательность, без снисходительности. Руководители социальной работы в интернатах и нестационарных учреждениях должны следовать следующим правилам: вести себя ровно с людьми, не бросать слов на ветер, не раздражаться, беречь свое и чужое время, не углубляться в мелочи, понимать настроение подопечных, отмечать их инициативу, хорошую работу; распределять работу по способностям и опыту, не поручать новую работу, пока предшествующая еще не выполнена. Особенно важно в социально-психологической работе в интернатах и в территориальных центрах обеспечить процесс нормальной адаптации пожилых и старых людей, без невротических или астенических синдромов.

Вопросы для самоконтроля

1. Какими качествами должен обладать социальный работник, чтобы оказывать помощь лицам пожилого возраста?
2. Какие внешние данные необходимы для успешной работы с пожилыми пациентами?
3. Назовите главные черты характера социального работника, работающего с пожилыми инвалидами.

ГЛАВА 11. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ КАК ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Если на начальных возрастных этапах на восприятие социальных воздействий негативно влияет первичный дефект, то в дальнейшем, если не проводится его коррекция, ведущую роль начинают играть вторичные отклонения, которые препятствуют социальной адаптации ребенка, порождая педагогическую запущенность, расстройства эмоционально-волевой сферы, личностные нарушения. Чтобы не допустить такого развития событий, ребенка, имеющего тот или иной дефект, необходимо своевременно включить в социально-реабилитационный процесс, так как вторичные нарушения требуют не медицинского вмешательства, а соответствующих социальных воздействий. Такую помощь могут оказать специалисты по социальной реабилитации, профессиональная деятельность которых – социально-реабилитационная деятельность – вызвана необходимостью более эффективной подготовки детей, имеющих отклонения в развитии, к жизни в условиях противоречивого современного мира.

Понятие «социально-реабилитационная деятельность» по своей сути имеет много общего с понятиями «образование», «педагогический процесс», «обучение» и «воспитание», «педагогическая деятельность», которые широко используются в педагогической практике. Рассмотрим, в каких отношениях они находятся, воспользовавшись исследованиями В. А. Сластенина, в которых, на наш взгляд, названные понятия представлены наиболее полно.

Согласно его взглядам, человек становится личностью, обретая способность выполнять социальные функции, в процессе социализации, которая предполагает и ее развитие, и самоопределение, и самореализацию. Причем эти задачи решаются как стихийно, так и целенаправленно, всем обществом, специально созданными для этого институтами и самим человеком. Этот целенаправленно организованный процесс управления социализацией называется образованием. То есть под образованием (от слова «образ») понимается единый процесс физического и духовного формирования лично-

сти, процесс социализации, сознательно ориентированный на некоторые идеальные образы, на исторически обусловленные, более или менее четко зафиксированные в общественном сознании социальные эталоны (например, гармонично развитая личность и др.).

Специфические особенности образования наиболее полно раскрываются в понятии «педагогический процесс». В обобщенной формулировке педагогический процесс – это движение от целей образования к его результатам путем обеспечения единства обучения и воспитания. Его также можно рассматривать и как педагогическую систему, поскольку структурные компоненты педагогической системы в своей основе адекватны компонентам педагогического процесса. Педагогическая система – это множество взаимосвязанных структурных компонентов, объединенных общей образовательной целью развития личности и функционирующих в целостном педагогическом процессе. Педагогический процесс с этой точки зрения представляет собой специально организованное взаимодействие педагогов и воспитанников (педагогическое взаимодействие) по поводу содержания образования с использованием средств обучения и воспитания (педагогических средств) с целью решения задач образования, направленных на удовлетворение как потребностей общества, так и самой личности в ее развитии и саморазвитии.

Главным компонентом педагогического процесса является педагогическое взаимодействие, понимаемое как преднамеренный контакт (длительный или временный) педагога и воспитанников, следствием которого являются взаимные изменения в их поведении, деятельности и отношениях. Педагог и воспитанник, включенные в педагогическое взаимодействие, выступают наиболее активными элементами, что позволяет говорить о них как о субъектах педагогического процесса, влияющих на его ход и результаты.

Педагогический процесс осуществляется в специально организованных условиях, которые связаны, прежде всего, содержанием и технологией педагогического взаимодействия. То есть в педагогическом процессе выделяются еще два компонента: содержание образования и средства образования (материально-технические и педагогические – формы, методы, приемы). Взаимодействие таких компонентов, как педагоги и воспитанники, содержание образова-

ния и его средства составляют реальный педагогический процесс как динамическую систему.

Педагогический процесс реализуется учителем. Педагогическая деятельность – это профессиональная активность взрослых людей, в которой с помощью различных средств воздействия на учащихся решаются задачи их обучения и воспитания.

Предпосылкой возникновения педагогических систем является цель образования как социальный заказ. Цель, будучи выражением заказа общества и интерпретированная в педагогических терминах, выступает в роли системообразующего фактора. То есть педагогическая система создается с ориентацией на цель. Способами (механизмами) функционирования педагогической системы в педагогическом процессе является обучение и воспитание.

Воспитание – это специально организованная деятельность педагогов и воспитанников для реализации целей образования в условиях педагогического процесса. Обучение – специфический способ образования, направленный на развитие личности посредством организации усвоения обучающимися научных знаний и способов деятельности. Являясь составной частью воспитания, обучение отличается от него нормативными предписаниями как содержательного, так и организационно-технического плана (государственный стандарт, урок, учебники и т. д.).

Воспитание и обучение как способы осуществления педагогического процесса характеризуют, таким образом, технологии образования, в которых фиксируются целесообразные и оптимальные шаги, этапы, ступени достижения выдвинутых целей образования.

Педагогическая технология – это последовательная, взаимообусловленная система действий педагога, связанных с применением той или иной совокупности методов воспитания и обучения и осуществляемых в педагогическом процессе с целью решения различных педагогических задач. Педагогическая задача является единицей педагогического процесса, для решения которой на каждом конкретном его этапе организуется педагогическое взаимодействие. Поэтому педагогическая деятельность в рамках любой педагогической системы может быть представлена как взаимосвязанная последовательность решения бесчисленного множества задач разного

уровня сложности, которые неизбежно включены во взаимодействие педагогов и воспитанников.

Педагогическая задача – это материализованная ситуация воспитания и обучения (педагогическая ситуация), характеризующаяся взаимодействием педагогов и воспитанников с определенной целью. Таким образом, «моменты» педагогического процесса прослеживаются от совместного решения одной задачи к другой. Воспитание и обучение обуславливают качественную характеристику образования – результаты педагогического процесса, отражающие степень реализации целей образования.

Понятие «социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья» можно рассматривать в различных его вариантах: как процесс, как конечный результат и как деятельность. Социальная реабилитация как процесс представляет собой динамическую систему, в ходе которой осуществляется последовательная реализация постоянно возникающих в ходе взаимодействия с ребенком тактических задач на пути к достижению стратегической цели – восстановления его социального статуса, формирования устойчивой к травмирующим ситуациям личности, способной успешно интегрироваться в общество. Процесс социальной реабилитации осуществляется под руководством специалиста в этой области, протекает, как и педагогический процесс, в специально организованных условиях, в ходе которых используются различные формы, методы и специальные средства воздействия на ребенка.

Социальная реабилитация как конечный результат – это достижение ее конечных целей, когда человек, имеющий ограниченные возможности здоровья, после прохождения комплексной реабилитации в соответствующих реабилитационных учреждениях, вливается в социально-экономическую жизнь общества и не ощущает своей неполноценности.

Социальная реабилитация как деятельность относится в равной мере как к личности специалиста, являющейся ее организатором, так и к личности ребенка, включенного в социально-реабилитационный процесс, который выступает в нем как субъект деятельности и общения. Социально-реабилитационная деятельность – это целенаправленная активность специалиста по социальной реабилитации и ребенка с ограниченными возможностями здо-

ровья в целях подготовки последнего к продуктивной и полноценной социальной жизни посредством специальным образом организованного обучения, воспитания и создания для этого оптимальных условий. Названный вид деятельности требует от специалиста по социальной реабилитации глубоких профессиональных знаний, высоких морально-нравственных качеств, уверенности в том, что ребенок, отягощенный дефектом развития, может стать полноценной личностью

Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями как процесс и как деятельность по своему строению и целям близка педагогическому процессу и педагогической деятельности и ее можно рассматривать как их разновидность. Главным, что их объединяет, является то, что они выполняют единую функцию, – обеспечивают овладение растущим человеком достижениями культуры и социальным опытом, накопленным предшествующими поколениями, в виде знаний, навыков, умений, моральных ценностей, норм поведения, и на этой основе формируется личность ребенка, способного жить в обществе и выполнять определенные социальные роли. В этой связи едиными являются и большинство понятий, используемых в равной мере как в педагогической деятельности, так и в социально-реабилитационной практике (обучение, воспитание, формирование личности и др.).

Вместе с тем понятия «педагогическая деятельность» и «социально-реабилитационная деятельность» не тождественны. Отличие социально-реабилитационной деятельности от педагогической состоит в том, что первая направлена не на всех детей, а лишь на тех, у которых возникают трудности при вхождении в социальный мир. Поэтому и содержание, и средства в достижении поставленных целей, и направленность воздействий в социально-реабилитационной практике обуславливаются, прежде всего, спецификой развития ребенка с ограниченными возможностями.

Социально-реабилитационная деятельность, как и любой другой вид деятельности, имеет свои качественные характеристики. Наиболее общие из них: целенаправленность, опосредованность, субъективность, интенсивность, динамичность, эффективность.

Целенаправленность социально-реабилитационной деятельности проявляется в том, что процесс социальной реабилитации стро-

ится с учетом четко очерченной цели, осознания того, какими личностными и психическими качествами должен обладать ребенок на завершающем этапе.

Специфика опосредованности социально-реабилитационной деятельности состоит в том, что социально-реабилитационные воздействия оказывают влияние на ребенка с ограниченными возможностями не прямо, а косвенно – в результате социальной обусловленности социально-реабилитационной деятельности, ее связи со значениями, фиксированными в понятиях языка, нормах морали, ценностях. Социально-реабилитационное воздействие будет иметь эффект лишь в том случае, если оно будет осмыслено на уровне сознания и будет принято индивидом как свое собственное.

Субъективность социально-реабилитационной деятельности выражается в проявлениях индивидуальности как специалиста по социальной реабилитации, так и ребенка, включенного в социально-реабилитационный процесс. Ее качественные характеристики будут определяться активностью его участников, наличием прошлого опыта, установками, эмоциями, целями и мотивами, особенностями межличностных отношений, а также уровнем профессиональной компетентности специалиста по социальной реабилитации.

Интенсивность социально-реабилитационного процесса обусловлена наличием у каждого специалиста по социальной реабилитации индивидуального стиля деятельности. Его наличие позволяет каждому из них при наличии разных особенностей нервной системы, разной структуры способностей, характера добиваться определенной эффективности при использовании разных способов и средств воздействия.

Динамичность социально-реабилитационной деятельности определяется поступательным движением в реализации текущих задач в работе с ребенком. Для социально-реабилитационного процесса важно добиваться хотя бы маленьких, но положительных сдвигов в психике. Динамические изменения социально-реабилитационного процесса в этом случае могут привести к более существенным положительным изменениям в развитии личности в целом.

Эффективность социально-реабилитационной деятельности проявляется в соотношении достигнутого результата к максимально

достижимому или заранее запланированному результату. Определить ее можно только в том случае, если будут четко выделены качественные критерии измерения результатов. В числе основных показателей определения эффективности социально-реабилитационной деятельности могут быть взяты сравнимые изменения в уровне развития личности ребенка, достигнутого за соответствующий период, и его способность к адаптации и интеграции в социальную и экономическую жизнь с учетом реабилитационного потенциала.

К числу других важных особенностей социально-реабилитационного процесса следует отнести то, что, в отличие от педагогического процесса, его обязательным условием является, во-первых, проведение диагностического обследования ребенка, с учетом результатов которого и строится реабилитационный процесс, во-вторых, осуществляется он в неразрывном единстве с проведением медицинских мероприятий (медицинская реабилитация), психической и педагогической реабилитациями и социальной адаптацией.

В ходе медицинской реабилитации ребенок проходит курс лечебных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, восстановление и развитие физиологических функций, нарушенных болезнью, на выявление и активизацию компенсаторных возможностей его организма с целью обеспечения в дальнейшем условий для возвращения к активной самостоятельной жизни.

Психическая реабилитация лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями предполагает проведение комплекса психологических мероприятий, ориентированных на коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций и состояний. Возвращение к психическому здоровью в процессе психической реабилитации предусматривает устранение нежелательных установок, неуверенности в своих силах, чувства тревоги и страха. Процесс психической реабилитации требует создания специальных условий, содействующих сохранению положительного эффекта лечения (досуг, общение, диспансеризация).

В процессе педагогической реабилитации с помощью системы методов и приемов обучения, воспитания и развития решаются вопросы восстановления, коррекции и компенсации утраченных и нарушенных функций в процессе образования (как общего, так и специального). Кроме того, в этом процессе ребенок усваивает основы

научных знаний и вырабатывает соответствующие навыки и умения, постигает опыт человеческих отношений и жизни в обществе; азы бытовых (культура внутрисемейных отношений), деловых (культура профессиональных отношений), правовых и политических стереотипов поведения.

В тесной связи с медицинской, психологической и педагогической реабилитациями находится процесс социальной адаптации. Социальная адаптация – постоянное, активное приспособление индивида к условиям социальной среды, а также результат этого процесса. Хотя социальная адаптация идет непрерывно, этот процесс обычно связывается с периодами кардинальных изменений в жизни и деятельности индивида и его окружения. Центральным аспектом социальной адаптации является принятие индивидом социальной роли.

Формирование готовности к проведению максимально возможной социальной адаптации обеспечивается созданием системы комплексной реабилитации, осуществляемой в соответствии с индивидуальной программой реабилитации каждого ребенка.

Она может быть представлена в виде трех основных этапов: адаптационно-диагностического, коррекционного и интеграционного, в каждом из которых реализуются свои специфические задачи. На первом этапе проводится диагностика личностного развития ребенка, определяются его реабилитационный потенциал и оптимальные режимы коррекционно-воспитательной работы с ним. Второй этап подчинен организации и проведению реабилитации ребенка и обучению родителей реабилитационным технологиям. На третьем этапе подводятся итоги комплексной реабилитации за определенный промежуток времени и определяются пути интеграции ребенка в социальную среду.

Современная практика организации процесса социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями преподносит немало интересных примеров комплексного подхода.

Полезный опыт этой работы накоплен в центре социальной реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями «Контакты–1» (г. Москва), в дошкольном центре социальной реабилитации в Академгородке г. Новосибирска (школа Бороздина), в реабилитационном центре детей с ограниченными возможностя-

ми в г. Курчатове и лагере для умственно отсталых детей «Летняя деревня» Курской области и др.

Так, в работе центра «Контакты-1» основной упор делается на реализацию программы социальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями через развитие социальных умений и навыков и программы социализации личности ребенка или подростка, имеющего ограниченные возможности. В центре работают школы ремесел, компьютерной грамотности, эстетического развития и другие кружки, которые помогают ребятам осваивать наиболее интересные для них виды прикладных ремесел, повышать свой образовательный уровень.

Работа центра в Академгородке г. Новосибирска основана на комплексном (полисенсорном) воздействии на личность ребенка по всем возможным каналам связи: визуальному, аудиальному, эмоциональному и пр. В программу реабилитации входит как работа с детьми, так и работа с родителями детей-инвалидов.

Работа с детьми организована по трем основным направлениям, позволяющим задействовать здоровые отделы мозга и через их развитие расширять возможности пораженных отделов. Сюда входят занятия музыкой, изобразительной деятельностью, мероприятия по психологической реабилитации и общему развитию, а также медицинское обеспечение детей.

В работу с родителями включены следующие виды деятельности: психологическая диагностика, психологическая реабилитация и консультация, помощь в организации занятий с ребенком дома, распространение и обмен опытом.

Конечной целью своей работы центр считает полную адаптацию и интеграцию детей в детские коллективы и общество в целом.

Реабилитационный центр для детей с ограниченными возможностями в г. Курчатове Курской области в социальной реабилитации детей с различными видами нарушений ориентируется на комплексный подход. Программа реабилитации представляет собой систему медицинских, психологических, педагогических, культурологических и других мероприятий, проводимых с участием родителей и направленных на ликвидацию или коррекцию патологических изменений в развитии детей, и на максимально полную и раннюю их адаптацию в социальную среду, формирование положительного отношения к жизни и труду.

Определенный интерес для понимания сущности социально-реабилитационной деятельности представляют идеи развития и реабилитации детей и подростков, апробированные многолетней практикой функционирования «Центра молодежных лидеров» и лагеря умственно отсталых детей «Летняя деревня» в Курске.

Наиболее привлекательным в их опыте является то, что здесь, во-первых, наиболее полно раскрываются сферы, в которых происходит социализация личности: деятельность, общение и самосознание, что и способствует наиболее активному расширению и умножению социальных связей личности каждого ребенка и подростка с окружающей социальной средой. Сотрудники названных коллективов создают для своих воспитанников такую социальную ситуацию, в которой они на практике познают и осваивают не только ближайшую микросреду, но и всю многообразную систему социальных отношений.

Во-вторых, создаются такие условия, когда окружающая социальная среда становится управляемой.

Вместе с тем, несмотря на многочисленные положительные примеры организации социальной реабилитации детей-инвалидов, сдерживающим фактором в повышении эффективности этой работы выступает отсутствие концептуальной модели организации процесса социальной реабилитации как самостоятельной практики. В настоящем учебном пособии предлагается один из вариантов такой модели. В ней отражены теоретические представления о принципах, целях и задачах социально-реабилитационной деятельности, даются ответы на вопросы; зачем нужен специалист по социальной реабилитации, какими профессиональными качествами он должен обладать, чем конкретно он должен заниматься и др.

Вопросы для самоконтроля

1. Как можно ослабить и преодолеть недостатки психофизиологических отклонений в развитии и поведении путем коррекции?
2. Охарактеризуйте процесс перестройки или замещения функций организма (адаптация, компенсация, коррекция).
3. В чем заключается ориентация учебного процесса на личностные возможности ребенка (принцип целостности и системности)?
4. Охарактеризуйте создание естественной, защитной и развивающей среды.

ГЛАВА 12. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ, ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Принципы – это основные, исходные положения какой-либо теории, руководящие идеи, основные правила поведения, действия. В социально-реабилитационной практике принципы отражают основные требования, предъявляемые к социально-реабилитационной деятельности и определяющие ее организацию, содержание, формы и методы реабилитационных воздействий.

В социально-реабилитационной деятельности можно выделить следующие основные принципы: гуманистической направленности социально-реабилитационного процесса; единства диагностики и коррекции; нормативности развития ребёнка; опоры на ведущую деятельность; обучения деятельности; развития; овладения культурой; опоры на положительные и сильные стороны личности ребенка; психологической комфортности.

Принцип гуманистической направленности социально-реабилитационного процесса предполагает необходимость сочетания целей общества и личности. Реализация этого принципа требует подчинения всего социально-реабилитационного процесса формированию личности ребенка, ориентированной на отношения достоинства. В такой культуре ведущей ценностью является ценность личности человека. Именно культура достоинства создает лучшие условия для выхода из социальных катаклизмов, потому что ребенок, воспитанный в культуре достоинства, как подчеркивал Л. С. Выготский, «приспособлен к социальной динамике, а не к социальной статике».

Принцип единства диагностики и коррекции отражает целостность оказания помощи ребенку в условиях социально-реабилитационного процесса. Его суть в том, что, во-первых, началу собственно социально-реабилитационных воздействий обязательно должен предшествовать этап комплексного диагностического обследования ребенка, на основе которого составляется первичное заключение об уровне его развития, и формулируются цели и задачи коррекционно-развивающей работы. Во-вторых, реализация плана социально-реабилитационных мероприятий требует постоянного кон-

троля динамики изменений личности, ее поведения, деятельности, эмоциональных состояний, чувств и переживаний. Такой контроль позволяет вносить необходимые коррективы в программу социальной реабилитации, вовремя изменять и дополнять методы и средства воздействия.

Принцип нормативности развития ребенка. Нормативность развития понимается как последовательность сменяющих друг друга возрастных этапов в онтогенезе. Каждый возрастной этап в жизни человека характеризуется своей социальной ситуацией, динамикой развития, психическими новообразованиями, ведущей деятельностью. Реализация названного принципа предполагает обязательный учет особенностей возрастного развития ребенка и происходящих изменений на всех этапах процесса социальной реабилитации. Наряду с понятием «возрастная норма» в социально-реабилитационной практике широко используется понятие «индивидуальная норма», что позволяет вносить коррективы в программу социальной реабилитации с учетом индивидуальных особенностей ребенка, специфики и тяжести дефекта и самостоятельного пути развития.

Принцип опоры на ведущую деятельность. Процесс социальной реабилитации на разных возрастных этапах ребенка должен соответствовать ведущей деятельности, характерной для каждого возрастного этапа (игра, учение, общение) и психологическим возможностям и ограничениям, связанным с возрастными особенностями (самооценка, самосознание и др.).

Принцип обучения деятельности предполагает активизацию детей с целью овладения детьми различными видами деятельности, начиная от простейших предметно-практических действий до сложных действий в познавательной сфере. У детей должны быть сформированы умения контроля и самоконтроля, оценки и самооценки. Ребенок должен уметь самостоятельно ставить цели и организовывать свою деятельность для ее достижения.

Принцип развития предполагает выделение не только ведущего дефекта, но и вторичных нарушений, оценку причин их возникновения и прогнозирования последствий, ориентирует на целостное развитие личности ребенка, ее готовность к дальнейшему самосовершенствованию. Процесс социальной реабилитации должен быть нацелен на то, чтобы каждому ребенку были созданы такие условия, в которых он мог бы максимально реализовать не только свой

интеллект, способности, активность, а, прежде всего, личность.

Принцип овладения культурой. Культура – это способность человека ориентироваться в мире и действовать в соответствии с результатами такой ориентации и с интересами и ожиданиями других людей. Использование данного принципа в процессе социальной реабилитации состоит в том, что ребенок, включаясь в систему предлагаемых форм воздействия, осваивает нормативные способы действий в окружающем мире и социальной среде.

Принцип опоры на положительные и сильные стороны личности ребенка. У каждого ребенка, даже если у него имеются значительные проблемы в развитии, есть стремление к нравственному самосовершенствованию. Это стремление можно и погасить, если с ним обращаться с помощью упреков и нотаций, и усилить, если взрослый вовремя заметит даже малейшие положительные изменения в поведении или деятельности ребенка. Если ребенок, овладевая новыми формами поведения и деятельности, добивается положительных результатов, он переживает радость, что укрепляет уверенность в своих силах, стремление к дальнейшему росту.

Принцип психологической комфортности предполагает создание в социально-реабилитационном процессе доверительной, раскованной, стимулирующей активность ребенка атмосферы, с опорой на внутренние мотивы и, в частности, на мотивацию успешности.

Центральным звеном всякой педагогической системы являются цели воспитания и развития личности ребенка. Цель – элемент сознательной деятельности, который характеризуется предвосхищением в сознании результата деятельности и путей ее достижения. Цель социально-реабилитационной деятельности по отношению к ребенку с ограниченными возможностями определяется, с одной стороны, на основе понимания сущности человеческой личности, с другой – знания особенностей развития конкретного ребенка, полученных в результате его изучения с помощью психодиагностических и других средств. Цель выступает как системообразующий фактор социально-реабилитационного процесса.

В социально-реабилитационной деятельности цель может выполнять следующие функции: цель – идеал; цель – стратегическая задача; цель – тактические и оперативные задачи.

Цель – идеал – это идея всестороннего развития всех сущност-

ных сил человеческой личности, ее наиболее полная физическая, интеллектуальная и духовно-нравственная самореализация и постоянное самосовершенствование на этой основе.

Цель – стратегическая задача состоит в том, чтобы сформировать граждански устойчивую, внутренне дисциплинированную личность, способную взаимодействовать с окружающими людьми зачастую в неприспособленной для нее социальной среде. Достигается в результате более полного развития у ребенка с ограниченными возможностями его духовных и физических сил.

Цель – тактические и оперативные задачи – вытекает из цели – идеала и стратегической цели формирования личности. Она представляет собой систему конкретных воспитательных, образовательных, развивающих, коррекционно-реабилитационных воздействий, организация и эффективная реализация которых призвана обеспечить положительные изменения в развитии личности ребенка.

Задачи – это цели, заданные в определенных условиях, т. е. это понятие более конкретное, чем понятие цели. Социально-реабилитационная задача – основное звено социально-реабилитационного процесса. Взаимодействуя с детьми, специалист по социальной реабилитации постоянно ставит перед собой цели и задачи, вытекающие из ситуаций, а затем переводит их в задачи детей с целью стимуляции их активности. Социально-реабилитационный процесс можно представить как цепочку последовательно возникающих социально-реабилитационных ситуаций, в ходе которых ставятся и решаются многочисленные воспитательные, развивающие и коррекционные задачи разного уровня сложности. Социально-реабилитационная ситуация – это совокупность условий, в которых специалистом по социальной реабилитации ставятся цели и задачи развития и коррекции ребенка с отклонениями в развитии. Основной «клеточкой» социально-реабилитационного процесса, как и педагогической деятельности, являются оперативные задачи, последовательность выполнения которых приводит к решению тактической и стратегической целей.

Чтобы социально-реабилитационные задачи были грамотно поставлены, необходимо учитывать следующие их особенности:

– социально-реабилитационная задача должна включать в себя характеристику психического развития ребенка до коррекционного воздействия и желательные изменения, которые должны произойти

в его психике на определенном этапе социально-реабилитационного процесса;

– считать ребенка как активного равноправного соучастника социально-реабилитационного процесса, имеющего собственную логику поведения;

– при решении оперативных и тактических задач не упускать стратегической цели реабилитации, умело конкретизировать их в зависимости от условий.

Специалист по социальной реабилитации – это организатор жизни и деятельности детей с ограниченными возможностями в процессе социальной реабилитации. Его задача состоит в том, чтобы рационально определять все виды социально-реабилитационного процесса: диагностическую, коррекционную, развивающую, образовательную, пропагандистско-консультативную деятельность, деятельность по самообразованию и саморазвитию и др., которые были бы не только адекватными целям и задачам социальной реабилитации, но и целесообразными с точки зрения удовлетворения потребностей ребенка.

Важно, чтобы в ходе осуществления этих мероприятий у него зародилась жизненная цель – перспектива самого ребенка, которая в процессе социальной реабилитации должна быть осознана и понята. Вся последующая социально-реабилитационная деятельность во многом будет зависеть от умения взрослых использовать жизненную перспективу ребенка, личные стимулы, приводящие в движение его внутренние силы и индивидуальные способности.

Вопросы для самоконтроля

1. Что включено в принцип гуманистической направленности социально-реабилитационного процесса?
2. Какие этапы имеются в принципе единства диагностики и коррекции?
3. Дайте определение принципу нормативности развития ребенка.
4. Раскройте понятия: принципа на ведущую деятельность, принципа обучения деятельности, принципа развития, принципа опоры на положительные и сильные стороны ребенка, принципа психологической комфортности.
5. Назовите необходимые цели для выполнения задач, характерных для социально-реабилитационной деятельности.

ГЛАВА 13. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Главная задача всех лиц, работающих с ребенком, состоит в том, чтобы обеспечить положительные изменения в развитии его как личности. Но для этого необходимы не разовые и не односторонние меры, а комплексный, системный подход, предполагающий учет как внешних, так и внутренних факторов, воздействующих на личность. Вот почему деятельность специалиста по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья должна быть многоплановой и включать в себя все основные направления социально-реабилитационного процесса.

Таковыми направлениями, на наш взгляд, являются: организаторская деятельность; деятельность по диагностике психического и личностного развития ребенка; развивающая и коррекционная работа; консультирование и просвещение детей, родителей и специалистов, занимающихся с детьми; деятельность по охране здоровья и безопасной жизнедеятельности и социально-диспетчерская работа.

Организаторская деятельность – это деятельность, направленная на достижение определенной цели или целей. Она пронизывает все сферы жизни человека и необходима там, где возникает потребность управлять людьми или организовывать себя на выполнение конкретных задач. Данное направление связано со всеми другими направлениями социально-реабилитационной деятельности и выступает как необходимая, обязательная их составляющая.

Организаторская деятельность является реализацией на практике задач социальной реабилитации и условием более целенаправленного и реального проектирования своей деятельности. По существу, каждое действие специалиста по социальной реабилитации носит организаторский характер.

В структуре организации социально-реабилитационной деятельности можно условно выделить два больших аспекта: подготовительный (конструктивный) и организационной.

Подготовительный аспект включает: деятельность, связанную с проектированием, планированием процесса социальной реабилитации, определением его содержания, целей и задач; условия,

содержание и формы проведения коррекционных и развивающих занятий; участие детей в игровой, трудовой, обслуживающей деятельности; варианты организации межличностных отношений и т. п. Готовясь к встрече с детьми, специалист по социальной реабилитации подбирает методики и технологии взаимодействия с ними, подготавливает соответствующее оборудование, продумывает последовательность собственных действий, а также действий каждого конкретного ребенка и группы в целом.

Организационный аспект характеризуется тем, что специалист по социальной реабилитации реализует на практике цели и задачи социальной реабилитации. Организаторская деятельность многопланова и многофункциональна. К числу основных организаторских действий, используемых в работе с людьми, относят: просьбы, советы, пожелания, указания, замечания, требования. Наиболее часто применяемой формой побуждения детей в социально-реабилитационном процессе является педагогическое требование, в котором задаются формы деятельности и которое направлено на формирование у детей стремления к достижению цели реабилитации определенными средствами и способами. Чрезвычайно завышенная и заниженная (либеральная) оценки в одинаковой мере пагубно влияют на конечные результаты. В случаях завышения требований у детей нарастает психическое напряжение, нежелание выполнять ту или иную деятельность. Когда же требования занижены, то у них теряются внешние опоры организации собственной деятельности.

Цель диагностики психического и личностного развития ребенка – выяснение с помощью психодиагностических средств сущности индивидуально-психологических особенностей личности с целью оценки ее актуального состояния, прогноза дальнейшего развития и разработки рекомендаций, определяемых задачей обследования. Предметом психологического диагноза является установление особенностей развития ребенка, как в норме, так и в патологии. Основными этапами психодиагностического обследования являются: сбор данных; обработка и их интерпретация; вынесение решения – установление психологического диагноза и определение на его основе прогноза развития.

Психологическая диагностика – неотъемлемая часть процесса социальной реабилитации. Ее результаты необходимы для:

- составления социально-психологического портрета ребенка, имеющего ограниченные возможности (психологического диагноза);
- выяснения сильных и слабых сторон в его развитии как личности;
- определения содержания и форм социально-реабилитационной работы, выбора средств и форм психологической коррекции и личностного развития ребенка;
- установления обратной связи, сигнализирующей об изменениях в психическом и личностном развитии на разных этапах процесса социальной реабилитации.

Диагноз неразрывно связан с прогнозом. Согласно Л. С. Выготскому, содержание прогноза и диагноза совпадают, но прогноз строится на умении настолько понять внутреннюю логику самодвижения процесса развития, что на основе прошлого и настоящего намечают путь дальнейшего развития. Прогноз рекомендуется разбивать на отдельные периоды и прибегать к длительным повторным наблюдениям.

Практическая психодиагностика предполагает наличие у специалиста по социальной реабилитации психологических знаний, определенных навыков изучения ребенка, интуиции, богатейшего клинического и житейского опыта. От него требуется соблюдение свода правил применения психодиагностических средств, основанных на знании свойств измеряемых переменных и измеряющих инструментов, на знании этических и профессиональных норм психодиагностического обследования.

Развивающая и коррекционная деятельность – это направление, являющееся центральным в социально-реабилитационной работе с детьми и подростками. Исходными его данными являются результаты психодиагностического обследования. Содержание, формы и методы развивающей и коррекционной работы должны обеспечивать целостное воздействие на личность ребенка или подростка.

Развивающая работа традиционно ориентирована на развитие познавательной, эмоциональной, волевой и социальной сфер личности. Ее содержание вытекает из целей и задач социальной реабилитации и определяется рабочей программой и индивидуальным планом коррекции и развития личности каждого ребенка. Реализа-

ция этой программы осуществляется путем включения ребенка в различные формы общения и деятельности. Это могут быть: специальным образом организованная с учетом развивающего эффекта игровая, обслуживающая, трудовая деятельность; учебные, специальные развивающие занятия, на которых решаются различные задачи, например, формирования навыков общения, сотрудничества или конкурентного поведения, навыков понимания чувств и переживаний других людей, самооценки и самоанализа своего поведения и многие другие. В процессе такого взаимодействия у детей постепенно развивается не только интеллектуальная сфера, но и расширяется опыт социальных отношений, приобретается определенный духовный и эмоциональный опыт.

Психокоррекционная работа ориентирована на решение конкретных проблем, связанных с вторичными нарушениями в развитии ребенка. Основным ее инструментарием являются коррекционные методики и технологии, которые позволяют моделировать ситуации, в которых наиболее полно задействуются сферы личности ребенка, нуждающиеся в исправлении. Психокоррекционная работа осуществляется в двух формах: индивидуальной и групповой. Выбор названных форм и подбор коррекционных методик определяется конкретными задачами, поставленными перед каждым ребенком.

Просвещение и консультирование детей, родителей и специалистов, занимающихся обслуживанием детей-инвалидов – важнейшее направление социально-реабилитационного-процесса.

Главной задачей психолого-педагогического просвещения является приобретение детьми и подростками определенных знаний и навыков, которые призваны помочь им успешно взаимодействовать с другими людьми, повысить мотивацию жизнедеятельности, активность. Чтобы знания, навыки и умения, передаваемые и прививаемые ребенку, активно включались в процесс личностного развития, необходимо серьезно подходить к отбору содержания доступного и интересного ребенку материала, а также к выбору форм его подачи. Основным условием здесь выступают учет индивидуальных и возрастных особенностей детей, уровень их реального развития, готовность к усвоению тех или иных знаний. Наиболее эффективными формами для ребенка можно считать те, которые являются для него доступными, привлекательными, актуально значимыми.

Консультирование – еще один вид практической работы спе-

циалиста по социальной реабилитации. Консультирование рассчитано на работу с детьми старшего возраста – подростками и старшими школьниками. Консультирование, как правило, – индивидуальный вид работы и организуется, в большинстве случаев, по запросу детей и по результатам психодиагностического обследования. Оно может иметь различное содержание, касаться многих проблем развития и личностного самоопределения подростка или юноши, взаимодействия с другими людьми, взаимоотношения полов и т. п.

В функции специалиста по социальной реабилитации входит не только просвещение и консультирование детей и подростков, но и их родителей. Консультирование родителей и сотрудников, занимающихся социальной реабилитацией детей, является важным условием налаживания отношений и совместного сотрудничества, выяснения точек соприкосновения в решении задач социальной реабилитации.

Деятельность по охране здоровья и безопасной жизнедеятельности ребенка является важнейшей задачей всех реабилитационных мероприятий. Специалист по социальной реабилитации должен знать закономерности возникновения, течения и исход болезни как базовой предпосылки при определении и разработке основных подходов социальной реабилитации ребенка. Чтобы грамотно организовать социально-реабилитационный процесс, важно учитывать особенности защитно-приспособительных реакций и перестройки динамического стереотипа организма в процессе выздоровления и их влияние на процесс реабилитации. Нужно ясно осознавать и предвидеть как внутренние, так и внешние факторы, обуславливающие жизнедеятельность организма, знать основные принципы и подходы к формированию безбарьерной атравматической окружающей среды для детей с ограниченными возможностями здоровья по признаку аномалии.

Важно также добиться, чтобы ребенок осознал, что результаты его выздоровления и развития находятся в прямой зависимости от полноценной жизни и многих других факторов: питания, состояния окружающей среды, наличия вредных привычек, психогигиенических навыков, физической тренированности организма.

В задачу оздоровительной работы входит развитие и укрепление физических сил и возможностей ребенка.

Цель *социально-диспетчерской деятельности* – получение детьми и их родителями от специалиста по социальной реабилита-

ции социальной и психологической помощи, во-первых, выходящей за рамки его функциональных обязанностей, а, во-вторых – за рамки его компетенции. В этих целях он должен обладать банком данных о службах и специалистах, которые смогли бы оказать реальную помощь ребенку. Причем, специалист по социальной реабилитации не только дает консультацию, но и сам организует это взаимодействие.

В рамках социально-диспетчерского направления предполагается решение следующих задач:

- определение характера проблемы и возможностей ее решения;
- поиск службы или специалиста, способного оказать ребенку помощь;
- подготовка необходимой сопроводительной документации;
- отслеживание результатов взаимодействия ребенка со специалистом;
- осуществление психологической поддержки ребенка во время его взаимодействия со специалистом;
- контроль за организацией помощи ребенку в условиях образовательного учреждения.

Итак, мы рассмотрели основные подходы к организации социально-реабилитационной работы, выделили основные ее направления. Следует иметь в виду, что процесс социальной реабилитации определяется, прежде всего, компетентностью специалиста по социальной реабилитации. Знание рассмотренных подходов поможет ему стать профессионально грамотным и четко представлять круг своих обязанностей.

Вопросы для самоконтроля

1. Перечислите все основные направления социально-реабилитационного процесса.
2. Раскройте понятие направлениям: организаторской деятельности; диагностики психического и личностного направления; развивающей и коррекционной деятельности; посвящения и консультирования детей, родителей и сотрудников, участвующих в обслуживании детей с ограниченными возможностями; деятельности по охране здоровья и безопасной жизнедеятельности; социально-диспетчерской деятельности.

ГЛАВА 14. СРЕДСТВА, СПОСОБЫ И ФОРМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ЦЕЛЕЙ И ЗАДАЧ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Цель социальной реабилитации – наиболее полное развитие у ребенка с ограниченными возможностями духовных и физических сил посредством использования его сохранных функций, возникающих потребностей и интересов, его собственной активности и создания соответствующих внешних и внутренних условий, в которых они могут наиболее эффективно проявляться. При этом важно, чтобы в процессе социальной реабилитации у ребенка, подростка или юноши с отклонениями в развитии произошли изменения в восприятии своего собственного «Я» и окружающей действительности, чтобы они научились быть равными с так называемыми здоровыми людьми и у них сформировались качества, противодействующие травмирующим воздействиям и способствующие успешному осуществлению жизненных планов.

Чтобы реализовать названные задачи, специалист по социальной реабилитации должен владеть средствами и методами воздействия на ребенка.

К средствам реабилитационного воздействия относятся различные виды деятельности (игровая, учебная, трудовая и др.), а также психологическая помощь (психолого-профилактическая и просветительская работа, психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия), специальная помощь (игротерапия, арттерапия или терапия искусством – музыкотерапия, библиотерапия, танцевальная терапия, проективный рисунок, сочинение историй, сказкотерапия, куклотерапия); предметы материальной и духовной культуры (технические приспособления и оборудование, необходимые для ребенка с ограниченными возможностями, литература, произведения искусства, аудиовизуальные технические средства, средства массовой информации и др.).

Процесс социальной реабилитации протекает только в деятельности. Она обеспечивает познание ребенком окружающего мира, порождает новые потребности, стимулирует возникновение у

детей чувств, активизирует волю, является важнейшим источником овладения опытом межличностных отношений и поведения. Основными видами деятельности ребенка и подростка, в которых они наиболее полно развиваются, являются игра, учение и труд.

Игра – это форма деятельности в условных ситуациях, в которой воспроизводятся типичные действия и взаимодействия людей. Она для ребенка является формой реализации активности и сферой жизнедеятельности, где он получает удовольствие. Воссоздаваемые в игре реальные и воображаемые предметы, образы, игрушки помогают ребенку познать окружающий мир, приучают его к целенаправленной деятельности, способствуют развитию мышления, памяти, речи, эмоций. Особое значение для развития ребенка имеет ролевая игра. Распределяя роли в игре, и, общаясь друг с другом, в соответствии с принятыми ролями (врач – больной и др.), дети осваивают социальное поведение, учатся взаимодействовать между собой. На следующем этапе – игре по правилам – эти черты поведения получают свое дальнейшее развитие.

Учение – это форма деятельности, в которой действия человека управляются сознательной целью освоения определенных знаний, навыков, умений. В ходе учебной деятельности ребенок не только овладевает опытом предшествующих поколений, но и учится управлять своими психическими процессами, у него вырабатываются умения выбирать, организовывать и направлять свои действия и операции, навыки и опыт в соответствии с решаемой задачей. Учение подготавливает человека к трудовой деятельности.

Трудовая деятельность – это форма деятельности, направленная на производство определенных общественно полезных продуктов (ценностей), удовлетворяющих материальные и духовные потребности человека. Разновидностями труда в детском и подростковом возрасте выступают: бытовой труд, труд в мастерских, труд по самообслуживанию и др.

В практике социальной реабилитации постоянно возникают ситуации, когда ребенок или подросток не может самостоятельно справиться с проблемами, возникающими на жизненном пути, и ему необходима соответствующая помощь. В зависимости от возраста, состояния здоровья и особенностей жизненной ситуации такая помощь может быть оказана специалистом по социальной ре-

билитации, психологом или психотерапевтом, а при наличии психопатологии – врачом-психиатром.

В понятие «*психологическая помощь*» могут быть включены следующие ее виды: профилактическая и консультативная помощь, психологическая коррекция и психотерапия. Во всех названных видах помощи содержится психологический аспект, поскольку так или иначе она осуществляется в процессе общения и взаимодействия ребенка и взрослого.

Психопрофилактика в социально-реабилитационной деятельности преследует цель сохранения, улучшения и укрепления психического здоровья детей и подростков. К видам психопрофилактической работы могут быть отнесены и консультирование, и коррекция, и психотерапия.

Понятие «*консультация*» включает такие значения, как совет, совещаться, забота, заботиться. Консультирование направлено на ориентацию подростка или юноши в выборе вариантов возможного решения возникшей проблемы. По степени воздействия оно может носить информационный, ориентационный характер или направлено на изменение отношений личности к себе.

Понятие «*коррекция*» означает исправление. Коррекционные воздействия направлены на определенные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования ребенка с ограниченными возможностями. По содержанию различают коррекции: познавательной сферы, аффективно-волевой сферы, поведенческих аспектов, личности, межличностных отношений.

Психотерапия – это система медико-психологических средств, применяемых врачом для лечения различных заболеваний. В то же время термин «психотерапия» не является чисто медицинским понятием. Существует и психологическая модель психотерапии, цель которой не излечение от «психических расстройств», а оказание помощи в процессе становления и развития личности.

Наряду с рассмотренными видами помощи, в практике социальной реабилитации широкое применение находят специальные виды помощи и, прежде всего, игротерапия и арттерапия (терапия искусством). *Игротерапия* – метод коррекционного воздействия на детей с использованием игры. Психокоррекционный эффект игровых

занятий у детей достигается, благодаря установлению положительного эмоционального контакта между детьми и взрослыми. Игра снимает напряженность, тревогу, страх перед окружающими, повышает самооценку, расширяет способности детей к общению, увеличивает диапазон доступных ребенку действий с предметами. Применение игротерапии полезно при социальном инфантилизме, замкнутости, необщительности, сверхконформности и сверхпослушании, при нарушении поведения и наличии вредных привычек и др.

Арттерапия – терапия искусством. Основная ее цель состоит в гармонизации развития личности через развитие способности самовыражения и самопознания. С точки зрения представителей психоанализа важнейшей техникой арттерапевтического воздействия является техника активного воображения, направленная на то, чтобы столкнуть лицом к лицу сознательное и бессознательное и примирить их между собой посредством аффективного взаимодействия. С точки зрения представителей гуманистического направления, коррекционные возможности арттерапии связаны с представлением ребенку практически неограниченных возможностей для самовыражения и самореализации в продуктах творчества, в утверждении и познании своего «Я».

К основным видам арттерапии относятся: рисуночная терапия, музыкотерапия, библиотерапия, танцевальная терапия, сочинение историй, сказкотерапия, куклотерапия.

Рисование – творческий акт, позволяющий ребенку ощутить и понять самого себя, выразить свободно мысли и чувства, освободиться от конфликтов и сильных переживаний, развить эмпатию, быть самим собой, свободно выражать мечты и надежды.

Музыкотерапия представляет собой метод, использующий музыку в качестве средств коррекции (прослушивание музыкальных произведений, индивидуальное и групповое музицирование). Музыкотерапия активно используется в коррекции эмоциональных отклонений, страхов, двигательных и речевых расстройств, психосоматических заболеваний, отклонений в поведении, при коммуникативных затруднениях и др.

Библиотерапия – специальное коррекционное воздействие на ребенка с помощью чтения специально подобранной литературы в целях нормализации или оптимизации его психического состояния.

Коррекционное воздействие чтения проявляется в том, что те или иные образы и связанные с ними чувства, влечения, желания, мысли, усвоенные с помощью книги, восполняют недостаток собственных образов и представлений, заменяют тревожные мысли и чувства или направляют их по новому руслу.

Танцевальная терапия применяется при работе с людьми, имеющими эмоциональные расстройства, нарушения общения, межличностного взаимодействия. Цель танцевальной терапии – развитие осознания собственного тела, создание позитивного образа тела, развитие навыков общения. Танцевальная терапия используется в основном в групповой работе. Она побуждает к свободе и выразительности движения, развивает подвижность, укрепляет силы как на физическом, так и на психическом уровнях.

Сочинение историй, рассказов используется для оживления чувств ребенка или подростка, для того чтобы претворить внутреннее беспокойство в конкретный образ, найти адекватные способы разрешения конфликтов, вызывающих нарушения поведения ребенка.

Сказкотерапия – метод, использующий сказочную форму для интеграции личности, развития творческих способностей, расширение сознания, совершенствования взаимодействий с окружающим миром. Тексты сказок вызывают у детей интенсивный эмоциональный резонанс, что помогает создать в сложной эмоциональной обстановке эффективную ситуацию общения.

Куклотерапия как метод основан на процессах идентификации ребенка с любимым героем мультфильма, сказки и с любимой игрушкой. Куклотерапия широко используется для улучшения социальной адаптации, при коррекционной работе со страхами, заиканием, нарушениями поведения, а также для работы с детьми, имеющими эмоциональную травму.

Методы в социальной реабилитации – это способы профессионального взаимодействия специалиста и ребенка с ограниченными возможностями с целью решения социально-реабилитационных задач. Все многообразие методов, используемых в реабилитационной практике, можно объединить в три группы:

1. *Методы организации социально-реабилитационного процесса и познавательной деятельности детей.* К ним относятся словесные (рассказ, беседа, работа с книгой), наглядные (метод примера) и практические (упражнения, приучение и др.) методы.

В практике социальной реабилитации наиболее широко используемым методом является упражнение. Упражнение – планомерно организованная деятельность, предполагающая многократное повторение каких-либо действий с целью формирования определенных навыков и умений. Упражнения необходимы при обучении детей любой деятельности и овладении теми или иными формами поведения. Первоначально они опираются на такой метод, как приучение, представляющий собой организацию планомерного и регулярного выполнения определенных действий с целью превращения их в привычные формы поведения (привычки). Особенно эффективен он на ранних этапах развития детей.

В реабилитационной практике также широко применяется метод моделирования воспитывающих ситуаций. Детям создаются такие условия, когда они вынуждены выбирать определенное решение из нескольких возможных вариантов: промолчать, сказать правду или ответить «не знаю». Необходимо иметь в виду, что при использовании метода упражнений следует предусматривать прохождение трех взаимосвязанных этапов: воспроизведение действий по образцу; применение усвоенных действий в новых условиях; выполнение упражнений творческого характера.

При организации самостоятельной работы детей, как правило, необходим такой метод, как инструктаж. Инструктаж в системе методов является исходным и применяется в тех случаях, когда дети не имеют ясного представления о способах и условиях решения тех или иных практических задач. Он обеспечивает понимание детьми задач и способов осуществления определенных действий, последовательности выполнения операций, а также типичные приемы их использования.

2. Методы стимулирования мотивации и активности детей в реабилитационном процессе. Любая деятельность протекает эффективно, если у ребенка есть желание ее выполнять, имеются мотивы, побуждающие его быть активным. В целях подкрепления усилий ребенка действовать применяются различные методы стимулирования, среди которых наиболее распространенными являются: соревнование, поощрение и наказание.

Соревнование – метод, в основе которого лежит стремление детей и подростков к соперничеству и самоутверждению.

Вовлечение детей в процессе социальной реабилитации в борьбу за достижение лучших результатов стимулирует их быть более активными, инициативными и ответственными. Соревнование может быть индивидуальным и групповым. В процессе его организации следует соблюдать традиционные принципы: гласность, конкретность и сравнимость показателей. Для детей с ограниченными возможностями особенно важно, чтобы в ходе соревнования они испытывали переживание успеха. Поэтому необходимо подбирать такие задания, которые были бы по силам конкретному ребенку.

Поощрение – способ выражения положительной оценки поведения и деятельности отдельного ребенка или группы детей. Его стимулирующая роль проявляется в том, что в нем содержится признание того образа действия, который избран ребенком. Переживая чувство удовлетворения, ребенок испытывает прилив сил, уверенность, желание выполнять действие и дальше.

Наказание – это такое воздействие на личность ребенка, которое выражает осуждение действий и поступков, противоречащих нормам поведения, принятым в обществе. Средствами метода наказания являются замечание, выговор, порицание. Применение наказаний в процессе реабилитации требует от специалиста такта и определенного мастерства. Применение метода наказания в любой форме в целях стимулирования активности ребенка является исключением и может быть оправдано лишь в экстремальных ситуациях.

3. Методы контроля эффективности социально-реабилитационного процесса. Контроль направлен на получение информации о результатах реабилитационных воздействий за определенный промежуток времени. Он необходим для того, чтобы внести коррективы в программу социальной реабилитации ребенка. Методы контроля – это способы, с помощью которых определяется результативность социальной реабилитации. Наиболее распространенными методами контроля в социальной реабилитации выступают наблюдение за деятельностью детей и методы психодиагностики. Чрезвычайно важно, чтобы у ребенка в процессе социальной реабилитации сформировались основы самоконтроля, позволяющие ему самому оценивать успешность выполняемых действий.

Наряду с понятием «метод» существует также понятие «методический прием». Прием – это элемент метода. Он не имеет самостоятельной задачи и подчиняется той, которую преследует данный

метод. Например, при использовании метода рассказа можно применить такой прием, как повторение одной и той же мысли, чтобы обратить на нее внимание. Приемы и методы в процессе социальной реабилитации выступают как единое целое. Методический прием может быть использован в разных методах.

Основная форма организации социальной реабилитации детей – реабилитационное (коррекционное) занятие, проводимое в условиях реабилитационного центра. Оно может осуществляться в индивидуальной или групповой формах. В первом случае взаимодействие осуществляется один на один с ребенком при отсутствии посторонних лиц. Во втором случае специалист работает с группой детей, которые взаимодействуют не только "с ним, но и между собой. Группа облегчает процесс осознания своих чувств, установок, мыслей, желаний и поступков. В группе легче происходит самораскрытие, возрастает уверенность в себе.

Индивидуальное взаимодействие удобно тем, что быстрее снимаются психологические барьеры, которые могут возникать у ребенка в присутствии других детей. В то же время оно не эффективно в выработке навыков общения и межличностного взаимодействия. Препятствиями для организации процесса социальной реабилитации в условиях группы могут быть сильно выраженная эмоциональная возбудимость и эмоциональная неуравновешенность ребенка, трудный характер, низкий уровень интеллектуального развития.

Кроме реабилитационных занятий, которые могут проходить в виде тренинга, учебного занятия, в социально-реабилитационной практике используются и другие формы: кружки и секции различного профиля, проведение различных вечеров, встреч, дискотек, экскурсий, работа в мастерских и т. д.

Как мы видим, у специалиста по социальной реабилитации имеется значительный арсенал средств, методов и форм организации занятий с детьми с ограниченными возможностями, используя которые можно успешно решать поставленные задачи.

Вопросы для самоконтроля

1. Назовите основные виды деятельности ребенка.
2. Дайте всем видам характеристику.
3. Какие методы используются в реабилитационной практике?
4. Какие приемы существуют для реабилитационного процесса?

ГЛАВА 15. КОРРЕКЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО И ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Чтобы обеспечить нормальное психическое и личностное развитие ребенка, нужна система целенаправленного развивающего воздействия, а в случае нежелательного развития и коррекция появляющихся новых психических образований и форм поведения. Понятия «развивающая» и «коррекционная» деятельность не тождественны, каждое из них имеет свое содержание.

Развивающая деятельность направлена на создание социально-психологических условий развития личности. Коррекционная деятельность имеет более узкую направленность. Она ориентирована на решение в процессе развития ребенка конкретных проблем, связанных с исправлением недостатков развития психики и свойств личности, неадекватных форм поведения и самочувствия.

Объектом психокоррекционных воздействий могут быть как здоровые, так и больные дети. Коррекцией нарушений психического и личностного развития здоровых детей занимаются психологи, специалисты по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. Коррекцией аномального развития – медицинские психологи, патопсихологи и нейропсихологи.

Традиционно психологическую коррекцию рассматривают как в широком, так и в узком смысле этого понятия.

В широком смысле психологическая коррекция – это комплекс клинико-психолого-педагогических воздействий, направленных на исправление имеющихся у детей недостатков в развитии психических функций и личностных свойств. В узком смысле – метод психологического воздействия, ориентированный на оптимизацию развития психических процессов и функций и на гармонизацию развития качеств личности.

В зависимости от характера диагностики и направленности коррекции Д. Б. Эльконин предлагал различать две формы коррекции: симптоматическую, направленную на симптомы отклонений в развитии, и коррекцию, направленную на источник и причины отклонений в развитии. Психологическая коррекция должна быть

сконцентрирована не на внешних проявлениях отклонений в развитии, а на источниках, порождающих эти отклонения. Поэтому к анализу психологической структуры дефекта, выяснению причин его возникновения, использованию содержания и форм психологического воздействия на личность ребенка нужен в каждом конкретном случае глубоко продуманный методологический подход.

Главная задача психологической коррекции – укрепление психического здоровья, обеспечение гармонического формирования личности ребенка, имеющего ограниченные возможности жизнедеятельности.

В практике психологической помощи таким детям сложились определенные направления психологической коррекции нарушений развития.

Первое направление – коррекция эмоционального развития ребенка. Цель коррекции – смягчение эмоционального дискомфорта у детей, повышение их активности и самостоятельности, устранение вторичных личностных реакций, обусловленных эмоциональными расстройствами, такими как агрессивность, повышенная возбудимость, тревожная мнительность и др.

Эмоциональные нарушения среди детей и подростков встречаются часто. С точки зрения нарушения системы отношений к другим людям и самому себе выделяют три основные группы детей с эмоциональными нарушениями. В первую группу входят дети, у которых эмоциональные проблемы проявляются в основном в рамках межличностных отношений (повышенная возбудимость, аффективные вспышки в процессе общения, особенно со сверстниками). Вторая группа детей отличается выраженными внутриличностными конфликтами. В их поведении прослеживается повышенная заторможенность, слабо выраженная общительность, необоснованные страхи, глубокое переживание обиды. Для третьей группы характерны выраженные внутриличностные и межличностные конфликты. В поведении таких детей преобладают агрессивность, импульсивность.

Особое место в клинике эмоциональных нарушений занимают неврозы детского возраста. Их в большинстве своем рассматривают как болезни личности. Наиболее распространенная причина детских неврозов – психическая травма.

Психологическая коррекция эмоциональных нарушений в развитии ребенка осуществляется в рамках двух подходов: психодинамического и поведенческого.

Психодинамический подход предполагает создание условий, снимающих внешние социальные преграды, которые провоцировали конфликт. Поведенческий подход означает нивелирование имеющихся дезадаптивных форм поведения за счет усвоения новых адекватных поведенческих стереотипов.

По назначению методы коррекции эмоциональных нарушений делят на две группы: основные и специальные. К основным методам относят: игротерапию, арттерапию (метод основан на использовании возможностей изобразительного искусства), психоанализ, метод десенсибилизации, аутогенную тренировку, поведенческий тренинг. Специальные методы – это тактические и технические приемы психокоррекции, цель которых – устранение имеющихся дефектов с учетом индивидуально-психологических факторов.

По своей направленности методы бывают групповыми и индивидуальными.

Второе направление – коррекция сенсорно-перцептивной и интеллектуальной деятельности осуществляется в отношении детей с психическим недоразвитием (умственная отсталость), с задержкой психического развития (ЗПР) и с поврежденным психическим развитием.

У детей с психическим недоразвитием наблюдается нарушение константности и предметности восприятия, замедленный темп узнавания предметов, трудности обобщения сенсорных сигналов. У них заметно снижен объем памяти, имеют место существенные трудности в хранении и в воспроизводстве информации, наблюдается недоразвитие мышления, неспособность к образованию понятий, трудности использования навыков и умений на практике. В ходе коррекции детей с названными отклонениями в развитии учат усваивать сенсорные эталоны; манипулировать с предметами различной формы, величины, цвета; развивают зрительную, слуховую и осязательную память; обучают пользоваться вспомогательными предметами (орудийные действия); формируют наглядно-образное и словесно-логическое мышление. Особенность коррекционных воздействий состоит в том, что они используются в процессе обу-

чения детей продуктивным видам деятельности: конструированию, рисованию, лепке, аппликации, а также в игре.

При *задержке психического развития* у детей наблюдается замедленный темп формирования познавательных процессов и эмоциональной сферы с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. С возрастом возможно сглаживание интеллектуального дефекта, вплоть до достижения нормального уровня развития. Однако эта тенденция зависит от причины задержки психического развития. У одних детей может быть недоразвитие предпосылок интеллекта, у других – мотивационной обусловленности учебной деятельности, у третьих – зрительно-пространственных представлений, памяти, внимания.

Следовательно, коррекционное воздействие должно быть направлено на формирование соответствующих психических процессов. Психокоррекционные занятия с детьми с ЗПР по развитию познавательных процессов могут проводиться как индивидуально, так и в группе.

При *поврежденном психическом развитии (приобретенное слабоумие)* наблюдается ярко выраженная инертность мышления, истощаемость внимания. Могут также иметь место органические деменции и эпилепсия. При органической деменции нарушается целенаправленность мышления, критичность, поведенческие реакции. Последствия поврежденного развития психики ребенка делят на три клинических этапа (М. О. Гуревич).

1. Церебрастения: ребенок неспособен к умственному напряжению, имеют место: повышенная утомляемость, снижение объема слуховой и зрительной памяти, трудности в концентрации и устойчивости внимания, нарушение динамики мыслительных процессов. Могут быть обострения в виде головокружения, нарушения сна, общего психического тонуса. В целом прогноз адаптации – удовлетворительный. Основными направлениями психологической коррекции с церебрастеническим синдромом являются: повышение умственной работоспособности ребёнка с помощью специальных психотехнических приемов по развитию памяти, внимания, скорости реакций, а также коррекция эмоциональных нарушений (снятие тревожности, развитие уверенности в себе и др.).

2. Церебронатия: у детей наблюдаются: вялость, общая за-

торможенность или же повышенная возбудимость, двигательная расторможенность; могут проявляться психопатоподобные реакции. Для них характерны неадекватная самооценка, снижение критики своего состояния.

Коррекционные воздействия при церебропатии направлены на изменение поведения ребенка. Достигается это с помощью повышения социальной активности ребенка в семье, в школе, а также с помощью специальных психокоррекционных воздействий, цель которых – усвоение и развитие навыков общения в семье, в коллективе сверстников.

3. Слабоумие проявляется в снижении умственной деятельности и умственной активности. Психологическая коррекция провоцировала конфликт. Поведенческий подход означает нивелирование имеющихся дезадаптивных форм поведения за счет усвоения новых адекватных поведенческих стереотипов.

По назначению методы коррекции эмоциональных нарушений делят на две группы: основные и специальные. К основным методам относят: игротерапию, арттерапию (метод основан на использовании возможностей изобразительного искусства), психоанализ, метод десенсибилизации, аутогенную тренировку, поведенческий тренинг. Специальные методы – это тактические и технические приемы психокоррекции, цель которых – устранение имеющихся дефектов с учетом индивидуально-психологических факторов.

Третье направление – психологическая коррекция поведения детей и подростков. Поведение – это система взаимосвязанных рефлекторных и сознательных действий (физических и психических), осуществляемых человеком при достижении определенной цели, реализации определенной функции в ходе его взаимодействия со средой. Несоответствие реакций, действий и поступков человека общепринятым в обществе формам и нормам поведения рассматривается как нарушение поведения. Основными причинами нарушения поведения детей и подростков могут быть: искаженное психическое развитие; дисгармоническое психическое развитие; искаженные семейные отношения; психическая и социальная депривация; дезадаптация, связанная с трудностями обучения и др.

Психологическая коррекция при искаженном психическом развитии. При искаженном психическом развитии наблюдаются

сложные сочетания общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных функций, приводящих к появлению патологических новообразований.

Одним из клинических выражений этого типа нарушений является детский аутизм. Его характерным признаком является неадекватность психических реакций. У детей, страдающих аутизмом, наблюдается быстрая истощаемость любой целенаправленной деятельности, однообразное, стереотипное поведение, уход в фантазию, своеобразный грамматический строй языка.

Программа коррекции аутичных детей разрабатывается с учетом степени тяжести и специфики нарушения. Задачи психокоррекционной работы с ними состоят в том, чтобы преодолеть негативизм при общении, смягчить характерный для таких детей сенсорный и эмоциональный дискомфорт, преодолеть отрицательные формы поведения, повысить психическую активность в процессе общения со взрослыми и детьми.

Основными направлениями коррекционной работы являются:

- обучение ребенка внешним контактам;
- обучение более сложным формам поведения;
- развитие самосознания и личности аутичного ребенка.

Психологическая коррекция при дисгармоническом психическом развитии. Данный вид дизонтогенеза определяется как психопатия или патологическое развитие личности. Лица, страдающие психопатией, не осознают свои характерологические особенности, недооценивают психотравмирующие ситуации, способствующие дезорганизации поведения. Сохранный интеллект ребенка не регулирует его эмоционально-волевые процессы. Названные особенности личностного развития негативно отражаются на поведении ребенка. Ему становится трудно приспособиться к обычным дисциплинарным требованиям, нарушается процесс его социализации, что, в свою очередь, в значительной степени усугубляет личностную дисгармонию.

В этой связи основной целью психокоррекции детей с дисгармоничным развитием является гармонизация их личностной структуры, семейных взаимоотношений и устранение или сглаживание психотравмирующих факторов. Важно пробудить у ребенка или подростка интерес к своей личности и особенностям поведения,

научить распознавать психотравмирующие ситуации, обучить его большему количеству вариантов поведения, которые можно использовать в трудных ситуациях, развить способность к саморегуляции и самооценке.

Для реализации этих целей рекомендуются специальные групповые занятия с использованием игр-драматизаций, систем психорегулирующих тренировок, методов психодинамического, поведенческого, когнитивного и других направлений психокоррекции.

Психологическая коррекция нарушений в поведении детей и подростков, обусловленных отрицательным влиянием семьи, психической и социальной депривацией и дезадаптацией в связи с трудностями в обучении. Искаженные семейные отношения и негативное воспитание в семье являются чаще всего источником нервно-психических расстройств с разнообразными девиациями поведения. У детей из неблагополучных семей, к тому же с теми или иными дефектами развития, наблюдаются, как правило, высокий уровень тревожности, агрессивность, недоверие к взрослым. Однако, несмотря на неблагополучие в семье, дети, попадая в специализированные учреждения, тоскуют по родителям, бережно хранят семейные реликвии. Поэтому, осуществляя необходимую коррекцию в психическом развитии ребенка, вызванную негативным воспитанием в семье, не следует ограждать ребенка «от дурного влияния плохих родителей». Опыт работы с такими детьми показывает, что нужно укреплять связи с родственниками, организовывать с ними встречи в выходные дни, на каникулах. Положительную роль играет ведение семейного альбома, сохранение семейных реликвий, а коррекционную работу с такими детьми следует рассматривать как временную поддержку семьи, находящейся в кризисном состоянии.

Серьезной проблемой в системе социальной реабилитации является школьная дезадаптация детей с ограничениями жизнедеятельности. Многие из них имеют сенсорное недоразвитие, задержку психического развития (ЗПР), интеллектуальную недостаточность, являющиеся причиной формирования у них внутренней напряженности, тревожности, агрессивности, конфликтности, ощущения неполноценности, ненужности, что приводит к дисгармонизации отношений с социальной средой.

Основной путь оказания помощи дезадаптированным детям, имеющим ограниченные возможности здоровья, – это создание условий для интеграции в нормально развивающуюся социальную среду, разработка индивидуальных программ специально организованной помощи и поддержки. В основу программы должны быть положены коррекция психических функций и эмоционально-волевой сферы психики ребенка, формирование самооценки, навыков адекватного общения со сверстниками и взрослыми в окружающей социальной среде.

Четвертое направление – коррекция развития личности. В процессе онтогенеза могут возникать негативные личностные качества, создающие реальную угрозу искаженного развития личности в целом. Чтобы не допустить нежелательного развития и появления негативных личностных качеств, осуществляется их исправление, коррекция.

Целесообразность психокоррекции личности реально возникает на 4–5 году жизни ребенка, когда сформировавшиеся личностные качества начинают мешать его социальной адаптации.

В этой связи объектом психокоррекционных воздействий могут выступать относительно сложные психологические образования (мотивы, ценностные ориентации, черты характера, установки, самооценка, уровень притязаний и т. п.), формирование которых происходит относительно независимо от возможных патопсихологических расстройств. Формы, тематика и содержание коррекционных занятий по «исправлению» личностных свойств достаточно разнообразны. К ним относят: сюжетно-ролевые игры, специальные учебные занятия, выполнение определенных тестовых заданий с обратной связью и др.

Основной принцип построения коррекционных занятий заключается в моделировании ситуаций, демонстрирующих недостаточную успешность деятельности ребенка в соответствии с изначально присущими ему поведенческими стереотипами, и демонстрации результатов, свидетельствующих о возможности повышения эффективности, успешности этой деятельности при их изменении.

Выбор конкретной формы психологической коррекции определяется уровнем развития и конкретными проблемами воспитания ребенка. Исходя из задач социальной реабилитации, коррекционная

работа организуется таким образом, чтобы обеспечить целостное воздействие на личность во всем многообразии мотивационных, интеллектуальных, эмоционально-волевых и других проявлений личности. Основными направлениями коррекции нарушений личностного развития могут быть:

1) преодоление микросоциальной педагогической запущенности, коррекция неадекватных методов воспитания ребенка;

2) помощь ребенку в разрешении психотравмирующих ситуаций, в формировании продуктивных видов взаимоотношений с окружающими людьми, в повышении социального статуса, в развитии компетентности в вопросах нормативного поведения;

3) Формирование и стимулирование сенсорно-перцептивных, мнемических и интеллектуальных процессов у детей. Эта задача решается в ходе индивидуальной и групповой психокоррекции детей с психическим недоразвитием и задержкой психического развития;

4) развитие и совершенствование коммуникативных функций, эмоционально-волевой регуляции поведения обеспечивается в процессе групповых занятий с детьми с асинхронией психического развития (искаженного, диспропорционального и дисгармоничного);

5) формирование адекватных родительских установок на заболевание и социально-психологические проблемы ребенка путем активного привлечения родителей в психокоррекционный процесс;

б) создание в детском коллективе, где обучается ребенок, атмосферы доброжелательности, открытости, взаимопонимания. Достигается путем активной работы не только с членами семьи, но и с педагогами, обучающими ребенка, а через них с одноклассниками, друзьями и знакомыми.

Коррекционная работа с детьми, имеющими ограниченные возможности, наряду с развивающей работой, является основным направлением в социальной реабилитации детей. Однако, чтобы она была эффективной, важно соблюдать следующие требования и условия, предъявляемые к ее проведению.

Во-первых, она должна опираться на глубокие знания закономерностей психического развития ребенка вообще и знаний специфики дизонтогенеза, вызванного тем или иным болезненным про-

цессом и его последствиями в частности.

Во-вторых, содержание коррекционной работы должно определяться особенностями сензитивных периодов возрастного развития, необходимостью формирования тех психических новообразований и качеств личности, которые на данном этапе наиболее актуальны.

В-третьих, коррекционную работу необходимо осуществлять на основе специальных программ, которые разрабатываются применительно к каждому ребенку и к каждой возрастной группе с учетом специфики заболевания или вызвавшего нарушения дефекта. При этом программа должна учитывать «зону ближайшего развития» ребенка, потребности и мотивы, побуждающие его к активности, особенности культурной и социальной среды, в которой он воспитывается, ведущий вид деятельности, присущий данному возрастному этапу, и уровень его сформированности. Необходимо стремиться к тому, чтобы коррекционные занятия осуществлялись в естественных для ребенка условиях.

В-четвертых, в ходе организации коррекционной работы необходимо соблюдать доступность, преемственность и последовательность в формах и методах ее проведения.

И наконец, чтобы обеспечить эффективную коррекционную работу, важно обеспечить положительную мотивацию участия ребенка в предлагаемой взрослыми деятельности. Выполнение данного требования является решающим в организации всей коррекционной работы. Положительных сдвигов в социальной реабилитации можно достичь только при положительном отношении ребенка к тому, что предлагает взрослый, если ребенок принимает предложение взрослого как собственное, как необходимое.

В ходе психологической коррекции не следует стремиться к одновременному решению многих задач, а терпеливо работать над одной, двумя составляющими более сложной задачи. Регулярные маленькие, но успешные изменения в развитии ребенка приведут к положительным результатам и в решении более сложных личностных проблем. Например, если ребенок затрудняется общаться со сверстниками из-за недостатка развития речи, пополнение словарного запаса ребенка должно стать в работе с ним первоочередной задачей. Одновременно будет решаться и важная социальная задача,

ребенок приобретёт навыки межличностных отношений.

Осуществляя коррекционную работу, важно помочь ребенку в ходе возрастного развития постепенно стать хозяином своего внутреннего мира, научиться управлять своими желаниями, уметь ставить цели, направленные на преобразование самого себя. Этот процесс требует много времени и усилий как со стороны ребенка, так и со стороны взрослого. Сам ребенок не может реализовать поставленные задачи. Добиться положительных сдвигов в своем развитии можно только на практике, и эту практику могут организовать только взрослые.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте характеристику «развивающей» и «коррекционной» деятельности.
2. Что относится к основным методам коррекции?
3. Охарактеризуйте специальные методы коррекции.
4. Кому показаны сенсорно-перцептивная и интеллектуальная коррекции?
5. Назовите три клинических этапа, как следствие поврежденного развития психики ребенка.

ГЛАВА 16. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

В РФ до настоящего времени отсутствуют центры реабилитации инвалидов. Как показал опыт других стран, эти учреждения имеют большое значение для инвалидов, которые не могут получить должной комплексной помощи на местах из-за отсутствия необходимой для этого материально-технической базы и специалистов, а также затруднений в медико-социальной экспертной диагностике их состояния. По данным международной статистики, эти лица составляют 3 % от общего контингента инвалидов.

Центры реабилитации инвалидов должны являться реабилитационными учреждениями, предназначенными для оказания инвалидам квалифицированных специализированных комплексных мер медицинской, социальной, профессиональной реабилитации.

Центры реабилитации инвалидов должны выполнять следующие функции:

- разрабатывать и осуществлять индивидуальные программы реабилитации инвалидов, направляемых в центр;
- обеспечивать консультативно-методическую помощь по реабилитации инвалидов (на территории закрепленного региона);
- осуществлять подготовку кадров по реабилитации инвалидов.

В соответствии с функциями основными задачами центра должны стать:

- определение медико-социальных причин инвалидности больного;
- определение степени функциональных нарушений;
- определение ограничения жизнедеятельности инвалидов;
- определение потребности инвалидов в видах реабилитационных мер;
- разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов (в том числе долгосрочных программ);
- обучение инвалидов навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах, самоконтролю;
- проведение психокоррекции установок инвалидов на актив-

ный образ жизни, труд, общение в семье, обществе и др.;

- осуществление профессиональной ориентации;
- адаптация инвалидов к трудовой деятельности;
- подбор инвалидам вспомогательных средств и средств передвижения;
- проведение восстановительного лечения;
- создание курсов повышения квалификации специалистов по вопросам инвалидов;
- консультативно-методическая помощь по вопросам реабилитации инвалидов с помощью общественных, государственных и иных организаций, представляющих интересы инвалидов.

Для выполнения указанных задач Центр должен иметь соответствующую структурно-функциональную основу.

Центр реабилитации должен иметь три группы блоков, взаимосвязанных между собой: первая группа блоков предназначена для служб управления центром; вторая группа – для дифференцированного размещения инвалидов на период их пребывания в центре; третья группа – для собственно проведения реабилитационных мероприятий. Блоки, предназначенные для размещения инвалидов, должны включать стационарное и поликлиническое отделения и пансионат.

В состав группы блоков для проведения реабилитационных мероприятий должны входить разнообразные службы, предназначенные для реализации медицинских, социальных и профессиональных аспектов реабилитации.

Блок «Медицинская реабилитация» должен включать следующие отделения:

- медико-социальной экспертизы;
- клинико-функциональных методов исследования;
- восстановительного лечения.

Социальная реабилитация инвалидов – чрезвычайно широкое понятие и безусловно охватить все ее аспекты в условиях центра реабилитации не представляется возможным. В связи с этим целесообразно в центре развернуть службы, которые бы обеспечили социально-средовую реабилитацию инвалидов.

В состав подразделения социально-средовой реабилитации должны быть включены:

- 1) служба коррекции ограничения передвижения инвалидов, в

том числе отделения: протезирования, ортезирования, косметическое, отделение изготовления ортопедической обуви, туторов, ортезов и других изделий;

2) лаборатория биоинженерии для определения потребностей инвалида в средствах передвижения и индивидуальной адаптации этих средств к инвалиду;

3) лаборатория адаптации жилищно-коммуникативных систем и транспорта;

4) социологическая лаборатория;

5) отделение социально-бытовой реабилитации;

6) отделение социально-психологической реабилитации, включая кабинеты психоанализа, психологической помощи, психотерапии, психоразгрузки;

7) отделение организации социальной защиты инвалидов, включая кабинеты консультантов юристов, социальных работников;

8) лаборатория социально-педагогической реабилитации, включая кабинеты коррекции памяти и ассоциативных процессов, педагогов, психологов, дефектологов; зал и кабинеты профессиональной подготовки;

9) социально-культурный центр, включающий спортивно-оздоровительный комплекс, киноконцертный зал, студию творческой реабилитации и др.

В блок «Профессиональная реабилитация» должны входить следующие службы:

- лаборатория физиологии труда;
- кабинеты профессиональной реабилитации;
- кабинеты специалистов по трудоустройству инвалидов;
- кабинеты трудотерапии;
- учебные классы по профессиональной подготовке инвалидов;

• участок (или мастерские или производственный комплекс) по производству изделий или выполнение соответствующего рода работ.

Блок «Дополнительная служба» может быть разнообразен по составу служб, входящих в него, что зависит от цели и задач, которые необходимо на них возложить в конкретном центре.

Все вышеизложенное позволяет сделать вывод, что центр реабилитации инвалидов должен располагать такой структурно-

функциональной и материально-технической базой, которая бы обеспечивала возможность реализации оптимального для каждого инвалида курса реабилитационных мероприятий, позволяющих всесторонне подготовить инвалида для интеграции в общество. Для успешной интеграции инвалидов в обществе в центрах должна осуществляться адаптация к требованиям деятельности в реальных условиях быта и производства. В целях обеспечения социальной активности инвалидов центры могут быть непосредственно включены в процесс их профессиональной реабилитации, включая содействие трудоустройству.

С целью достижения поэтапности и законченности реабилитационного процесса центры должны иметь организационные связи с учреждениями и предприятиями из разных отраслей, осуществляющих медико-социальную реабилитацию инвалидов для совместного решения поставленных проблем.

Реабилитационные центры в зависимости от приоритетов медицинской или профессиональной реабилитации, подразделяют на 2 вида или уровня. Реабилитационные центры первого уровня представляют собой практически реабилитационную клинику, куда помещаются больные в подостром состоянии, где преобладает в основном медицинская реабилитация. Эти центры являются специализированными по профилю патологии: ортопедические, неврологические и др.

Подобный центр реабилитации состоит из следующих подразделений (на примере центра реабилитации неврологических больных в г. Бонне, Германия):

- лаборатории функциональной диагностики и рентгеновской службы, которая осуществляет контроль за эффективностью проводимых лечебных мероприятий;
- отдела физической реабилитации, в который входят: массажные кабинеты, гидромассаж, бассейн, кабинеты иглорефлексотерапии, зал лечебной физкультуры, тренажерные залы;
- процедурных кабинетов, где проводится медикаментозное лечение;
- кабинетов электро- и нейростимуляции;
- клинической лаборатории;
- психологической службы, в которой работают медицинские и социальные психологи;

- отдела профессиональной реабилитации;
- социальной службы, работники которой помогают организовать досуг реабилитантам.

В реабилитационных центрах второго уровня проводится восстановление профессиональной способности инвалида, его обучение или переобучение, предоставляется возможность приобретения новой профессии и содействие трудоустройству по завершении профподготовки, т. е. основным направлением деятельности центра является профессиональная реабилитация инвалидов. Однако медицинская реабилитация признается также необходимой, она представлена мощным комплексом служб, в особенности физической, социально-бытовой и рекреационной терапии, а также реабилитационно-инженерной службой. В качестве примера типового реабилитационного центра второго уровня можно рассмотреть один из наиболее известных реабилитационных центров в США – имени Бурдо-Вильсона в городе Фишерсвилле (штат Вирджиния). Этот центр в среднем одновременно обслуживает около 500 инвалидов как в стационарных, так и амбулаторных условиях, проживающих в пансионате и приезжающих из близлежащих областей. Штат центра составляет около 400 человек.

Рассмотрим основные подразделения центра и составляющие их службы.

1. Медицинские службы:

- госпитальный центр;
- служба медицинских реабилитационных сестер;
- диагностическая и лабораторная служба;
- служба физической терапии;
- служба социально-бытовой терапии;
- коммуникативная служба представлена специалистами по восстановлению функции общения: улучшение навыков разговора, коррекции слуховых нарушений и пр. Этот вид службы оборудован высококомпьютеризованной техникой;
- служба реабилитационной инженерии;
- рекреационная терапия – служба, направленная на обучение навыкам распределять свое время, расслабляться, приобретения необходимых установок для работы и игры;
- служба психокоррекции представлена психологами и психотерапевтами;

- амбулаторная служба, включающая широкий круг специалистов, служб и лабораторий, имеющих в центре.

2. Служба профессионального обучения.

Важнейшим условием организации всей деятельности центра имени Бурдо Вильсона является соответствие архитектурно-дизайнерского проекта здания требованиям и нормам «безбарьерной архитектуры», возможностям инвалида, передвигающегося в кресле-коляске: отсутствие многоэтажности, наличие пандусов и лифтов и т. д. Архитектурно-дизайнерское решение и оборудование помещений максимально учитывают ограниченные возможности инвалидов и соответствуют концепции максимального комфорта.

Профиль центра реабилитации определяется исходя из средств и методов, используемых для решаемых центром задач. Это положение является основным, с точки зрения рационального использования материально-технической базы. Структура и набор отдельных кабинетов и служб определяются составом больных, проходящих реабилитацию.

Анализ данных о деятельности отечественных учреждений реабилитации показал, что в РФ созданы центры медицинской реабилитации, которые имеют положительный опыт работы в отношении некоторых категорий инвалидов: лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, нарушением зрения; бывших воинов-интернационалистов, инвалидов противотуберкулезного и психиатрического профилей.

В РФ центры профессиональной реабилитации до настоящего времени не созданы, их формирование находится на начальном этапе.

По единодушному мнению отечественных исследователей, создание центров реабилитации инвалидов – одна из важнейших задач. Эта проблема остро обозначена и нуждается в научном обосновании, научно-технических разработках, государственных решениях.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение реабилитационному центру.
2. Назовите функции реабилитационных центров.
3. Перечислите основные задачи для выполнения перечисленных функций.
4. Какие блоки существуют в реабилитационных центрах?
5. Назовите все отделения и службы, которые имеются в блоках.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбер, В. О. Анализ деятельности домов-интернатов системы социального обеспечения: метод. рекомендации / В. О. Альбер, В. В. Болтенко, В. А. Галкин. – М., 1980.
2. Болдырев, А. И. Реконструктивно-восстановительные операции и протезирование при дефектах кисти в социально-бытовой и трудовой реабилитации: метод. рекомендации / А. И. Болдырев, О. И. Лепилова, О. П. Белова. – Л., 1990.
3. Галкин, В. А. Организация трудовой терапии и трудовых процессов пожилых и престарелых, проживающих в домах-интернатах МСО РСФСР: метод. рекомендации / В. А. Галкин, Е. В. Калинина, С. Л. Николаева. – М., 1978.
4. Горбунова, Н. А. Медицинские показания к направлению инвалидов на профобучение в учебные заведения МСО РСФСР: метод. рекомендации / Н. А. Горбунова, Г. А. Мегрелян, А. В. Погосов. – М., 1982.
5. Горбунова, Н. А. Формы и методы профессиональной подготовки инвалидов в условиях производства: метод. рекомендации / Н. А. Горбунова, Р. Х. Теучеж, А. И. Осадчик. – М., 1984.
6. Горбунова, Н. А. Методика разработки перечней профессий для преимущественного замещения инвалидами: метод. рекомендации / Н. А. Горбунова, А. И. Осадчик, З. Е. Кириенко. М., 1985.
7. Горбунова, Н. А. Формы и содержание профориентационной работы в учреждениях системы социального обеспечения: метод. рекомендации / Н. А. Горбунова, Э. А. Бычкова, Р. Ф. Попкова. – М., 1986.
8. Дементьева, Н. Ф. Совершенствование медицинской помощи лицам старших возрастов в начальном периоде адаптации в домах-интернатах: метод. рекомендации / Н. Ф. Дементьева, Н. М. Доценко, В. П. Беляев. – М., 1988.
9. Дыскин, А. А. Профориентация при рациональном трудоустройстве инвалидов: обзор. информация / А. А. Дыскин. – М., 1986.

10. Дыскин, А. А. Здоровье и труд в пожилом возрасте / А. А. Дыскин, А. Л. Решетюк. – Л., 1988.
11. Трудовое устройство слепых и слабовидящих, проживающих в сельской местности: метод. рекомендации / Л. К. Ермилова [и др.]. – Л., 1982. – С. 10.
12. Зетикова, В. А. Медицинская и социально-трудовая реабилитация лиц, перенесших тяжелую травму опорно-двигательного аппарата / В. А. Зетикова, Л. М. Чепкая, В. Ф. Филюк // Проблемы ВТЭ и социально-трудовой реабилитации. – Минск, 1978. – С. 110–114.
13. Коркушко, О. В. Сердечно-сосудистая система и возраст / О. В. Коркушко. – М.: Медицина, 1983. – С. 176.
14. Принципы составления индивидуальных программ реабилитации инвалидов: метод. рекомендации / Ф. А. Колесник [и др.]. – Л., 1984.
15. Коробов, М. В. Оценка тяжести физического труда и ее значение в практике ВТЭ / М. В. Коробов, Л. К. Ермилова, А. А. Дыскин. – М., 1978.
16. Лукьяненко, А. М. Проблемы экспертизы, реабилитации и трудоустройства инвалидов / А. М. Лукьяненко. – М.: Медицина, 1982. – С. 272.
17. Николаева, Л. Ф. Современные достижения в реабилитации больных инфарктом миокарда / Л. Ф. Николаева, Д. М. Аронов, В. И. Гайссер. – М.: Медицина, 1983. – С. 270.
18. Никифоров, В. П. Социальное положение, трудовая деятельность и образ жизни пенсионеров по возрасту и инвалидов. Формы социально-бытовой помощи: обзор. информация. – Вып. 1 / В. П. Никифоров, А. А. Дыскин, Т. П. Навроцкая. – М., 1994.
19. Новицкий, А. Г. Занятость пенсионеров. Социально-демографический аспект / А. Г. Новицкий, Г. В. Миль. – М., 1981. – С. 173.
20. Положение об инженерно-врачебной бригаде. – М., 1984.
21. Положение о ВТЭК СП РСФСР. – 1984.
22. Танюхина, Э. И. Показанные условия трудовой деятельности и их влияние на течение заболевания и трудоспособность больных ишемической болезнью сердца / Э. И. Танюхина // Показания к рациональному трудовому устройству инвалидов,

- страдающих атеросклерозом. – Л., 1984. – С. 6–10.
23. Танюхина, Э. И. Первичная инвалидность сельского населения вследствие заболеваний системы кровообращения / Э. И. Танюхина, К. А. Каменков // Методические и организационные вопросы ВТЭ. – Л., 1984. – С. 29–34.
 24. Решетюк, А. Л. Гигиенические рекомендации по рациональной организации труда пенсионеров по возрасту в спеццехах / А. Л. Решетюк, С. Я. Кривич, А. А. Дыскин // Старение. – Киев, 1985. – С. 121–130.
 25. Ферфильфайн, И. Л. Состояние социально-трудовой реабилитации инвалидов офтальмологического профиля в сельской местности УССР и перспективы его совершенствования / И. Л. Ферфильфайн, Д. И. Катичев // Медико-социальные проблемы профилактики инвалидности, ВТЭ и трудоустройство инвалидов и пенсионеров по возрасту в условиях сельской местности. – Л., 1984.
 26. Храпылина, Л. П. Основы реабилитации инвалидов: учебно-методическое пособие / Л. П. Храпылина. – М., 1996. – С. 146.
 27. Юмашев, Г. С. Основы реабилитации / Г. С. Юмашев, К. Ренкер. – М.: Медицина, 1973. – С. 112.

Оглавление

Введение	3
Глава 1. Теоретические основы социальной реабилитации инвалидов.....	6
Глава 2. Основные направления создания системы реабилитации инвалидов в РФ. Дефиниции основных используемых терминов. Принципы и методы реабилитации инвалидов.....	15
Глава 3. Профессиональная подготовка и профессиональное образование инвалидов.....	21
Глава 4. Правовые аспекты реабилитации инвалидов.....	26
Глава 5. Медико-социальная экспертиза в системе реабилитации инвалидов.....	40
Глава 6. Особенности реабилитации инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата.....	50
Глава 7. Особенности реабилитации инвалидов с патологией органа зрения.....	53
Глава 8. Особенности реабилитации нервно-психических больных.....	55
Глава 9. Реабилитация инвалидов с заболеваниями внутренних органов.....	58
Глава 10. Особенности старения и реабилитации пожилых и старых людей.....	63
Глава 11. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья как деятельность.....	72
Глава 12. Основные принципы, цели и задачи социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья	82
Глава 13. Основные направления социально-реабилитационной деятельности.....	87
Глава 14. Средства, способы и формы реализации целей и задач социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.....	93
Глава 15. Коррекция психического и личностного развития детей с ограниченными возможностями здоровья.....	101
Глава 16. Организационно-методические основы деятельности центров реабилитации инвалидов.....	112
Литература	118

Учебное издание

Хорошилова Лилия Семеновна

**ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ИНВАЛИДОВ**

Редактор Л. М. Борискина
Технический редактор В. П. Долгих

Подписано в печать 2.06.2014 г. Формат 60×84 1/16.
Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. Печ. л. 7,7.
Тираж 60 экз. Заказ № 64.

Кемеровский государственный университет,
650043, г. Кемерово, ул. Красная, 6.

Отпечатано в типографии «Печатный двор Кузбасса», 650000, г. Кемерово,
ул. Мичурина, 56, тел. 8(384-2) 76-58-88.