

Проект
СОЦИАЛЬНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В ПРИВОЛЖСКОМ
ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Организационно-методические аспекты
развития системы реабилитации лиц
с ограниченными возможностями.
Российско-европейский опыт
(Сборник статей)

Под редакцией В. А. Бронникова



г. Нижний Новгород 2007

Под редакцией д.м.н. В. А. Бронникова.

«Организационно-методические аспекты развития системы реабилитации лиц с ограниченными возможностями. Российско-европейский опыт». Сборник статей.

Проект «Социальная интеграция в Приволжском федеральном округе», 2007 – стр.

В данном сборнике представлен научно-практический опыт регионов Приволжского федерального округа по решению вопросов правового и организационно-методического обеспечения функционирования региональных систем медико-социальной экспертизы и реабилитации, работы реабилитационных учреждений. Кроме этого в сборнике опубликован передовой опыт работы европейских стран по развитию стратегии в сфере инвалидности. Предлагаемый сборник может быть полезен не только для специалистов, работающих с инвалидами, но и для студентов и аспирантов социальных вузов, специализирующихся в области социальной реабилитации, а также для медицинских работников, врачей многих специальностей, психологов и других специалистов реабилитационных учреждений системы социального обслуживания населения, студентов медицинских, педагогических, социальных вузов и родителей детей-инвалидов.

Сборник подготовлен в рамках проекта «Социальная интеграция инвалидов в Приволжском федеральном округе» (Тасис).

Данный проект финансируется Европейским Союзом и реализуется консорциумом, состоящим из Bernard Brunhes International (France), SRH Learnlife AG (Germany) и Adecri (France)

© Все права защищены

Публикация, распространение или передача в любой форме всего издания или любой его части без предварительного письменного разрешения Европейской Комиссии запрещается. В случае необходимости воспроизведения и/или использования настоящего издания необходимо отправить письменный запрос в Представительство Европейской Комиссии в России по адресу: 119017, Москва, Кадашевская наб., д. 14/1.

Содержание публикации является предметом ответственности консорциума, возглавляемого компанией BBI, и не обязательно отражает точку зрения Европейской Комиссии

Главным бенефициарием проекта «Социальная интеграция инвалидов в Приволжском федеральном округе» является аппарат Полномочного Представителя Президента Российской Федерации в Приволжском Федеральном Округе.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ПРАВОВОЙ И ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ	7
Становление социальной политики в отношении инвалидов и прогнозируемые социальные последствия в зависимости от ее приоритетных направлений Пермский край, г. Пермь, ГОУ ВПО «Пермский государственный университет», В. А. Бронников	7
Региональная система реабилитации инвалидов в Самарской области: опыт, проблемы, решения Самарская область, г. Самара, Министерство здравоохранения и социального развития, Е. В. Ханжин, О. О. Низовцева, М. Э. Целина	10
Основные проблемы в правовых аспектах комплексной реабилитации инвалидов в современных условиях Пермский край, г. Пермь, Управление социальной помощи и поддержки Министерства социального развития Пермского края, И. Н. Ясырева	17
Состояние инвалидности и основные проблемы деятельности службы медико-социальной экспертизы в Пермском крае Пермский край, г. Пермь, ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Пермской области», Т. А. Анисеева	19
Межведомственное взаимодействие в решении вопросов социальной защиты инвалидов в г. Набережные Челны Республика Татарстан, г. Набережные Челны, Управление социальной защиты Министерства труда, занятости и социальной защиты, Г. К. Ахметова	21
Организация работы краевого центра комплексной реабилитации инвалидов Пермский край, г. Пермь, ГКУ СОН «Центр комплексной реабилитации инвалидов», В. А. Бронников, Ю. А. Мавликаева, А. С. Морозова, Е. Н. Панова, Е. Н. Ярушина	23
Ключевые проблемы комплексной реабилитации инвалидов по зрению Пермский край, г. Пермь, Пермская Краевая организация Всероссийского общества слепых, Н. А. Бухавцев, Н. А. Гилёва	25
Анализ деятельности учреждений социального обслуживания населения, оказывающих реабилитационные услуги инвалидам, на территории Пермского края Пермский край, г. Пермь, ГКУ СОН «Центр комплексной реабилитации инвалидов», В. А. Бронников, Ю. А. Мавликаева, О. Ю. Ганичкина	27
Реализация системного подхода к профессиональной реабилитации инвалидов: опыт Пермского края Пермский край, г. Пермь, Управление федеральной государственной службы занятости населения по Пермскому краю, В. В. Попов	30
Методологический подход к реабилитации инвалидов с позвоночно-спинно-мозговой травмой с позиции применения международной классификации функционирования (МКФ) Пермский край, г. Пермь, ГКУ СОН «Центр комплексной реабилитации инвалидов», В. А. Бронников, Ю. А. Мавликаева, Е. Н. Ярушина, Е. Н. Панова, А. А. Надейкина, А. С. Морозова	34
Инновационные технологии в подготовке кадров. Эффективное партнёрство Республика Татарстан, г. Набережные Челны, Государственное бюджетное учреждение для детей и подростков с ограниченными возможностями «Солнышко», Г. А. Шакирова, Н. Н. Ракеева	38
К вопросу о создании доступной среды жизнедеятельности для инвалидов к объектам социальной инфраструктуры Республика Татарстан, г. Набережные Челны, Управление социальной защиты Министерства труда, занятости и социальной защиты, Г. К. Ахметова	39

2. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: ПОТРЕБНОСТЬ И НУЖДАЕМОСТЬ	41
Потребность инвалидов трудоспособного возраста в социальной реабилитации	41
Пермский край, г. Пермь, ГКУ СОН «Центр комплексной реабилитации инвалидов», Ю. А. Мавликаева, В. А. Бронников	
Современные основы социальной и психологической реабилитации в учреждениях социальной защиты населения	45
Пермский край, г. Пермь, ГКУ СОН «Центр комплексной реабилитации инвалидов», АНО «Научно-внедренческий центр «Аркус», В. А. Бронников, М. С. Надымова	
3. ОПЫТ РАБОТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ: РЕАЛИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА	64
Организация комплексного мультидисциплинарного подхода реабилитации больных с инсультом в условиях стационарного реабилитационного центра	64
Республика Мордовия, г. Саранск, ГУЗ «Мордовская республиканская клиническая больница» Республиканский центр ранней реабилитации инвалидов, О.И. Кшняйкина, А.Н. Гулин	
Опыт работы республиканского реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями	65
Республика Чувашия, г. Чебоксары, РГУ "Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями", Е. В. Шафейкина	
Социальная реабилитация семей, воспитывающих детей-инвалидов	69
Республика Чувашия, г. Чебоксары, РГУ "Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями", Е. В. Шафейкина	
Комплексная реабилитация детей и подростков с ограниченными возможностями в условиях реабилитационного центра	73
Республика Татарстан, г. Набережные Челны, Государственное бюджетное учреждение для детей и подростков с ограниченными возможностями «Солнышко», И. М. Усманов	
Комплексная медико-социальная реабилитация детей-инвалидов с ИПР и сопровождающих их родителей в специализированных заездах «Мать и дитя»	75
Оренбургская область, г. Оренбург, Государственное учреждение системы социальной защиты населения Областной центр комплексной реабилитации инвалидов «Русь»	
Оценка эффективности реабилитации детей с ограниченными возможностями	79
Саратовская область, г. Саратов, ГНПУ «Областной реабилитационный центр для детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями», О.С.Бажанова, Е. М. Желунцына	
Реализация комплексного подхода к реабилитации инвалидов в условиях центра социального обслуживания	84
Пермский край, г. Чайковский, ГКУ СОН «Комплексный центр социального обслуживания населения», А. Ю. Рябова	
Опыт проектной деятельности Комплексного центра социального обслуживания населения г. Чайковский в реабилитации инвалидов трудоспособного возраста	86
Пермский край, г. Чайковский, ГКУ СОН «Комплексный центр социального обслуживания населения», Н. П. Шушакова	
Проектная деятельность в работе реабилитационного учреждения	87
Пермский край, г. Чернушка, ГКУ СОН "Комплексный центр социального обслуживания населения", О. Г. Захарова, Н. В. Клышкова	
Организация комплексного подхода к социальной реабилитации инвалидов в отделении социальной реабилитации центра социального обслуживания населения	89
Пермский край, г. Пермь, ГКУ СОН «Комплексный центр социального обслуживания населения», С. М. Соколова	

Особенности демографической ситуации в Пермском крае	90
Пермский край, г. Пермь, Пермская государственная медицинская академия им. академика. Е. А. Вагнера, кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии, Клиническая медико-санитарная часть №1, неврологическое отделение, В. Г. Черкасова, Ю. А. Желнина	
Социально–психологическая реабилитация людей с ограниченными возможностями как один из видов услуг, предоставляемых в отделении реабилитации Комплексного центра социального обслуживания населения	91
Пермский край, г.Чернушка, ГКУ СОН "Комплексный центр социального обслуживания населения", О. Н. Ильяева	
Организация медико-социальной реабилитации в условиях Верхне-Курьинского геронтологического центра	93
Пермский край, г. Пермь, Государственное стационарное учреждение социального обслуживания системы социальной защиты населения Пермского края «Верхне-Курьинский геронтологический центр» Г. А. Кривошекова, В. В. Суворов	
Когнитивные нарушения у инвалидов пожилого возраста как фактор социальной дезадаптации	95
Пермский край, г. Пермь, Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А.Вагнера, кафедра нормальной, клинической, топографической анатомии и оперативной хирургии ГК СУ СОН «Верхне-Курьинский геронтологический центр», Ю. А. Желнина, В. Г. Черкасова	
3. ЕВРОПЕЙСКИЙ ОПЫТ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СТРАТЕГИИ В СФЕРЕ ИНВАЛИДНОСТИ	
Европейская платформа реабилитации (ЕПР). Пример межнациональной сети, действующей в сфере инвалидности	99
Европейская платформа реабилитации, Ян Спорен, Генеральный секретарь	
Европейские программы финансирования: преимущества и недостатки участия в проектах	112
Европейская платформа реабилитации, Дэвид Малдун	
Сравнительный анализ Европейских систем социальной защиты инвалидов	115
Европейская платформа реабилитации , Ян Спорен	
Создание доступной среды жизнедеятельности согласно Конвенции ООН по правам инвалидов	119
Европейская платформа реабилитации, Ян Спорен	

ВВЕДЕНИЕ

Изменения общественного отношения к проблеме инвалидности и инвалидам, развитие системы их комплексной социальной реабилитации является одной из приоритетных и ответственных задач современной социальной политики государства. Именно система многопрофильной комплексной реабилитации как самостоятельная область научной и практической деятельности призвана помочь восстановлению способностей инвалидов к социальному функционированию, независимому образу жизни.

В связи с этим, большое значение приобретает профессиональная осведомленность специалистов современными научно-практическими знаниями и опытом по реабилитации инвалидов, способами решения социальных проблем, связанных со здоровьем, методами восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной деятельности, навыками формирования механизмов взаимодействия социального окружения с лицами с ограниченными возможностями здоровья.

В данном сборнике представлен научно-практический опыт регионов Приволжского федерального округа по решению вопросов правового и организационно-методического обеспечения функционирования региональных систем медико-социальной экспертизы и реабилитации, работы реабилитационных учреждений. Кроме этого в сборнике опубликован передовой опыт работы европейских стран по развитию стратегии в сфере инвалидности.

Предлагаемый сборник может быть полезен не только для специалистов, работающих с инвалидами, но и для студентов и аспирантов социальных вузов, специализирующихся в области социальной реабилитации, а также для медицинских работников, врачей многих специальностей, психологов и других специалистов реабилитационных учреждений системы социального обслуживания населения.

Эксперт проекта, профессор, д.м.н., В. А. Бронников

1. ПРАВОВОЙ И ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Становление социальной политики в отношении инвалидов и прогнозируемые социальные последствия в зависимости от ее приоритетных направлений

*Пермский край, г. Пермь
ГОУ ВПО «Пермский государственный университет
В. А. Бронников*

Положение инвалидов стало предметом серьёзного внимания государства после Великой Отечественной войны 1941-1945 годов в связи с появлением большого количества людей, имеющих стойкие дефекты здоровья вследствие военной травмы. Идеология инвалидности основывалась на отождествлении понятий «больной», «инвалид», «беспольный» и проблемы инвалидности решалась, преимущественно, с позиции медицинской модели и восстановительного лечения. Установленные инвалидам пенсии и льготы, создание системы специализированных предприятий, использующих труд инвалидов, позволяли этим людям жить на уровне прожиточного минимума. Государственная социальная политика в отношении инвалидов имела преимущественно компенсационный характер, когда меры этой политики концентрировались на денежных выплатах и не денежных услугах, в очень малой степени связанных со спецификой инвалида как индивидуума с определенными физическими недостатками. Задача приспособления жизненной среды к особенностям и нуждам инвалидов даже не формулировалась. По своей сути это был государственный патернализм в обмен на ограничение социальных прав и активности данной категории населения.

В начале 90-х годов, не смотря, на проводимые в России рыночные реформы, следствием которых явилось резкое ухудшение экономического положения всего населения, и в первую очередь инвалидов, под давлением прогрессивно настроенной научной общественности и участия общественных организаций инвалидов в России была провозглашена соответствующая международным ценностям социальная модель инвалидности. Принятый в 1995 году Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» юридически зафиксировал новые принципы решения проблем инвалидности. Социальные критерии стали основными для установления инвалидности, а решение проблемы стало рассматриваться в плоскости реабилитации, а не лечения. Определелись принципиально новые пути преодоления инвалидности. Создание системы комплексной реабилитации, формирование реабилитационной индустрии, развитие социально-средовой реабилитационной инфраструктуры были признаны основой для восстановления работоспособности организма и навыков самостоятельной бытовой деятельности, обеспечения предпосылок конкурентоспособности инвалидов на рынке труда, приобретения относительной независимости, восстановления способности к адекватному взаимодействию с обществом. В качестве основных ориентиров эффективной социальной политики в отношении инвалидов были избраны снижение уровня инвалидности, позитивная динамика структуры инвалидности, улучшение показателей общественного здоровья и качества жизни инвалидов, снижение социальной напряжённости в обществе.

В 1995 – 2003 годах государство столкнулось с целым рядом трудностей при попытке достижения поставленных целей. Главной из них явилась экономическая несостоятельность, препятствующая эффективному решению социальных проблем из-за недостаточности финансовых ресурсов, в том числе, в связи с экономическим кризисом 1998 года. В этих условиях приобретение статуса инвалида и соответствующих ему льгот стало для миллионов людей исключительно привлекательным инструментом в борьбе за выживание, так как, более половины инвалидов в России живут за чертой бедности, т.е. по мнению большинства экспертов, обусловлено конъюнктурно-мотивационными факторами.

Кроме того, сложности в реализации принятого в 1995 г. закона заключались в том, что формирование доступной среды жизнедеятельности инвалидов в обществе, психологическое восприятие гражданами инвалидов как полноценных членов общества и пр. - приходилось внедрять практически с нуля, что требует серьезных материальных затрат и жесткой идеологической направленности политики.

Также сложились значительные противоречия между объявленными целями и механизмами реализации. Резкий переход от одного типа политики к другому практически нереален в силу инерционности общественного сознания и дороговизны мероприятий. Финансовое обеспечение политики в отношении инвалидов отражает несоответствие поставленных задач и реальных потребностей инвалидов и возможностей бюджета по реализации объявленной политики. Около 98% финансовых ресурсов по обеспечению политики к инвалидам выполняли функцию социального пособия и фактически стимулировали к регистрации инвалидности, а к не активному реабилитационному поведению.

Осуществляемое реформирование социальной сферы, межбюджетных отношений, административная и налоговая реформы – не находят общей поддержки со стороны большинства организаций инвалидов и ряда специалистов в области проблем инвалидности. В результате ликвидированы Совет по делам инвалидов при Президенте Российской Федерации, Департамент по вопросам реабилитации и социальной интеграции инвалидов в бывшем Минтруде России. Предприятия общероссийских общественных организаций инвалидов почти полностью лишены налоговых льгот, а вопрос о предоставлении этим предприятиям каких-либо преференций в конкурсах на исполнение государственного заказа до настоящего времени остаётся предметом дискуссий. Проблема занятости инвалидов не решена, а действующее законодательство по вопросам квотирования рабочих мест для инвалидов в полной мере не работает; уровень пенсионного обеспечения инвалидов низкий и не позволяет неработающим инвалидам преодолеть бедность. Таким образом, социальная политика России в отношении инвалидов приобрела за последние годы ряд негативных тенденций.

На современном этапе совершенно очевидно, что инвалидизация населения является объективной проблемой и представляет собой социальный феномен, избежать которого не может ни одно общество, и игнорировать данную проблему практически невозможно. По состоянию на 1 января 2004 года в России впервые признано инвалидами более одного миллиона, а в целом их количество достигает до 14 млн. человек. В 74,5 % случаев установлены самые тяжёлые – первая и вторая группы инвалидности. Половина из впервые признанных инвалидами – люди трудоспособного возраста. Сформировалась целая армия инвалидов вследствие психических расстройств, включая алкоголиков и наркоманов. Подавляющая их часть – люди моложе 50 лет. Неуклонно растёт детская инвалидность. На фоне общей депопуляции населения численность детей-инвалидов в России приближается к одному миллиону. Нагрузка на экономически активную часть населения постоянно растёт. С учётом демографической ситуации уже в обозримом будущем эта нагрузка может стать непосильной, и общество столкнётся с ещё более серьёзными проблемами. Не является исключением и Пермский край, численность инвалидов в котором составляет более 240 тыс. человек.

Таким образом, существует объективная реальность и необходимость, с одной стороны – развития системы реабилитации инвалидов, а с другой – создания условий для их социальной интеграции. При этом, данные технологии неразделимы друг от друга, но не тождественны, так как возможные социальные последствия при их игнорировании различаются.

В случае не развития системы (службы) комплексной реабилитации инвалидов сохранится неравномерность распределения реабилитационных отделений, их недостаток в сельских районах, слабое развитие материально-технической базы, недостаток необходимого реабилитационного оборудования. Функционирование отделений реабилитации будет осуществляться преимущественно по медицинской модели с недостаточным развитием технологий социальной реабилитации и интеграции. Также сохранятся не укомплектованность специалистами по реабилитации и слабая подготовка имеющихся кадров. Рассмотрение инвалидности преимущественно с медицинских аспектов проблемы неизбежно приводит к социальной дезинтеграции инвалидов, приписывая им статус больных, девиантов, бесполезных. В данном случае избавления от инвалидности возможны только либо с помощью собственных усилий самого субъекта, либо его ближайшего окружения. В конечном итоге, как правило, это заканчивается размещением инвалидов на стационарное обслуживание в интернатное учреждение, что приведет либо к увеличению очередности, либо к увеличению койко-мест и финансовых затрат на их содержание. Неравномерность развития сети учреждений (отделений) не позволит обеспечить равные права инвалидов на доступ к услугам комплексной реабилитации.

В случае отсутствия условий для социальной интеграции формируются социальные ограничения. Одно из главных значений приобретают пространственно-средовой, информационный, эмоциональный, коммуникативный барьеры, которые в совокупности не только деформируют личность человека, но и исключают его из социально-политических, социально-экономических, социально-культурных взаимоотношений с обществом, приводят к трудовой сегрегации, следствие социально-трудовых ограничений, и в итоге к малообеспеченности и бедности. Снижается и без того ограниченный человеческий потенциал и качество жизни данной категории населения. Отсутствие специализированных рабочих мест, снижение квоты на их создание, а также наличие значительных объективно-субъективных ограничений, приведет к еще большему увеличению не работающих инвалидов. В случае ограничения доступа инвалидов к занятиям профессиональной деятельностью, расходы на реабилитацию инвалидов лягут на плечи налогоплательщиков Пермского края еще в большем размере. Тем не менее, по мнению экспертов, профессиональная реабилитация инвалидов с их последующим трудоустройством экономически выгодна для государства. Так как средства, вложенные в реабилитацию инвалидов, будут возвращаться государству в виде налоговых поступлений, являющихся следствием трудоустройства инвалидов и окупаются в 10 раз.

При развитии только системы реабилитации без создания условий для социальной интеграции инвалидов приведет к улучшению качества оказания комплексных реабилитационных услуг и к

увеличению числа инвалидов, потенциально готовых к продуктивной трудовой деятельности или другим видам социальной активности. Произойдет увеличение дистанции между формально провозглашаемыми целями открытого общества для инвалидов, их реабилитации и максимального вовлечения инвалидов во все сферы жизнедеятельности, и реальной неготовности общества к участию инвалидов в общественном труде и общественной жизни. Количество лиц с ограниченными возможностями неостребованных к трудовой деятельности будет увеличиваться. Они будут иметь скорее продекларированные права, нежели реальные возможности для их реализации. Будут сохраняться условия для преобладания компенсационного подхода, когда провозглашаются высокие стандарты оказания социальных услуг, но не гарантировано их выполнение, и принципа категоричности в ущерб принципу адресности. В итоге сформируется и будет нарастать ситуация социальной напряженности. Реализация программ по созданию нормальной среды жизнедеятельности инвалидов, должна быть неразделима от программ по комплексной их реабилитации, т. е. необходима не интеграция инвалидов в общество, а инвалидов и общества.

Реализация мероприятий программы в полной мере приведет к запуску и реализации новых процессов - формированию доступной среды жизнедеятельности инвалидов в обществе; психологическому восприятию гражданами инвалидов, как полноценных членов общества; идеологии политики равных прав инвалидов с другими социальными группами; идеологии антидискриминации; направленность мышления инвалидов не на пенсионное обеспечение и выплату льгот, компенсаций, и социального пособий, а на активное реабилитационное поведение. Увеличится количество инвалидов, охваченных услугами социальной реабилитации, со снятыми ограничениями физической независимости, ограничениями мобильности, а также доля занятых инвалидов и, имеющих показания к труду. Намечится тенденция к снижению, нуждающихся в стационарном обслуживании, от общего числа первично признанных инвалидов I, II группы и количества стационарных мест.

В связи с чем, необходимо формирование официальной политики региона по отношению к инвалидам, которая должна включать следующие разделы:

- наличие антидискриминационного законодательства;
- механизмы координации разных ведомств при реализации своих функций;
- судебные и административные механизмы реализации прав и свобод;
- роль неправительственных организаций;
- доступ к реализации гражданских прав, в том числе права на труд, на образование, на создание семьи, на неприкосновенность частной жизни и собственности, а также политических прав;
- наличие системы льгот и компенсаций;
- доступность для инвалидов физической среды;
- доступность для инвалидов информационной среды;
- концепцию и полномасштабную систему (службу) комплексной реабилитации инвалидов, включающей все ее аспекты (медицинский, психологический, профессиональный, социальный).

В этих условиях необходима реализация следующих стратегических задач:

- проведение институциональных и инфраструктурных преобразований на государственном уровне, обеспечивающих реализацию «социальной» модели инвалидности и продвижение по пути реализации гарантированных международными актами и Конституцией Российской Федерации прав инвалидов;
- формирование в России гражданского общества, нацеленного на участие в решении проблем инвалидов и повышение открытости российской власти для социального партнерства в решении проблем данной категории населения;
- привлечение инвестиций в виде формирования социального партнерства с Европейской реабилитационной платформой и реализация совместных проектов, грантов по технологическим, кадровым, социально-правовым и экономическим вопросам реабилитации;
- внедрение современных методологических взглядов, социальных технологий реабилитации и интеграции инвалидов в общество (международной классификации нарушений функционирования (МКФ-10), эрготерапии как специальности, социально-экономических стандартов реабилитации, доступной для инвалидов среды жизнедеятельности и качественных реабилитационных услуг с учетом фактических потребностей инвалидов, согласно ИПР, внедрение рыночных механизмов социального обслуживания инвалидов);
- реализация системного, непрерывного процесса по подготовке специалистов по реабилитации инвалидов по программам очного, заочного, постдипломного образования.

Таким образом, чрезвычайно важно законодательное оформление социальной политики, которая сокращает дистанцию между формально-провозглашенными целями открытого общества для инвалидов и их максимального вовлечения во все сферы жизнедеятельности и участия в общественном труде и общественной жизни. С одной стороны, для этого необходимо формирование программ по созданию нормальной среды жизнедеятельности инвалидов, а с другой – программ по комплексной их реабилитации, ставя во главу угла интеграцию инвалидов и общества, а также качество жизни данной категории населения.

Региональная система реабилитации инвалидов в Самарской области: опыт, проблемы, решения

Самарская область, г. Самара
Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области
Е. В. Ханжин, О. О. Низовцева, М. Э. Целина

За последние годы в Самарской области успешно развивается модель комплексной реабилитации инвалидов, основой которой стал Закон Самарской области «Об утверждении комплексной целевой программы медико-социальной и профессиональной реабилитации инвалидов Самарской области и обеспечения им доступной среды жизнедеятельности на 2001-2005 годы» №15-ГД от 22.02.2001. Впервые в регионе к решению проблем людей с ограниченными возможностями здоровья был применен комплексный программный подход, ориентированный на восстановление социального статуса людей с ограниченными возможностями здоровья и их правового положения в обществе.

Для обеспечения преемственности и продолжения работы по реабилитации инвалидов в Самарской области были разработаны «Мероприятия по социальной интеграции инвалидов в Самарской области на 2006-2008 годы», утвержденные постановлением Правительства Самарской области от 21.09.2005 № 98. Они направлены на улучшение условий по реализации прав инвалидов, повышение их социальной активности, развитие стремления к самостоятельному решению своих проблем и независимому образу жизни. Общая сумма финансирования мероприятий в течение трёх лет составит 174 229,0 тыс. рублей, в 2006 году из областного бюджета было выделено 25 107,0 тыс. рублей.

Работа по социальной интеграции людей с ограниченными возможностями здоровья остается актуальной в связи с неуклонным ростом общей численности инвалидов в Самарской области с 214,1 тыс. в 2000 году до 247 тыс. на начало 1.01.2007 с преобладанием инвалидов I и II групп инвалидности. Их рост за тот же период составил соответственно для I группы с 18,5 до 22 тысяч; для II группы – с 142,8 до 161,5 тысяч человек (Рис.1,2).

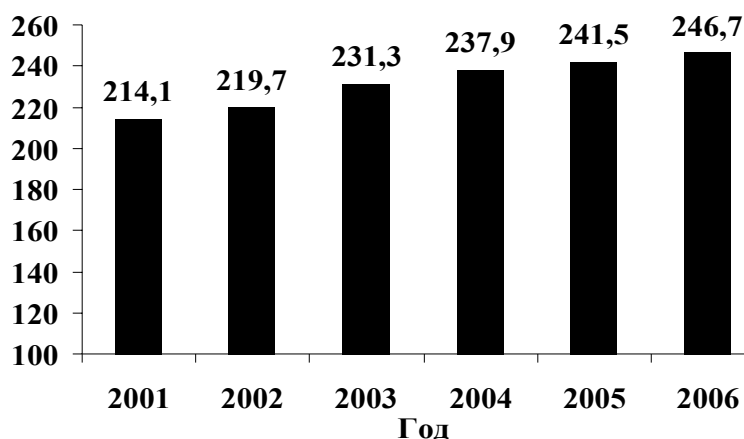


Рис. 1. Общая численность инвалидов в Самарской области (тыс. чел.)

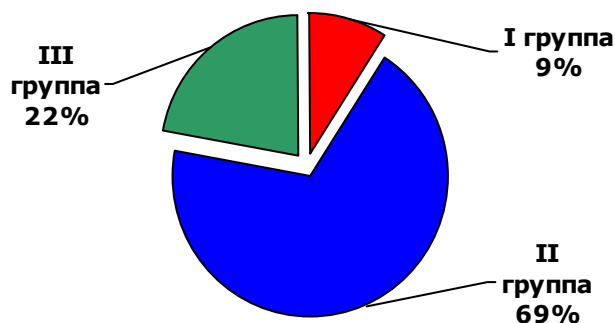


Рис. 2. Распределение инвалидов Самарской области по группам инвалидности в 2006 году (%)

При этом в структуре причин первичной инвалидности преобладают болезни системы кровообращения (44,1%), патология эндокринной системы (19,9%), болезни костно-мышечной системы (10,21%), травмы (4,51%), психические расстройства (3,37%) и другие заболевания (рис.3).

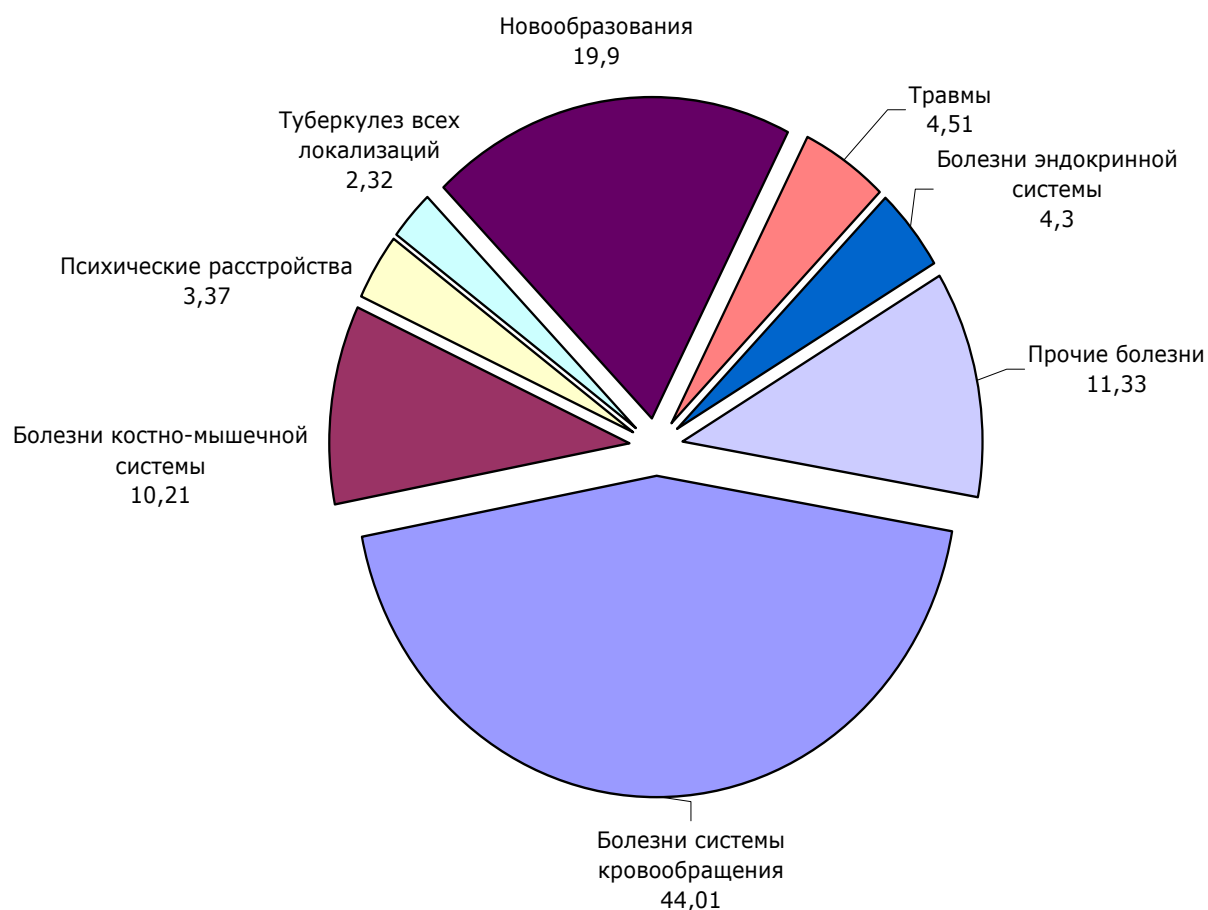


Рис. 3. Структура первичной инвалидности по нозологическим формам в 2006 году (%)

В Самарской области создана «модель» комплексной реабилитации инвалидов всех категорий. Основными звеньями модели стали:

- индивидуальная программа реабилитации, разрабатываемая федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы и содержащая спектр мер, способствующих социальной адаптации инвалида;
- формирование сети учреждений, оказывающих реабилитационные услуги;
- обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации и обучения их навыкам самообслуживания;
- создание безбарьерной среды жизнедеятельности и предоставление возможности беспрепятственного перемещения;
- проведение социокультурной реабилитации (рис. 4).

Основой модели реабилитации инвалидов Самарской области является созданная сеть учреждений социального обслуживания, оказывающих реабилитационные услуги, состоящая в настоящее время из 13 центров реабилитации, 11 из которых являются государственными учреждениями, в том числе 4 социально-оздоровительных центра, 7 центров дневного пребывания, и 2 центра медико-социальной реабилитации, являющихся структурными подразделениями лечебно-профилактических учреждений (рис.5).

Рис. 4. Модель системы реабилитации инвалидов в Самарской области

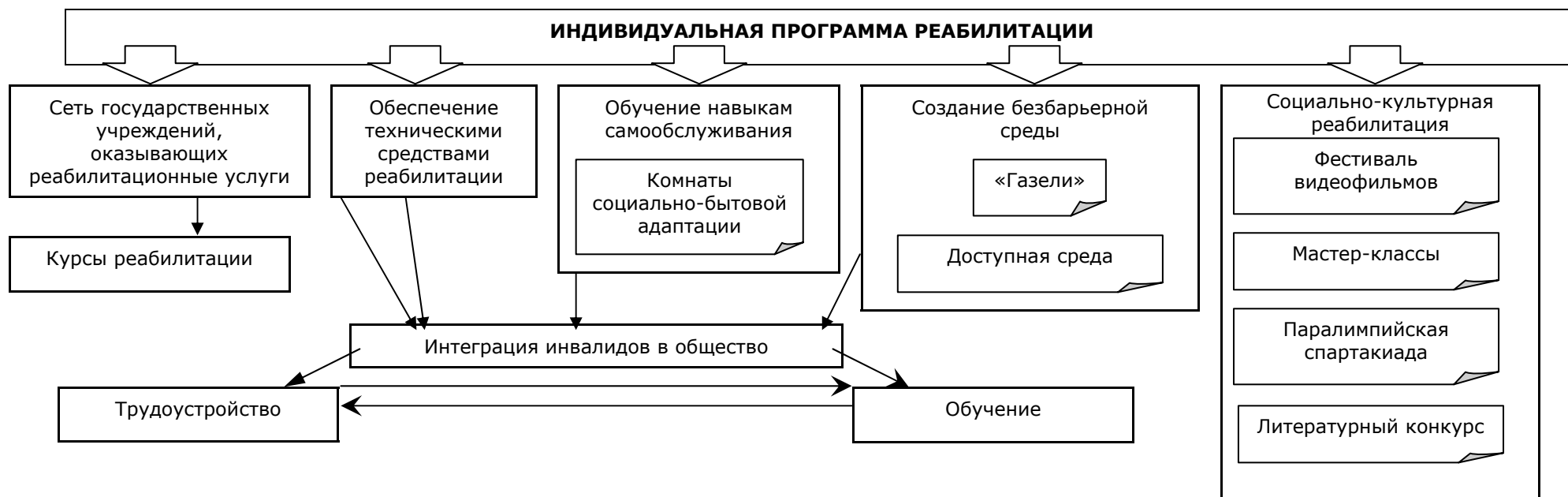
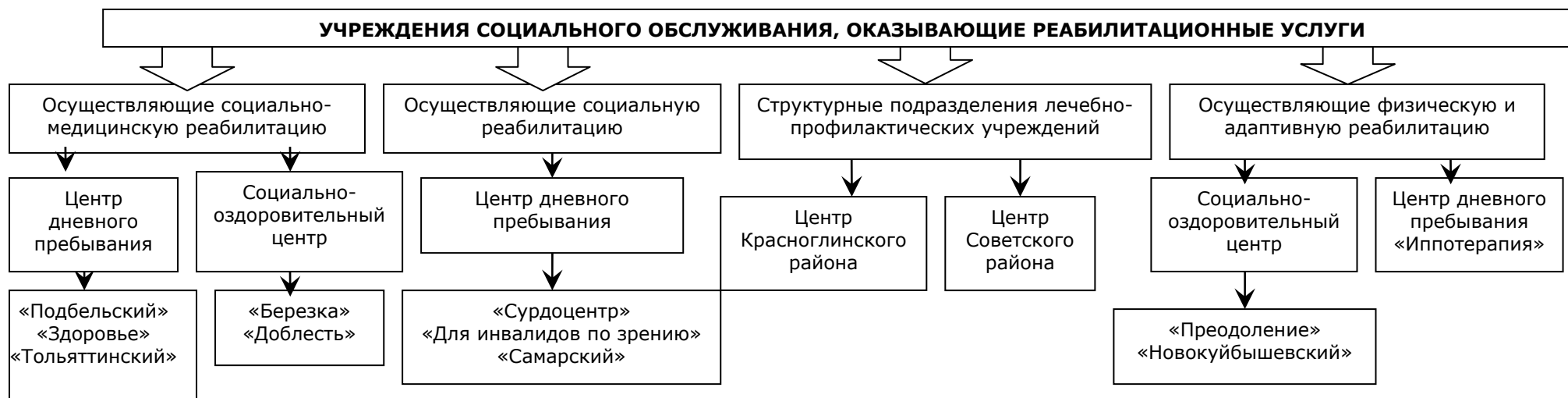


Рис. 5. Учреждения социального обслуживания, оказывающие реабилитационные услуги



В данных учреждениях предоставляется квалифицированная реабилитационная помощь социально-медицинского, профессионального и психологического характера с использованием современных реабилитационных методик «эрготерапии», «кинезотерапии», «пуллетерапии» и реабилитационного оборудования - сенсорных комнат, кабинетов биологической обратной связи, реабилитационных механотерапевтических комплексов «Дон», установок «Канавелл» и других.

Среди клиентов центров преобладают лица в возрасте 46-65 лет – 55%, 26-45 лет – 23%, старше 65 лет – 14% (рис. 6).

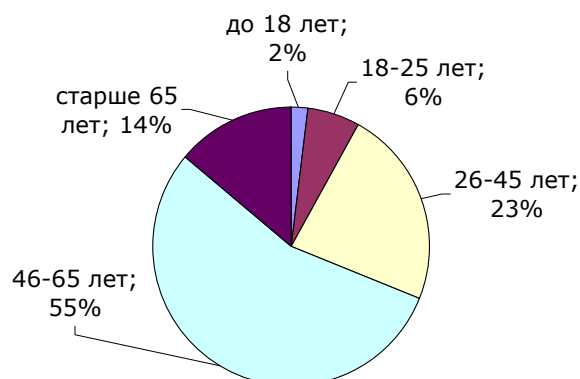


Рис. 6. Распределение клиентов, получивших реабилитационные услуги в учреждениях социального обслуживания по возрасту в 2006 году (%).

Каждое учреждение имеет свое специфическое направление реабилитационной деятельности, а вместе они охватывают практически весь спектр наиболее часто встречающихся у лиц с ограниченными возможностями здоровья видов патологии: заболевания сердечно-сосудистой системы, нервной системы, опорно-двигательного аппарата, психические заболевания. Деятельность центров, оказывающих реабилитационные услуги инвалидам и пожилым гражданам, специализируется в зависимости от нозологии и метода реабилитации (рис. 7).

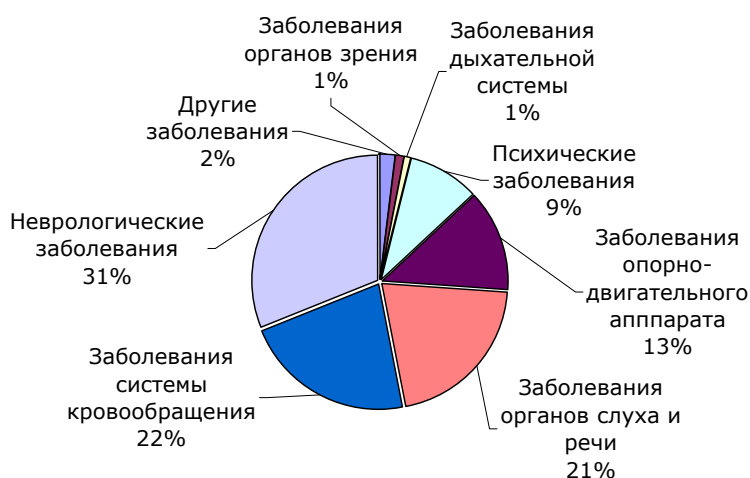


Рис. 7. Распределение клиентов, получивших реабилитационные услуги в учреждениях социального обслуживания, по нозологическим группам за 2006 год (%)

Например, «Социально-оздоровительный центр «Береза» осуществляет реабилитацию инвалидов с неврологической патологией, в том числе с рассеянным склерозом, «Центр дневного пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов «Здоровье» - лиц с ограниченными возможностями здоровья вследствие психических заболеваний, «Иппотерапия» - с нарушениями опорно-двигательного аппарата, ДЦП и неврологическими заболеваниями, «Сурдоцентр Самарской области» и «Центр социальной адаптации инвалидов по зрению» - принимают инвалидов по слуху и зрению. «Социально-оздоровительный центр «Преодоление» специализируется на физической реабилитации, оказывает услуги социального, психологического, оздоровительного характера в условиях дневного и круглосуточного пребывания гражданам с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, в основном инвалидам-колясочникам.

Касаясь реабилитационного процесса необходимо отметить, что в центрах его участниками становятся не только инвалиды, но и их окружение – семья, родственники, ухаживающий персонал. Работа центров направлена на то, чтобы инвалид сам определял приоритеты в решении собственных проблем, оценивал эффективность выполнения задач проводимого курса реабилитации, результат которого во многом зависит от его жизненной позиции. Одним из оптимальных показателей работы центра является значительное расширение возможностей передвижения, переход от использования кресло-колясок к самостоятельному передвижению с помощью ходунков, костылей, трости, а затем и отказ от них.

В 2006 году в первый год реализации мероприятий по социальной интеграции инвалидов созданы государственные учреждения «Центр социальной адаптации инвалидов по зрению» и «Сурдоцентр Самарской области». В Самарской области проживает более 6000 инвалидов по слуху и речи и более 3000 инвалидов по зрению. Из них 50 % - лица трудоспособного возраста. Работа новых центров направлена на социально-психологическую реабилитацию инвалидов, впервые потерявших слух и зрение, и членов их семей, а также обучение инвалидов навыкам самообслуживания и ориентирования в пространстве, развитие творческих способностей, профессиональную ориентацию и помощь в трудоустройстве, предоставление услуг сурдопереводчика и организацию досуга.

Всего за 2001 - 2006 годы в центрах проведено 39 356 курсов реабилитации, в 2006 году – 10 828, из них 8819 – в условиях дневного пребывания и 2009 курсов – в учреждениях социального обслуживания стационарного типа (рис. 8).

Для оказания психологической помощи людям с ограниченными возможностями здоровья в 2007 года на базе двух государственных учреждений (г. Самара, г. Похвистнево) созданы отделения «Телефон доверия». Консультации для граждан, оказавшихся в трудной жизненной ситуации проводят профессиональные психологи, прошедшие специальное обучение по оказанию дистанционной психологической помощи. В текущем году подобное отделение будет открыто в г. Тольятти на базе ГУ «Социально-оздоровительный центр «Преодоление». На реализацию данного мероприятия выделены средства в размере 1 396 000, 0 рублей.

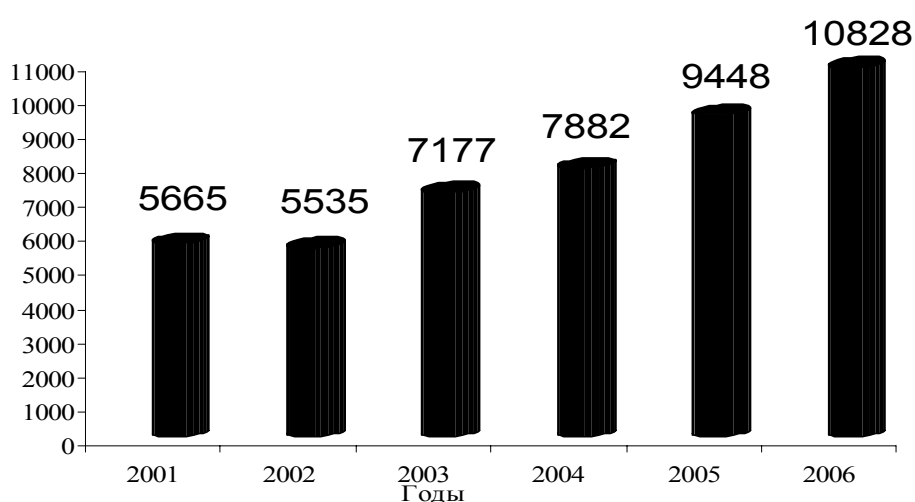


Рис. 8. Количество курсов реабилитации, проведенных в центрах с 2001 по 2006 годы.

Необходимо отметить, что сеть центров логично дополняет систему социальной поддержки пожилых людей, инвалидов, детей и подростков с ограниченными возможностями, которая на настоящее время состоит из 40 пансионатов, 47 центров социального обслуживания, имеющих 12 социально-реабилитационных отделений, 15 центров для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья, 7 отделений реабилитации детей-инвалидов и 3 отделений для детей-инвалидов при центрах «Семья» г. Самары.

Важную роль в реабилитации инвалидов играет обеспечение техническими средствами реабилитации, которые облегчают их повседневную жизнь. В 2006 году Правительство Самарской области в дополнение к федеральному перечню реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалидам, утвердило региональный перечень вспомогательных технических средств, предоставляемых бесплатно в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалидов.

Данный перечень включает 29 позиций (47 модификаций), не вошедших в федеральный перечень. К ним относятся: специальные средства для ухода, быта и досуга; специальные средства для ориентирования, общения и обмена информацией; специальные средства передвижения. В перечень вошли такие технические средства реабилитации как вертикализатор, надкроватный

стол, диктофон для незрячих, магнитная доска для обмена информацией и другие.

В 2006 году техническими средствами реабилитации обеспечено более 1800 инвалидов на общую сумму 5 млн. рублей (рис.9). В 2007 году предусмотрено обеспечение инвалидов области техническими средствами реабилитации на сумму 11 000,0 тыс. руб.

В то же время для нуждающихся в технических средствах реабилитации граждан в городах и районах области открываются 5 пунктов проката.

С учетом того, что наличие технических средств реабилитации еще не обуславливает их эффективного применения, на базе центров, оказывающих реабилитационные услуги, и в комнатах социально-бытовой адаптации инвалидов и членов их семей обучают пользованию техническими средствами реабилитации. Комнаты социально-бытовой адаптации представляют собой модель жилого помещения, оборудованного с учетом доступности для инвалидов и оснащенного необходимыми вспомогательными средствами реабилитации. За 2006 год в комнатах социально-бытовой адаптации были обучены около 1300 человек.

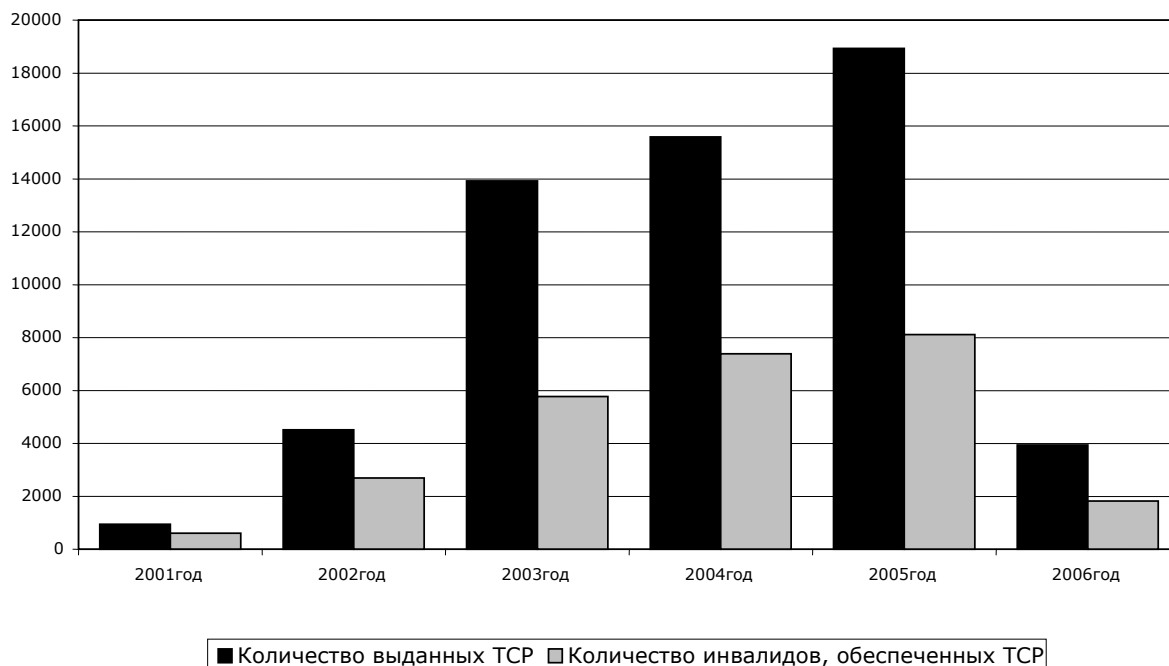


Рис. 9. Обеспечение техническими средствами реабилитации за 2001-2006 гг.

В условиях отмены льготы по обеспечению инвалидов спецавтотранспортом, приоритетной стала установка на развитие услуг социального такси для маломобильных групп населения, в том числе с использованием переданных в 2001-2006 годах в учреждения социальной защиты населения городов и районов области 37 специализированных автомобилей «Газель», оборудованных подъемными устройствами. Услугами специализированного транспорта в 2006 году воспользовались около 6000 инвалидов.

Повышение качества реабилитационной помощи может быть достигнуто, в том числе созданием единого информационного пространства в сфере реабилитации и внедрения новых компьютерных технологий. Важным направлением этой работы стала доступность своевременного получения необходимой информации о возможностях в сфере реабилитации инвалидов. Эффективным источником информирования населения об аспектах жизни людей с ограниченными возможностями здоровья стал созданный в 2006 году официальный сайт «Реабилитация инвалидов в Самарской области» www.min-reabilit.ru, который позволяет получить информацию о различных аспектах реабилитации инвалидов в регионе, в том числе в режиме интерактивного общения. С начала работы сайта его посетили около 30000 человек.

С целью повышения конкурентноспособности инвалидов на рынке труда в Самарской области проводится обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья по направлениям «Документоведение», «Социальный менеджмент», «Основы компьютерной грамотности» и «Бухгалтерского учёта в некоммерческих организациях».

В настоящее время одним из основных направлений деятельности по улучшению качества жизни людей с ограниченными возможностями здоровья является социокультурная реабилитация. Данный вид реабилитации способствует повышению жизненной активности самих инвалидов, формированию в обществе новой концепции независимой жизни людей данной категории. Ежегодно в социокультурных мероприятиях принимают участие более 4,5 тыс. человек.

Самыми яркими событиями последних лет стали областной конкурс социальной рекламы,

посвященной проблемам инвалидов, литературный конкурс среди авторов-инвалидов; выставка фоторабот «Преодоление», фестиваль видеофильмов, созданных инвалидами, «Сюжет». В 2007 году впервые в Самарской области состоялся фестиваль-конкурс «Вместе со звездами».

Большое внимание уделяется развитию физической культуры и спорта среди инвалидов. Ежегодно с 2001 года в регионе проходят Паралимпийские Спартакиады, которым предшествуют зональные соревнования, в которых ежегодно участвуют более 1500 человек. С 2006 года в регионе активно проводятся соревнования Специальной Олимпиады для людей с проблемами интеллекта. Международный Спецолимпийский комитет избрал Самарскую область для проведения Всероссийской научно-практической конференции «Специальная олимпиада России – 2006: адаптация и интеграция людей с проблемами интеллекта в общество».

Реализация комплексной целевой программы 2001-2005 годов и мероприятий по социальной интеграции инвалидов 2006-2008 годов оказала значительное влияние на основные индикаторы состояния инвалидизации в регионе. По данным ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области» произошло значительное улучшение показателей полной, частичной и суммарной реабилитации. Показатель полной реабилитации с 2001 года по 2006 год возрос почти в 3,2 раза (с 1,7 до 5,4). Показатель частичной реабилитации вырос в 2,7 раза (с 6,1 до 16,4) (рис. 10).

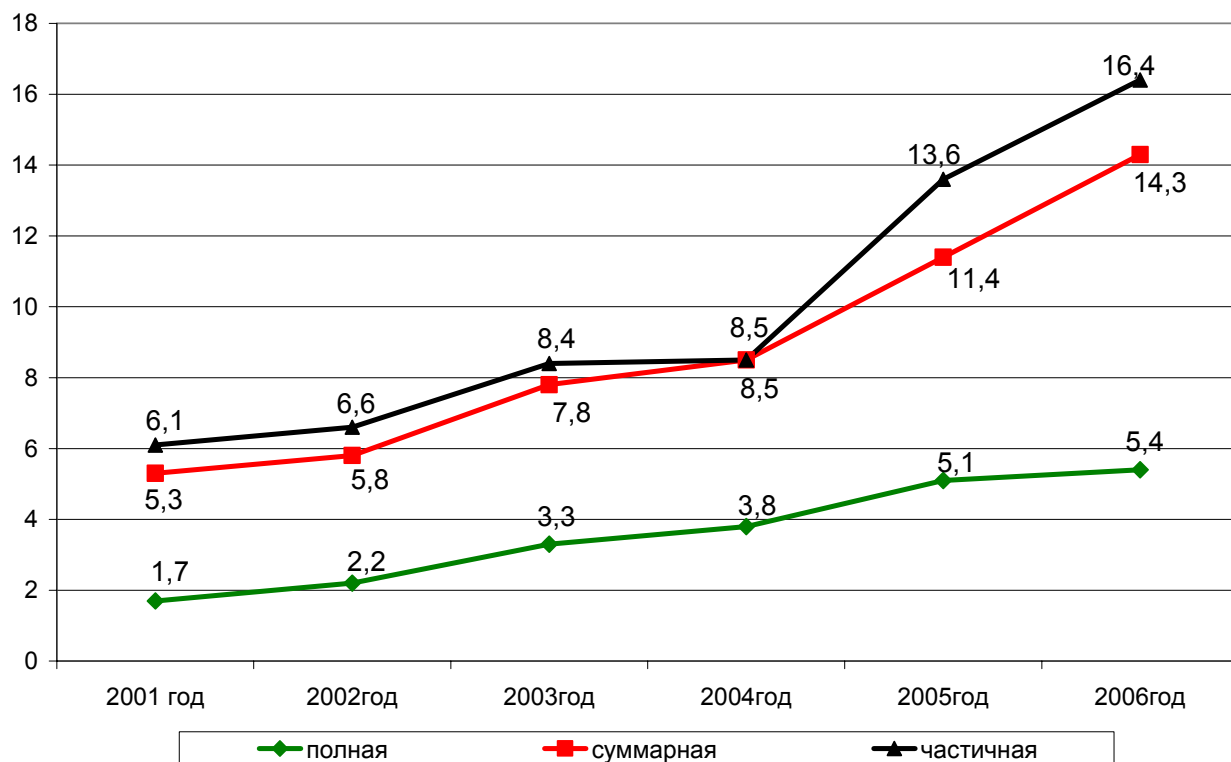


Рис. 10. Реабилитация инвалидов в Самарской области в 2001-2006 гг.

В то же время одной из наиболее сложных и важных проблем, как для Самарской области, так и для других регионов, является создание доступной среды жизнедеятельности инвалидов и маломобильных категорий населения.

То, что сделано за последние годы позволило инвалидам Самарской области посещать административные, лечебно-профилактические, социальные и образовательные учреждения, стадион и музеи, оснащенные пандусами и подъемными устройствами.

За счет средств областного бюджета с учетом безбарьерной среды жизнедеятельности в каждом городе и районе были оборудованы жилые помещения инвалидов. Эти мероприятия проводились для привлечения внимания к проблемам людей с ограниченными возможностями здоровья и стали стимулом к выделению финансовых средств на эти цели из местных бюджетов. Так в г. Сызрань была проведена реконструкция более 70 квартир инвалидов.

Примером создания доступной среды жизнедеятельности для инвалидов колясочников служит открытое в 2005 году государственное учреждение Самарской области «Коттеджный поселок колясочников». В нем каждый дом оснащен пандусами, поручнями, широкими дверными проемами, автоматическими гаражными воротами с дистанционным управлением, специально оборудованной санитарной комнатой, облегчающими передвижение и повышающими степень самообслуживания. Это позволяет каждому его жителю вести активный образ жизни: работать на постоянной основе, учиться в высших и средних учебных заведениях, принимать участие в деятельности общественных

организаций инвалидов.

Однако, безбарьерная среда - это не только оборудование квартир и доступность объектов социальной инфраструктуры, но и возможность свободного перемещения инвалидов общественным автотранспортом, доступ к средствам связи и информации. Строящиеся в Самарской области современные здания торговых, информационных, культурно-развлекательных центров предусматривают условия доступности для инвалидов. Проблемным остается переоборудование жилых и общественных зданий, введенных в эксплуатацию ранее.

Затронутые вопросы послужат поводом для принятия конструктивных решений, направленных на развитие жизненного потенциала и социальной активности людей с ограниченными возможностями здоровья и послужат основой для разработки мероприятий по социальной интеграции инвалидов в общество. С учетом современных условий актуальными представляются развитие созданной и действующей системы, которая в настоящее время позволяет каждому третьему человеку с ограниченными возможностями здоровья получить реабилитационные услуги, что значительно повышает степень их социальной активности.

Это созвучно цели генеральной Ассамблеи ООН провозглашенной «Всеобъемлющей конвенцией прав инвалидов», которая «...заключается в поощрении, защите и обеспечении полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод, а также в поощрении уважения присущего им достоинства».

Основные проблемы в правовых аспектах комплексной реабилитации инвалидов в современных условиях

*Пермский край, г. Пермь
Управление социальной помощи и поддержки
Министерства социального развития Пермского края
И. Н. Ясырева*

Мировым сообществом социальная защита инвалидов рассматривается как проблема первостепенной важности. Инвалиды составляют особую категорию населения, численность которой неуклонно возрастает. Так, в Российской Федерации рост граждан с ограниченными возможностями составляет порядка 8 % ежегодно. На территории Пермского края только за I полугодие 2006 года численность инвалидов увеличилась на 5,9 % и составила 254 471 человек.

Принятый в 1995 году Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» определил государственную политику в области социальной защиты инвалидов, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации. Установил систему социальной защиты населения, состоящую из двух основных блоков: обеспечение жизнедеятельности инвалидов и реабилитация инвалидов, направленных на восстановление или развитие компенсации нарушенных функций с целью уменьшения ограничений жизнедеятельности и социальной дезадаптации, обеспечение психологической и социальной поддержки, создание условий для реализации инвалидами потребностей в достижении независимой жизни.

Федеральный Закон от 22.08.2004 года № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием Федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных органов) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 122-ФЗ), вступивший в силу с 1 января 2005 года в значительной степени изменил идеологию Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Основная масса натуральных льгот, предоставляемых инвалидам, для обеспечения жизнедеятельности, суть которых заключалась в усилении мер и мероприятий реабилитационного характера, устанавливаемых государством в целях активной интеграции инвалидов в общество, заменена денежной выплатой, размер которой колеблется в зависимости от степени ограничения способности к трудовой деятельности от 500 рублей до 1400 рублей в месяц.

Основной целью создания новой системы социальной защиты был переход от принятия полной государственной ответственности за социально-экономическое обеспечение инвалидов к признанию лиц с ограниченными возможностями полноценными гражданами страны.

Инвалиды из объекта должны были превратиться в полноправного субъекта, стоящего в центре процесса реабилитации, позволяющего достигнуть и поддерживать оптимальный физический, интеллектуальный, психический и социальный уровень, предоставив им тем самым средства для изменения их жизни и расширения рамок их независимости.

Вместе с тем, анализ состояния и проблем реализации законных прав и интересов инвалидов в условиях новой системы социальной защиты выявил множество недостатков, а именно:

1. Полярные изменения, образующиеся в уровне социальной обеспеченности инвалидов в различных субъектах Российской Федерации.

Состояние экономики и позиция администраций субъектов Российской Федерации к проблемам инвалидов не позволяют предоставлять равные возможности инвалидам для их участия в жизни общества, что не отвечает конституционным принципам Российской Федерации, декларирующим равенство прав и свобод гражданина на всей территории Российской Федерации.

2. Отход от социальной модели инвалидности.

Социальная модель инвалидности понимается как совокупность многих факторов, приводящих к ограничению жизнедеятельности инвалидов. Взамен этого при определении материальных выплат, необходимых для жизнеобеспечения инвалидов, в принятом Федеральном законе № 122-ФЗ, по существу было предложено использовать только один фактор — ограничение способности к трудовой деятельности, что привело к нарушению прав и законных интересов некоторых категорий инвалидов.

Так, к 1 января 2006 года более тысячи инвалидам по зрению I группы органы медико-социальной экспертизы установили II степень ограничения способности к трудовой деятельности. Вследствие этого инвалиды I группы по зрению, в том числе тотально слепые, лишились права на получение второй путевки (для сопровождающего) на санаторно-курортное лечение, права на бесплатный проезд к месту лечения и обратно для сопровождающего его лица.

Кроме того, установление II степени ограничения способности к трудовой деятельности предполагает, что инвалид при этом должен быть обеспечен возможностью трудиться в специально созданных условиях с использованием вспомогательных технических средств и (или) с помощью других лиц. На практике же органы МСЭ устанавливают инвалидам по зрению II степень ограничения способности к трудовой деятельности без учета реальной возможности их трудоустройства. Особенно это касается инвалидов, проживающих в сельской местности.

3. Снижение возможности в области реальной реабилитации.

Установленные инвалидам ежемесячные денежные выплаты взамен ряда льгот не компенсируют в полной мере затрат инвалидов (особенно с тяжелыми заболеваниями) на необходимую медицинскую и социальную реабилитацию (лекарственные средства, санаторно-курортное лечение и проезд к месту лечения и обратно). Более того, в силу различных причин получаемые инвалидами вместо льгот ежемесячные денежные выплаты тратятся не на реабилитационные цели, а на повседневные нужды. В связи с чем, растет вероятность утяжеления групп инвалидности.

Наряду с этим значительно изменены нормы, предусматривающие обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации. Так, федеральный Перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалидам бесплатно, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 года № 2347-р носит ограничительный характер. Исключение права определенных категорий инвалидов на предоставление специального автотранспортного средства, при отсутствии альтернативных средств передвижения (социальное такси, специальные приспособления в общественном транспорте) фактически лишило их возможности на реальную реабилитацию. Ряд позиций указанного распоряжения носит общий характер и нуждается в дополнительном толковании, без которого возникают определенные трудности при его применении.

4. Отсутствие координации деятельности различных служб и учреждений в области реабилитации инвалидов.

Из Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» исключена статья 12, определявшая не только понятие, но и систему Государственной службы реабилитации инвалидов, роль и место в этой системе реабилитационных учреждений, что нарушает сущность организации управления в области реабилитации инвалидов, как на федеральном, так и на региональных уровнях.

В этой связи возникает вопрос о необходимости разработки и принятия федерального закона «О реабилитации инвалидов», который позволит объединить обширный правовой материал о медико-социальной реабилитации инвалидов, привести его в соответствие с новым этапом развития общества, повысить качество правового регулирования, завершить процесс формирования новых видов и форм медико-социальной реабилитации инвалидов, установить основы управления системы реабилитации инвалидов, закрепить ведущую роль реабилитационных учреждений в практике интеграции инвалидов в общество.

5. Снижение возможностей инвалидов в области трудоустройства.

Увеличена численность работников организаций, для которых устанавливаются квоты с 30 до 100 человек, исключена норма, предусматривающая внесение работодателями ежемесячной обязательной платы за каждого нетрудоустроенного инвалида в случае невыполнения

установленной квоты (размер обязательной платы и порядок ее внесения определялся субъектами Российской Федерации).

Принятые изменения обуславливают сокращение имеющихся рабочих мест для инвалидов, рост безработицы среди данной категории граждан, невозможность создания в субъектах Российской Федерации новых рабочих мест для их трудоустройства, в том числе специальных.

6. Отсутствие четко установленных критериев ограничения способности к трудовой деятельности.

Поскольку установление ограничения способности к трудовой деятельности имеет особое значение в связи с определением размера пенсионного и иных видов материального обеспечения (в том числе единовременных денежных выплат), а также других видов социальной поддержки инвалидов, требуется разработка и утверждение специального раздела, устанавливающего подробные медико-социальные критерии определения степени ограничения способности к трудовой деятельности.

Существующие на сегодняшний день критерии ограничения способности к трудовой деятельности, предусмотренные разделом IV приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 августа 2005 года № 535 «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» обуславливают ряд ошибок в экспертно-реабилитационной работе, способствуют неверному трактованию в значимых законодательных и подзаконных документах федерального и регионального уровня, порождая организационные проблемы и нарушение законных прав инвалидов.

Так, правовая ошибка, связанная с определением способности к трудовой деятельности, допущена в Федеральном законе от 17 июля 1999 года №178-ФЗ «О государственной социальной помощи». Статьей 6.2 названного закона установлено право граждан, в том числе инвалидов, на получение набора социальных услуг. При этом абзацем вторым подпункта 2 пункта 2 указанной статьи установлено право отдельных категории инвалидов (детей-инвалидов и инвалидов, имеющих III степень ограничения способности к трудовой деятельности) на бесплатный проезд и получение второй путевки на санаторно-курортное лечение для сопровождающего. Необходимость сопровождения инвалида возникает при ограничении его способности к передвижению и самообслуживанию III степени, что не связано с ограничением способности к трудовой деятельности. Таким образом, реализация указанной формулировки закона ухудшает положение инвалидов, исключая из круга лиц, имеющих возможность получить поддержку, граждан действительно нуждающихся в сопровождении.

Подводя итог вышесказанному, хотелось бы отметить следующее. Изменения, внесенные Федеральным законом № 122-ФЗ, коснулись практически всех сфер жизнедеятельности инвалидов. В новой системе социальной защиты граждан с ограниченными возможностями четко прослеживается тенденция утраты государством перспективы полноценной реабилитации данной категории населения. Положение, сложившееся на сегодняшний день в Российской Федерации, на фоне общей негативной демографической ситуации в значительной мере снижается возможность включения в активную экономическую деятельность значительного количества трудоспособных инвалидов, сокращается возможность увеличения доходной части бюджетов всех уровней.

В связи с этим, необходима незамедлительная коррекция действующего законодательства с учетом внедрения на практике принципа включенности инвалидов в социальные структуры, предназначенные для здоровых граждан и связанные с различными сферами жизнедеятельности человека - учебой, культурой, спортом, профессиональной подготовкой, посильным и приносящим удовлетворение трудом, общественной деятельностью.

Состояние инвалидности и основные проблемы деятельности службы медико-социальной экспертизы в Пермском крае

*Пермский край, г. Пермь
ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Пермской области»
Т. А. Аникеева*

Экспертная служба Пермской области, как составная часть сначала Союзной, а затем Российской, прошла долгий путь становления от разрозненных врачебно-трудовых экспертных комиссий до современной модели федерального учреждения медико-социальной экспертизы. Новое понятие инвалидности, определенное ФЗ-181 «О социальной защите инвалидов», принятом в 1995 году, когда одним из важнейших постулатов в установлении инвалидности становится не только наличие ограничений жизнедеятельности, вызванных расстройством здоровья, но, в первую очередь, наличие социальной недостаточности, вызывающей необходимость социальной защиты, привело к изменению методологии медико-социальной экспертизы. При этом ведущим направлением

деятельности становится экспертно-реабилитационная диагностика, которая должна ответить на следующие вопросы:

- имеются ли у больного ограничения жизнедеятельности, и какова степень их выраженности;
- какие элементы жизнедеятельности сохранены, и в какой степени;
- каков реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз у данного лица, и каковы возможности его реабилитации;
- есть ли у больного такие нарушения функций и ограничения жизнедеятельности, которые могут быть ликвидированы полностью или частично;
- какие нарушения функций и ограничения жизнедеятельности могут быть замещены или компенсированы, и какими мерами это должно быть обеспечено;
- нуждается ли больной в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Для реализации этих задач в апреле 1997 года в Пермской области было организовано областное учреждение Государственной службы медико-социальной экспертизы, определен поэтапный план образования новых бюро медико-социальной экспертизы, исходя из нормативов, предписанных на законодательном уровне (постановление Правительства РФ от 13.08.1996 года №965), введены в штаты бюро новые специалисты: специалисты по реабилитации инвалидов и социальной работе, психологи. Структура службы медико-социальной экспертизы области, отвечающая ее потребностям, окончательно сложилась в 2004 году, путем объединения муниципальных городских и межрайонных бюро медико-социальной экспертизы в единую систему Главного бюро медико-социальной экспертизы. Таким образом, модель организации службы, определенная распоряжением Правительства РФ от 16.12.2004 года №1646-р, закрепила ранее созданную в Пермской области структуру, изменив уровень подчиненности и финансирования с областного на федеральный.

В настоящее время в области функционируют 33 филиала общего и специализированного профиля и 7 составов главного бюро медико-социальной экспертизы. Работу службы медико-социальной экспертизы обеспечивают 6 отделов администрации, руководство осуществляется руководителем-главным экспертом. В ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Пермской области» (далее ГБМСЭ) осуществляет экспертно-реабилитационную деятельность коллектив в составе 421 человека. Из них:

- врачей-специалистов –123;
- специалистов по реабилитации инвалидов-39;
- специалистов по социальной работе-24;
- психологов-32.

Средняя укомплектованность кадрами по филиалам и по составам - 86 %.

Эффективность работы службы медико-социальной экспертизы во многом зависит от квалификации и профессиональной подготовленности специалистов. Новые задачи, поставленные перед службой медико-социальной экспертизы, потребовали обучения и переобучения кадров, поэтому за неполные два года более 60% специалистов медико-социальной экспертизы прошли обучение в Санкт-Петербургском институте усовершенствования врачей-экспертов и на выездных циклах Федерального бюро медико-социальной экспертизы.

Ежегодно ГБМСЭ проводит подробный анализ состояния инвалидности в области. За 2005 год всего было освидетельствовано 88 546 человек взрослого населения, что больше, чем в 2004 году (82 886 человек). В том числе первично признано инвалидами 30 350 человек (23 370 человек в 2004 году). Интенсивный показатель первичной инвалидности по области равен 139,5 на 10 000 взрослого населения (2004 год - 107,6, 2003 год - 103,7). В сравнении с другими регионами Российской Федерации, входящими в состав Приволжского округа, уровень первичной инвалидности ниже, чем в городах Уфа, Казань, Оренбург и значительно выше, чем в г. Саратове, Чувашской и Удмуртской Республиках. В области в 19-ти территориях уровень первичной инвалидности выше среднеобластного: Очерский район - 285,2 (2004 год - 122,7, 2003 год - 94,9); Кишертский - 245,0 (2004 год - 163,1, 2003 год - 118,0); г. Губаха - 244,5 (2004 год - 151,8, 2003 год - 138,4). Самые низкие показатели инвалидности в Осинском - 98,8, Ильинском - 95,2 и Горнозаводском - 91,0 районах. Рост первичной инвалидности связан с увеличением освидетельствований лиц пенсионного возраста впервые признанных инвалидами, которые составили по итогам 2005 года 67,6% (2004 год - 57,3%) от всех освидетельствованных. Структура первичной инвалидности взрослого населения на протяжении последних лет остается без изменений: на первом месте находятся болезни системы кровообращения (55,9%), на втором месте - злокачественные новообразования (10,8%), на третьем месте - болезни костно-мышечной системы (5,7%), на четвертом месте - последствия травм (4,9%). В 2005 году впервые признано инвалидами среди лиц трудоспособного возраста 9 820 человек, интенсивный показатель равен 59,6 на 10 000 трудоспособного населения (2004 год - 60,7, 2003 год - 62,1). Структура первичной инвалидности среди лиц трудоспособного возраста: на первом месте болезни системы кровообращения - 30,9%, на втором месте онкозаболевания - 14,6%, на третьем месте туберкулез - 11,0%, на четвертом месте последствия травм - 10,9%. Повторно освидетельствовано: 44 068 человек (2004 год - 57 900 человек). Из них признано инвалидами - 42

203 человека (2004 год – 42 996 человек). Показатель полной реабилитации в 2005 году составил 4,2 % (2004 год - 5,0%, 2003 год - 5,9%). Индивидуальные программы реабилитации разработаны 34,3% из числа взрослых, признанных инвалидами, 100% - детям-инвалидам. Из приведенных данных видно, что за последние годы отмечается ухудшение ряда основных показателей инвалидности области: рост общего количества освидетельствованных больных, показателя первичной инвалидности, за счет лиц пенсионного возраста. Этот рост обусловлен введением в жизнь нового закона о трудовых пенсиях и ФЗ №122, расширивших социальные гарантии для лиц, являющихся инвалидами, что обусловило увеличение числа обращений в бюро медико-социальной экспертизы, как для установления группы инвалидности, так и для определения степени ограничения трудовой деятельности. Пенсионерам стало «выгодно» быть инвалидами, иметь высокую степень ограничения к трудовой деятельности, так как это дает возможность получать ежемесячные денежные выплаты и перейти на федеральный уровень обеспечения социальными льготами, в том числе и денежными выплатами.

Решение вопросов по профилактике и снижению инвалидности и преодолению возникших трудностей по освидетельствованию инвалидов требует внедрение ряда мер на законодательном уровне.

- Концептуальное изменение понятийных категорий инвалидности для различных групп населения, в частности для детей, лиц пенсионного возраста;
- Усиление организационного, кадрового и методического обеспечения учреждений медико-социальной экспертизы (принятие нормативов освидетельствования, приближенных к особенностям различных регионов, закрепление кадров путем увеличения заработной платы специалистов медико-социальной экспертизы на уровне заработной платы врачей ЛПУ, разработка информационно-методических материалов по механизму принятия экспертных решений для различных контингентов населения (дети, трудоспособное население, пенсионеры), положения об индивидуальной программе реабилитации;
- Внесение изменений и дополнений в основополагающие документы, регламентирующие социальную защиту населения, в частности систему льгот, которые должны предоставляться не только с учетом статуса инвалидности, а по медицинским показаниям (лекарственное и санаторно-курортное обеспечение) и социально-экономическим критериям (малообеспеченность).

Для успешного функционирования службы на современном этапе необходимо укрепление ее материально-технической базы, в том числе

1. Информационно-методическое обеспечение всех учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации:
 - компьютеризация процесса медико-социальной экспертизы
 - информационное программное обеспечение
 - автоматизация и стандартизация статистического учета и отчетности
2. Использование современных методов организации и оказания медико-экспертных услуг:
 - маркетинг медико-экспертных услуг
 - стандартизация оснащения и оказания услуг в учреждениях медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

В связи с введением в действие 25.03.2004 года №1-ФКЗ «Об образовании в составе Российской Федерации нового субъекта Российской Федерации в результате объединения Пермской области и Коми-Пермяцкого автономного округа» необходимо внесение дополнения в Распоряжение Правительства Российской Федерации от 16.12.2004 года №1646-р об объединении ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Пермской области» и ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Коми-Пермяцкому автономному округу».

Все это позволит эффективно и качественно осуществлять медико-социальную экспертизу и реабилитацию инвалидов в соответствии с потребностями населения Пермского края.

Межведомственное взаимодействие в решении вопросов социальной защиты инвалидов в г. Набережные Челны

*Республика Татарстан, г. Набережные Челны
Начальник управления социальной защиты Министерства труда, занятости и социальной
Г. К. Ахметова*

Работа социальных учреждений города построена в тесном взаимодействии с предприятиями, учреждениями и ведомствами города, общественными организациями.

Благодаря налаженному информационному взаимодействию с Управлением Пенсионного фонда, Управлением записи актов гражданского состояния, Центром труда и занятости, паспортно-

визовыми службами, Городским расчетным Центром банк данных адресной социальной поддержки населения города поддерживается в актуальном состоянии.

Существующие межведомственные связи, наличие банка данных на все население города, профессионализм и ответственность специалистов, применение информационных технологий и неординарного подхода к решению поставленных задач позволяют своевременно и качественно оказывать социальные услуги.

Если говорить об организации работы в отдельно взятом учреждении, то следует отметить, что в каждом отдельно взятом социальном учреждении существует только ему присущая форма работы, позволяющая добиваться высоких результатов.

В г. Набережные Челны сегодня проживает 28 080 инвалидов, в том числе инвалидов I группы – 2 165, II группы – 13 916, III группы – 10 283 человек, а также 1 716 детей-инвалидов.

Одним из приоритетных направлений в работе по реабилитации инвалидов является реализация мероприятий, направленных на создание доступной среды. Это не только устройство пандусов и поручней, но и возможность получения образования, трудоустройство, доступность к информации.

Благодаря подписанному в мае 2006 года трехстороннему соглашению между Евросоюзом, Министерством социальной защиты и администрацией города в Центре реабилитации инвалидов «Изгелек» реализуется проект «Социальная интеграция инвалидов в Приволжском Федеральном округе». Проект призван интегрировать инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата в общество путем медико-социальной и профессиональной реабилитации.

В Центре используется комплексный подход в реабилитации, затрагиваются все сферы жизнедеятельности инвалида, применяются: социальная реабилитация, эрготерапия, кинезотерапия, лечебная физкультура, массаж, физиолечение, в арт-ателье проводится реабилитация художественно-прикладными видами творчества.

Особое место в деятельности Центра занимает профессиональная реабилитация, которая осуществляется в тесном взаимодействии с Центром труда и занятости, Академией управления ТИСБИ, ассоциацией предпринимателей и предприятиями города.

Достигнуто межведомственное соглашение при тесном взаимодействии с Управлением образования, общественными организациями инвалидов, Центром занятости, Исполкомами районов города по решению проблем профессиональной реабилитации инвалидов, получению высшего образования в Академии управления Татарского института содействия бизнесу при помощи асинхронных дистанционных технологий, обеспечению доступности профессионального образования, ориентированного на потребности городского рынка труда и с учетом индивидуальных потребностей каждого инвалида.

Инвалиды города (в том числе и инвалиды-колясочники) имеют возможность получить высшее образование по следующим специальностям: юриспруденция, программное обеспечение вычислительной техники, финансы и кредит, менеджмент. Следует отметить, что руководство АУ ТИСБИ установило льготы на оплату за обучение для студентов – инвалидов, а в Центре реабилитации инвалидов «Изгелек» для этого созданы все условия. Параллельно с Центром труда и занятости проработан вопрос дальнейшего рационального трудоустройства инвалидов, получивших образование в Академии управления ТИСБИ.

Взаимодействие Центра реабилитации инвалидов «Изгелек» с Центром труда и занятости осуществляется по следующим направлениям:

- участие в проведении ярмарки вакансий рабочих мест для инвалидов;
- предоставление информации для формирования базы данных о наличии рабочих мест на предприятиях города;
- оказание консультативной помощи по вопросам труда и занятости;
- заключение договоров на обучение на курсах: «Швейное дело», «Обувщик по ремонту обуви», «Оператор ПК»;
- заключение договоров на временную занятость инвалидов, состоящих на учете в Центре труда и занятости;
- проведение совместных круглых столов с участием представителей Центра труда и занятости, Управления социальной защиты, ЦРИ «Изгелек» и работодателей.

Наиболее крупными партнерами государственных структур являются общественные объединения инвалидов.

В нашем городе зарегистрированы и действуют общественные организации инвалидов:

1. Всероссийская общественная организация инвалидов.
2. Всероссийское общество слепых.
3. Всероссийское общество глухих.

Совместная работа позволяет решать многие вопросы, направленные как на информационно-методическую помощь, так и на оказание материальной помощи из бюджетов различных уровней, помогает трудоустроить инвалидов, желающих работать. В ООО «Салюс», учредителем которой является Городская общественная организация инвалидов, работают инвалиды и выполняют государственный заказ, получаемый через муниципальное агентство.

Организация работы краевого центра комплексной реабилитации инвалидов

Пермский край, г. Пермь

ГКУ СОН «Центр комплексной реабилитации инвалидов»

В. А. Бронников, Ю. А. Мавликаева, А. С. Морозова, Е. Н. Панова, Е. Н. Ярушина

Инвалидизация населения представляет собой социальный феномен, избежать которого не может ни одно общество. Ежегодно в стране впервые признается инвалидами более одного миллиона человек, из них около половины – лица трудоспособного возраста. В Пермском крае инвалиды составляют около 10% населения. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» определил новые принципы и пути решения проблем инвалидности. Впервые в отечественном законодательстве приоритетом социальной политики государства в отношении инвалидов стала их реабилитация. Все это явилось предпосылкой создания в регионе центра комплексной реабилитации инвалидов (ЦКРИ), который был открыт в марте 2003 года по распоряжению губернатора Пермской области.

Основной деятельностью центра является проведение медико-социальной, социально-психологической и психолого-педагогической реабилитации инвалидов трудоспособного возраста преимущественно с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата с целью их социальной адаптации и интеграции в общество. Учреждение также является краевым методическим центром системы социальных служб по проблемам реабилитации инвалидов.

Организация реабилитационного процесса в центре включает несколько этапов. На первом этапе проводится обследование пациента с определением его функциональных возможностей и реабилитационного потенциала, оценки параметров жизнедеятельности и социальных функций с целью разработки наиболее адекватных реабилитационных программ. Следующие этапы – это реализация реабилитационной программы, ее мониторинг и оценка эффективности реабилитации.

В центре внедряется бригадный принцип работы специалистов. Мультидисциплинарная бригада включает врача, психолога, методиста по ЛФК, массажиста, физиотерапевта, специалиста по социальной работе, при необходимости – логопеда. Совместное обсуждение проблем пациента позволяет найти наиболее оптимальное решение и обеспечить воздействие на всех уровнях – медико-биологическом, личностном и социальном. Такая форма работы помогает включить в процесс самого реабилитанта и его ближайшее окружение.

В структуру центра входят:

- отделение медико-социальной реабилитации,
- отделение социальной и профессионально-трудовой терапии,
- научно-методический отдел,
- финансово-экономический отдел,
- административно-хозяйственный отдел.

Центр имеет стационар на 20 коек и подразделение дневного пребывания на 30 человек. Продолжительность курса реабилитации в среднем составляет 24 дня, по решению реабилитационной комиссии он может быть продлен до 45 дней.

В отделении медико-социальной реабилитации проводится функциональная диагностика, кинезотерапия, массаж, физиотерапевтические процедуры, медикаментозная коррекция. Специалисты отделения оказывают помощь в подборе вспомогательных технических средств, ведут консультативный прием. Отделение оснащено кабинетами: приема врачей-специалистов (невролога, ортопеда, педиатра), процедурным, функциональной диагностики, массажа и ЛФК, физиотерапии.

В отделении социальной и профессионально-трудовой терапии представлены практически все виды социальной реабилитации инвалидов. Основные направления и содержание деятельности отделения представлены в таблице 1.

Таблица 1

Основные направления и содержание деятельности отделения социальной и профессионально-трудовой терапии

Направления социальной реабилитации	Содержание деятельности
Социально-бытовая адаптация	– восстановление и обучение навыкам самообслуживания и физической независимости – обучение пользованию специальными изделиями и техническими средствами, облегчающими быт и труд – адаптивное обучение семьи инвалида
Социально-средовая реабилитация	– обучение пользованию техническими средствами – консультации по оборудованию жилого пространства

Социально-психологическая реабилитация	– психологическая помощь (диагностика, коррекция, консультация, тренинги)
Психолого-педагогическая реабилитация	– логопедическая коррекция – развивающие занятия с педагогом-психологом
Восстановительно-трудовая реабилитация	– профессиональная ориентация – восстановление и формирование трудовых навыков – обучение работе на компьютере
Социокультурная реабилитация	– организация досуга – проведение творческих встреч, вечеров
Адаптивная физкультура и спорт	– укрепление физического состояния – вовлечение в спортивно-оздоровительную среду

Отделение включает:

- Кабинет эрготерапии, где ведется восстановление и развитие навыков самообслуживания и элементарных трудовых операций, необходимых для самостоятельной жизнедеятельности инвалидов;
- Кабинет логотерапии, где проводится восстановление речи инвалидов, улучшение их коммуникативной сферы;
- Кабинет психологической диагностики и психотерапии (детский и взрослый);
- Кабинет «ПСИХО-БОС», где проводится диагностика и психоэмоциональная коррекция с помощью метода биологической обратной связи;
- Культурно-досуговый комплекс, в состав которого входят библиотека, комната отдыха, актовый зал;
- Компьютерный класс;
- Спортивно-оздоровительный комплекс.

В центре проходят реабилитацию инвалиды, проживающие в г. Перми и Пермском крае, сохранившие полную или частичную способность к самостоятельному самообслуживанию, преимущественно трудоспособного возраста и дети старше 3 лет. Распределение по классам болезней показывает, что пациенты с последствиями травм различной локализации составляют 34,9%, болезнями нервной системы – 23,9%, заболеваниями опорно-двигательного аппарата – 22,5%, болезнями органов кровообращения (в основном последствиями острых нарушений мозгового кровообращения) – 18,9%, прочими заболеваниями – 27,6%. Данные заболевания характеризуются значительными ограничениями жизнедеятельности и преобладанием тяжелой инвалидности, в структуре которой 80,0% приходится на I (33,4%) и II (45,9%) группу. В возрастном аспекте основными получателями комплексных реабилитационных услуг являются инвалиды молодого трудоспособного возраста (21-45 лет) – 44,7%, имеющие потенциал для трудовой и социальной активности. Лица в возрасте до 20 лет составляют 27,8%, 46-60 лет – 20,8%, старше 60 лет – 6,7%.

Основные показатели деятельности представлены в таблице 2.

Таблица 2

Основные показатели деятельности ЦКРИ

Показатели	2003	2004	2005	2006
Число пациентов, прошедших курс реабилитации	331	499	579	616
Среднегодовая занятость койки/ места	151	225,9	276,8	284,6
Средняя длительность курса реабилитации (дней)	22,8	22,7	23,9	23,1
Оборот койки/места	6,6	10	11,6	12,3
Всего койко/дней	7 547	11 296	13 838	14 229
Общее число посещений	26 363	50 955	47 249	54 510
Число посещений за курс	79,6	102,1	81,6	125,3
Число посещений за день	3,5	4,5	3,4	5,4
Общее число услуг	39 127	90 192	104 428	122 660
Число услуг за курс	118,2	180,7	180,3	199,1
Число услуг за день	5,2	7,9	7,5	8,6
Эффективность реабилитации	50	74,5	77,5	85,4

За время существования в центре прошли курс реабилитации более 2000 человек. С каждым годом наращивается число посещений и предоставляемых услуг. Специалисты центра активно апробируют и внедряют новые реабилитационные технологии и методики. Эффективность медико-социальной реабилитации оценивается по клиническим критериям, которые включают появление новых двигательных или психоречевых навыков, улучшение самочувствия, снижение мышечного тонуса, увеличением двигательной активности и пр. В 2006 году положительный результат получен в 85,4%

случаев. Учитывая, что инвалидность характеризуется стойкими нарушениями функций организма, данные показатели свидетельствуют о необходимости медико-социального сопровождения и проведения мероприятий восстановительной терапии даже у лиц с тяжелой, стойкой патологией для последующей их социальной реабилитации.

Центр активно сотрудничает с учреждениями и организациями, занимающимися проблемами реабилитации инвалидов: ФГУ «Бюро медико-социальной экспертизы», учреждениями здравоохранения, образования и социальной службы, общественными организациями, ВУЗами (Пермский государственный университет, Пермская государственная медицинская академия, Пермский государственный технический университет). В целях повышения эффективности реабилитационной деятельности заключено соглашение с службой медико-социальной экспертизы Пермского края, в рамках которого предусматриваются следующие направления работы:

- более точное определение нарушений структуры и функций организма в соответствие с международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ); более точное определение потребностей инвалида, подбор технических средств реабилитации.
- уточнение реабилитационного потенциала с применением современных методов функциональной диагностики на базе центра комплексной реабилитации инвалидов.
- усиление реабилитационных возможностей учреждений медико-социальной экспертизы за счет привлечения специалистов реабилитационных учреждений и усиление экспертной составляющей в отношении реабилитационных учреждений за счет специалистов медико-социальной экспертизы.
- организация и проведение совместных НИР.

Центр осуществляет свою деятельность во взаимодействии с территориальными учреждениями социального обслуживания, оказывающими реабилитационные услуги инвалидам, по многоуровневому принципу. Первый уровень – Краевой центр реабилитации инвалидов, осуществляющий координирующую, аналитическую, организационно-методическую и научно-исследовательскую виды работ с учреждениями реабилитации через межрайонные опорно-экспериментальные площадки (второй структурный уровень), которые в свою очередь организуют работу с территориальными учреждениями (отделения и кабинеты реабилитации – третий уровень) по кустовому (районному) принципу. В настоящее время на базе ведущих территориальных центров и отделений реабилитации создано 7 опорно-экспериментальных площадок, где отрабатываются инновационные для региона технологии социальной реабилитации. Приоритет отдан развитию таких технологий, как эрготерапия, раннее вмешательство, адаптивное обучение семьи, ухода с применением современных технических средств реабилитации. В рамках совместной методической деятельности проводятся монотематические семинары по проблемам комплексной реабилитации при заболеваниях, наиболее часто приводящих к инвалидности, с подготовкой программ и методических пособий.

В настоящее время приоритетными направлениями деятельности центра являются следующие:

- разработка концепции региональной службы комплексной реабилитации инвалидов на основе современных методологических подходов (МКФ)
- развитие современных технологий комплексной реабилитации
- стандартизация оказания реабилитационных услуг
- совершенствование кадрового состава и улучшение материально-технической базы учреждения
- организация обучения кадров системы социальных служб по вопросам реабилитации
- информационно-аналитическое обеспечение по проблемам инвалидности и реабилитации инвалидов.

Ключевые проблемы комплексной реабилитации инвалидов по зрению

*Пермский край, г. Пермь
Пермская Краевая организация Всероссийского общества слепых
Н. А. Бухавцев, Н. А. Гилёва*

Лица с ограничением по зрению – особая категория инвалидов и их реабилитационные потребности очень специфичны. Основой социальной адаптации лиц с глубоким нарушением зрения является самостоятельное передвижение, поэтому обучение мобильности и ориентировке – главное звено в их комплексной реабилитации. Всероссийским обществом слепых созданы 2 межрегиональных Центра реабилитации слепых в городах Волоколамске Московской области и Бийске Алтайского края, где незрячих людей обучают самообслуживанию в быту, безопасному использованию электроприборов, чтению и письму по системе Брайля, мобильности и ориентировке. К сожалению, навыки ориентировки в пространстве, полученные в этих малых городах, оказываются слабо применимы в условиях города Перми с его сложной инженерной и транспортной инфраструктурой и интенсивным движением. Давно назрела необходимость обучения незрячих навыкам безопасного

передвижения по улицам именно нашего города, первичному аудиту доступности окружающей среды, алгоритмам разработки новых маршрутов, а так же совершенствования навыков самостоятельного пользования объектами социального и культурно-бытового назначения. Специалисты Пермской областной организации ВОС, опираясь на богатый опыт общения со слепыми и слабовидящими людьми могут сформировать у инвалидов по зрению психологическую и физическую готовность к самостоятельной ориентировочной деятельности, но, не являясь дипломированными реабилитологами, не могут брать на себя ответственность за безопасность передвижения человека с нарушенным зрением в открытом пространстве. Необходимо предоставление такой реабилитационной услуги на базе «Центра комплексной реабилитации инвалидов».

Вторым важным звеном реабилитации незрячих является обеспечение им самостоятельного доступа к информации. Новые возможности социальной адаптации инвалидам по зрению предоставляют компьютерные технологии. Специальные программы экранного доступа позволяют тотально слепому человеку самостоятельно пользоваться компьютером, находить и редактировать любые документы, работать и общаться в сети Интернет, читать книги в цифровом формате, записывать музыку и даже заниматься программированием. Навыки использования тифлоинформационной техникой можно получить в информационно-консультативном центре при Пермской областной специальной библиотеке для слепых. Проблема в том, что инвалиды относятся к малообеспеченным слоям населения и приобрести компьютерную технику в личное пользование доступно единицам. К сожалению, «Федеральный перечень технических средств реабилитации и реабилитационных услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно» не учитывает современных потребностей людей с ограничением по зрению, а регионального перечня в Пермском крае не существует. Тифлоинформационная техника необходима не только незрячим студентам и специалистам интеллектуальных профессий, владение ей значительно расширяет возможности трудоустройства инвалида по зрению на открытом рынке труда.

Неразрешимой проблемой для инвалида по зрению порой оказывается получение среднего и высшего специального образования. По данным Пермской краевой организации ВОС количество студентов с глубоким нарушением зрения сокращается год от года. Этому активно способствует сокращение бюджетных мест и переход на платное обучение, приём в ВУЗы по результатам Единого государственного экзамена, от которого освобождены учащиеся школ для детей с нарушенным зрением. Усугубляет процесс отсутствие чёткой законодательной базы в области образования лиц с ограниченными физическими возможностями. Несомненным успехом наша организация считает открытие целевого приёма для инвалидов 1 и 2 группы по зрению на специальность «медсестра по массажу» в Пермском базовом медицинском колледже. Из профессий, доступных незрячим людям, профессия массажиста является одной из самых востребованных.

Массовое трудоустройство инвалидов по зрению на открытом рынке труда остаётся очень далёкой перспективой. Государственная федеральная служба занятости, не в состоянии оказать незрячему человеку содействие в поиске работы. Работодатели не готовы принимать на работу инвалидов по зрению даже в качестве телефонных диспетчеров и администраторов. К сожалению, федеральное и региональное законодательство, нормативные акты последних лет в области пенсионного обеспечения и их реализация на практике привели к ситуации, в которой тотально слепые люди признаются трудоспособными в специально созданных условиях. Соответствующая запись делается и в индивидуальной программе реабилитации, которая, кстати, имеет силу закона. Кто и где должен создавать специализированные рабочие места, законодательством не определено. По-прежнему местом массового трудоустройства инвалидов по зрению остаются учебно-производственные предприятия (УПП) общества слепых. В нашем регионе это Пермское УПП «Автофильтр», Нытвенское УПП «Мебельная фурнитура», Лысьвенское УПП «Свет» и Соликамский филиал Воляжского УПП. Учебно-производственные предприятия ВОС обеспечивают слепым и слабовидящим людям доступную и безопасную среду, рабочие места со специальной тифлоаппаратурой, психологический климат. Там годами выстраивалась система профессиональной реабилитации, формировалась социальная сфера, создавались медпункты, комнаты здоровья, клубы и библиотеки. Сегодня в системе ВОС на территории Пермского края трудиться около 400 незрячих, это более 55% всех работающих инвалидов по зрению I и II групп, состоящих у нас на учёте. У хозяйственных обществ ВОС есть потенциал по созданию новых рабочих мест для инвалидов, но для этого необходима модернизация производства, которая им в данный момент финансово не под силу. Верится, что такие предприятия, которые выполняют за государство его функции, всё-таки будут пользоваться его поддержкой.

Немаловажную роль в социализации людей с ограничением по здоровью играет их реабилитация средствами физической культуры и спорта. Занятие спортом позволяет инвалидам расширить свои физические возможности, способствует развитию компенсаторных функций организма, даёт стимул к возвращению в активную жизнь. Сегодня при поддержке агентства по физической культуре и спорту Пермского края и федерации физической культуры и спорта и творчества инвалидов наша организация проводит краевые соревнования по 8 видам спорта: лёгкой атлетике и кроссу, плаванию и туристическому многоборью, лыжным гонкам и армрестлингу, шахматам и шашкам.

Пермская краевая организация Всероссийского общества слепых традиционно большое внимание уделяет приобщению людей с нарушенным зрением к достижениям культуры, созданию условий для занятий любительским искусством. Это позволяет незрячим людям реализовать свой интеллектуальный и творческий потенциал. В Реабилитационном культурно-спортивном досуговом центре инвалидов ВОС действует 19 кружков, секций, любительских коллективов и клубов по интересам. Например, клуб «Говорящие руки» даёт возможность общения людям с тяжелейшей патологией слепых и глухих одновременно. Нами практикуются такие краевые социокультурные мероприятия как: конкурсы команд интеллектуального современного искусства и КВН, турниры семейных пар и самодеятельных поэтов, фестивали декоративно-прикладного творчества и эстрадной, классической музыки.

Некоммерческие организации, вплотную работающие с инвалидами и основанные на членстве инвалидов, выполняют значительный объём социальных и реабилитационных услуг и имеют богатый опыт такой работы, который трудно переоценить. Тем самым общественные организации берут на себя выполнение государственных функций. Эта работа вполне может финансироваться через механизм государственного заказа, если в этом механизме будут правильно учтены возможности, потенциал и традиционные особенности каждой организации. Например, общество слепых оказывает, и будет оказывать услуги инвалидам по зрению, общество глухих – инвалидам по слуху и т.д.

Общественные организации инвалидов часто обвиняют в том, что они ориентируют людей с ограничением по здоровью на общение с себе подобными, мешая их интеграции в общество. Мы более чем кто другой за интеграцию, за равные возможности в получении образования, трудоустройстве и организации досуга, мы за реализацию каждого человека в соответствии с его способностями, возможностями и предпочтениям. К сожалению, современное российское общество пока не готово к такой интеграции ни идеологически, ни психологически, ни законодательно.

Анализ деятельности учреждений социального обслуживания населения, оказывающих реабилитационные услуги инвалидам, на территории Пермского края

*Пермский край, г. Пермь
ГКУ СОН «Центр комплексной реабилитации инвалидов»
В. А. Бронников, Ю. А. Мавликаева, О. Ю. Ганичкина*

В настоящее время, как в РФ, так и в Пермском крае, отмечается рост численности лиц с ограниченными возможностями здоровья. По данным официальной статистики на 01.01.2007 года в Пермском крае общее число инвалидов составило 255 653 человек, в том числе детей – 9 993, лиц трудоспособного возраста – 80 082, лиц пенсионного возраста – 165 578 человек. По сравнению с предыдущим годом численность общего контингента инвалидов возросла на 8,6%, в основном за счет лиц пенсионного (темпы прироста составил 10%) и трудоспособного возраста (темпы прироста – 6,8%). В связи с чем, изучение состояния и развития сети реабилитационных учреждений, функционирующих в системе социального обслуживания населения и оказывающие реабилитационные услуги инвалидам, является актуальным и необходимым с целью совершенствования системы реабилитации в целом.

Для оценки деятельности учреждений, оказывающих реабилитационные услуги инвалидам на территории региона, была разработана «Анкета для создания банка данных реабилитационных услуг», содержащая 49 позиций, включающих информацию об учреждении, контингенте и формах обслуживания, материально-техническом оснащении, кадровом потенциале, объемах оказываемой помощи, организации работы.

В настоящее время на территории Пермского края в системе социального обслуживания населения функционирует 31 учреждение (отделение), оказывающее реабилитационные услуги инвалидам. Среди них один краевой центр реабилитации инвалидов, 5 реабилитационных центров для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья, а также 25 отделений реабилитации, входящих в состав территориальных центров комплексного социального обслуживания населения (КЦСОН).

Комплексная реабилитация детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья осуществляется на базе 5 центров и 16 отделений, расположенных как в городских, так и сельских поселениях. В г. Перми проживает 2 973 ребенка-инвалида, из них только 11,8% получили услуги комплексной реабилитации в учреждениях социального обслуживания населения города, что явно не достаточно.

Реабилитационные услуги лицам трудоспособного и пенсионного возраста оказывают краевой центр комплексной реабилитации инвалидов, а также 21 реабилитационные отделения, функционирующие на базе территориальных КЦСОН. Более половины реабилитантов (57,5% лиц трудоспособного и 53,4% пенсионного возраста) находились на обслуживании в учреждениях г. Перми. В отделениях территориальных КЦСОН курс реабилитации прошли 42,5% лиц трудоспособного и 46,4% - пенсионного возраста. Следует учитывать, что в г. Перми проживает примерно 1/3 инвалидов трудоспособного и послетрудового возраста, тогда как в других населенных пунктах края их доля составляет около 65%.

В целом сеть учреждений комплексной реабилитации инвалидов позволяет оказывать услуги, показанные индивидуальными программами реабилитации, только 5,3% инвалидов, проживающих на территории края. Причем охват детей-инвалидов реабилитационными услугами в 2006 г. составил 25%, инвалидов трудоспособного возраста – 4,7%, пенсионного возраста – 6,6%. Среди общего числа реабилитантов 76% получили услуги комплексной реабилитации в центрах социального обслуживания, расположенных на территориях, и лишь 24% - в г. Перми.

Реабилитационные учреждения (отделения), которые функционируют на территории края, как правило, многопрофильные, оказывающие широкий спектр услуг социальной, медицинской, психологической, психолого-педагогической и трудовой направленности. Виды и формы реабилитации инвалидов, реализуемые в учреждениях системы социального обслуживания населения, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Виды и формы реабилитации инвалидов, реализуемые в учреждениях системы социального обслуживания населения Пермского края

Организационная форма учреждения	Виды реабилитации	Формы реабилитации
Реабилитационный центр (отделение)	Медицинская Социальная Профессиональная Психологическая Психолого-педагогическая Нейропсихологическая (логопедическая коррекция)	Круглосуточное пребывание Дневное пребывание Единичное консультирование Предоставление платных услуг Надомное обслуживание

Услуги медицинской и социальной реабилитации предоставляются в большинстве учреждений (81%). Психологическое и психолого-педагогическое направление представлено в 68% реабилитационных учреждений. Отмечается недостаточное развитие профессиональной реабилитации, элементы которой используются в работе всего 13% учреждений. В то время как значимость ее для социализации и жизнеобеспечения данной категории населения высока. Монопрофильные отделения, на долю которых приходится 29%, оказывают преимущественно социальные услуги, в основном лицам пенсионного возраста. В учреждениях социального обслуживания применяются различные формы реабилитации. В основном это дневное и стационарное пребывание, а так же надомное обслуживание и консультирование специалистами. В реабилитационных учреждениях, которые предоставляют услуги детям и лицам трудоспособного возраста, преобладают такие формы реабилитации, как дневной и круглосуточный стационар. Для инвалидов пенсионного возраста чаще используется надомное обслуживание и дневной стационар.

Реализация основных направлений реабилитации инвалидов предусматривает создание необходимых условий для свободного доступа инвалидов к объектам инженерной, транспортной, социальной инфраструктур. Для реабилитационных учреждений, которые обслуживают данную категория населения, большое значение имеет приспособленность помещения с учетом функциональных возможностей клиентов. Среда жизнедеятельности адаптирована с учетом потребностей инвалидов только в 22,2% учреждений, недостаточно адаптирована – в 63,0%, не адаптирована - в 14,8%.

В структуре реабилитационных услуг, предоставляемых учреждениями социального обслуживания, ведущее место занимают социально-медицинские (39,7%) и социально-бытовые услуги (20,5%). На долю социально-педагогических услуг приходится 13,3%, социально-экономических – 9,4%, социально-психологические услуги – 7,5%. Наименьшую долю составляют социально-правовые услуги – 2,8% (рис. 1). Таким образом, преобладает оказание социально-медицинских и социально-бытовых услуг. Очевиден недостаток социально-правовых, социально-психологических и социально-экономических услуг.

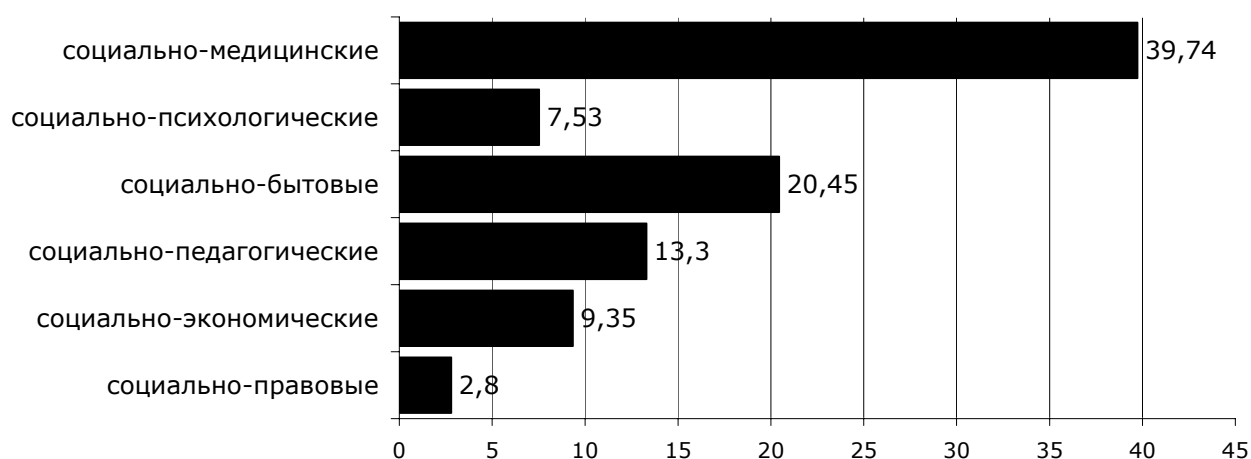


Рис. 1. Структура реабилитационных услуг, оказываемых в учреждениях социального обслуживания Пермского края (%)

Несколько иная структура услуг отмечается в детских реабилитационных центрах. Наибольший удельный вес составляют социально-медицинские услуги - более 65%. На долю социально-психологических услуг приходится 18,0%, социально-бытовых – всего 7,0%, социально-педагогических - 5,5%. Стоит отметить недостаток получения таких видов услуг как, социально-экономические (3,8%) и социально-правовые (0,7%) (рис. 2). В целом в реабилитационных учреждениях (отделениях) основным направлением деятельности является медицинский компонент реабилитации, который представлен различными методами восстановительного лечения.

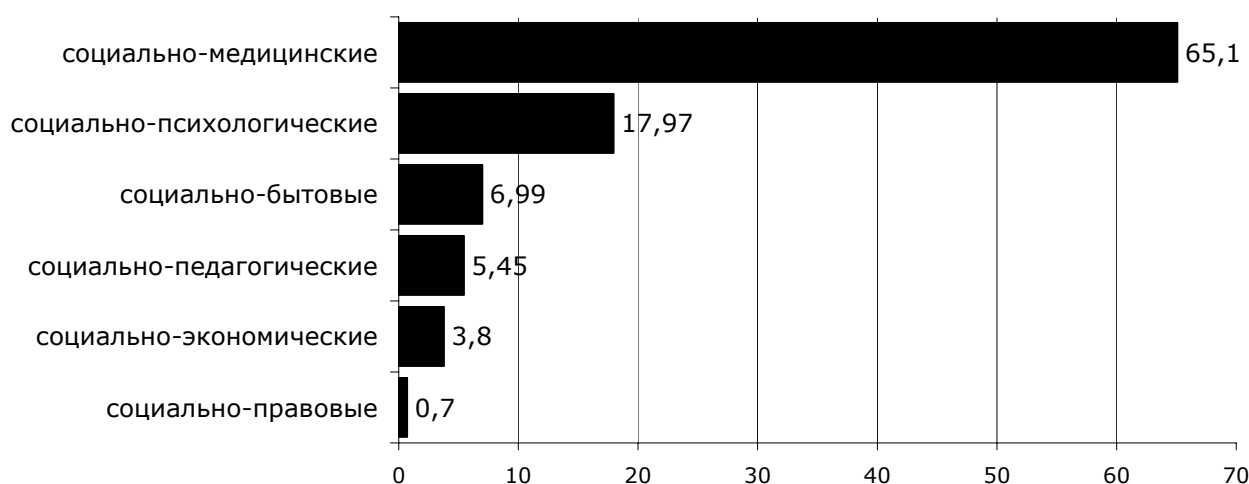


Рис. 2. Структура услуг, оказываемых детям-инвалидам в реабилитационных центрах Пермского края (%)

Оценка оснащения центров (отделений) помещениями для оказания специализированных услуг показала, что медицинский кабинет имеется в 88% учреждений, кабинет ЛФК и механотерапии – 81%, кабинет психолога – 66%, комната отдыха - 63%. Для организации досуговых мероприятий есть актовый зал и помещение для кружковых занятий в 48% от общего числа учреждений. И только лишь 18% учреждений имеют комнату бытовой адаптации.

Эффективность и качество реабилитационного процесса определяется подготовленностью специалистов в области применения современных технологий и методов комплексной реабилитации. Обеспеченность учреждений реабилитации кадрами, имеющими специальное образование, составляет в среднем 58,4 %. Несколько лучше обстоят дела в детских реабилитационных центрах, где занято 64% специалистов. В то время как в учреждениях, обслуживающих взрослых инвалидов, на долю лиц, имеющих специальное образование, приходится только 53%. За отчетный год каждый пятый специалист (21%) повысил свою квалификацию. Этот показатель почти в три раза выше по сравнению с предыдущим годом.

Анкетирование руководителей реабилитационных подразделений учреждений социального обслуживания по вопросам потребности в обучении кадрового состава показало, что совершенно очевидна необходимость в подготовке специалистов по социальной реабилитации, обладающих современными взглядами и владеющих необходимыми знаниями и практикой. Высока потребность в подготовке (переподготовке) специалистов по таким направлениям, как социальная реабилитация (45%), социально-медицинская – 21%, психолого-педагогическая (20%), тематическая (14%). Наиболее востребовано обучение по таким разделам социальной реабилитации, как эрготерапия, включая социально-бытовую адаптацию, социокультурная реабилитация, адаптивная физкультура и спорт, профессионально-трудовая реабилитация.

Таким образом, анализ деятельности учреждений, оказывающих реабилитационные услуги инвалидам на территории Пермского края, выявил:

1. неравномерность распределения реабилитационных отделений на территории региона, особенно в сельских районах, что не позволяет обеспечить доступ к услугам комплексной реабилитации;
2. функционирование реабилитационных учреждений осуществляется преимущественно по медицинской модели, однако, современные направления социальной и профессиональной реабилитации начинают интенсивно развиваться, особенно за последние годы, и находят все более широкое внедрение;
3. медленное усовершенствование материально-технической базы, недостаточную укомплектованность необходимым реабилитационным оборудованием, а также, что среда жизнедеятельности не адаптирована с учетом потребностей инвалидов в 78% учреждений;
4. не полную укомплектованность штата сотрудников учреждений системы социального обслуживания, оказывающих реабилитационные услуги инвалидам и высокую потребность в подготовке (переподготовке) кадров по социальной реабилитации (45%);
5. большую нуждаемость в таких специалистах, как эрготерапевт, специалист по реабилитации, специалист по социальной работе, социальный работник, социальный педагог, специалист по адаптивной физкультуре и спорту.

Все выявленные проблемы отражают тенденции, свойственные в целом для службы реабилитации инвалидов в РФ, которая после редакции ФЗ «О социальной защите инвалидов» прекратила, не смотря на декларативность, свое легитимное существование. В связи с чем, основной задачей должна стать разработка закона о реабилитации инвалидов и всего пакета подзаконных актов, дающих возможность реабилитационным учреждениям функционировать и развиваться в современных правовых условиях и не зависеть от приоритетов социальной политики того или иного региона и от степени понимания проблемы руководителями разных уровней.

Реализация системного подхода к профессиональной реабилитации инвалидов: опыт Пермского края

*Пермский край, г. Пермь
Управление федеральной государственной
службы занятости населения по Пермскому краю
В. В. Попов*

Проблема всесторонней профессиональной реабилитации (профконсультирование, профориентирование, переобучение и трудовая реабилитация) инвалидов, включения их в активную общественную жизнь является одной из наиболее актуальных проблем всего мирового сообщества. Об этом свидетельствует интерес, проявляемый к ее решению в большинстве цивилизованных стран мира, и наличие в структуре ООН соответствующего комитета. Для России эта проблема обострена, как в силу недостаточного практического решения проблем профессиональной реабилитации инвалидов в течение длительного исторического периода, так и по причине неблагоприятной динамики роста их численности с учетом факторов современной экономической ситуации, обусловившей значительное снижение уровня жизни населения, и в первую очередь, лиц с ограниченными физическими возможностями.

Можно говорить о двух основных взглядах на проблему ограниченных физических возможностей людей. С медицинской точки зрения ограниченные возможности являются «частью» человека, принадлежат ему и это как бы его собственная проблема. Если человек не такой, как все, то он как бы должен подвергнуться процессу реабилитации, для того чтобы соответствовать социальным представлениям о "норме". В результате такого подхода человек отделяется от остальной части общества.

С точки зрения социологии, ограниченные возможности как проблема - есть результат социального, экономического и политического давления общества на человека. Людей с ограниченными возможностями, таким образом, следует рассматривать скорее как притесняемую, а не как аномальную группу. В связи с этим меняться нужно не только человеку с ограниченными возможностями, но и обществу с тем, чтобы обеспечить всем людям одинаковые условия для полноценного участия в любой сфере жизни и деятельности.

В последнее время политика государства в отношении людей с ограниченными возможностями меняется в позитивную сторону и теперь все больше ориентирована на обеспечение равных прав с другими гражданами России при адресной защите инвалидов.

Возникновение серьезных социальных проблем у лиц с ограниченными возможностями, граждан, имеющих различную степень инвалидности, прежде всего, связано с изменением их социального статуса, что, в свою очередь, обусловлено ущербностью их жизнедеятельности, трансформацией ценностных ориентаций, иным образом жизни и ближайшим социальным окружением, затруднениями в социально-бытовой и психологической адаптации к новым условиям.

В Пермском крае проживает около 3 млн. человек, около полутора миллионов из них относятся к категории экономически активного населения. Более 252 тыс. жителей края имеют ограниченные физические возможности, т.е. являются инвалидами.

По показателям освидетельствования граждан Главным бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) Пермского края наблюдается устойчивый ежегодный прирост инвалидов главным образом за счет роста инвалидизации взрослого населения. При этом, что на наш взгляд очень важно, снижается первичная инвалидность трудоспособных граждан.

В структуре первичной инвалидности трудоспособного населения преобладают лица со II группой инвалидности, т.е. с очень серьезными ограничениями физических возможностей.

Как известно, для создания нормальных условий жизнедеятельности инвалидов государством предусмотрен и осуществляется комплекс мероприятий, включающий медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию. Из перечисленных видов наибольший интерес для нас представляет профессиональная реабилитация, включающая многопрофильный комплекс мер, направленных на восстановление трудоспособности (способности к самообеспечению) в доступных им по состоянию здоровья условиях труда и достижение ими материальной независимости.

Можно предположить, что одной из главных причин сравнительно низкой эффективности работы службы занятости населения (СЗН) в области трудоустройства людей с ограниченными возможностями является отсутствие в стране всеобъемлющей системы профессиональной реабилитации.

Кроме того, хотя консультирование инвалидов по профессиональным вопросам, а также их профессиональная реабилитация и трудоустройство считаются важными составляющими процесса реабилитации, эти вопросы прямо не указаны в перечне видов деятельности, осуществляемой Рострудом. В федеральном бюджете отсутствует целевое финансирование органов службы занятости на нужды мероприятий профессиональной реабилитации. Оказание услуг людям с ограниченными возможностями не является отдельной статьей бюджетов государственных учреждений службы занятости на федеральном, региональном и местном уровнях.

Важнейшим аспектом профессиональной реабилитации является четкое определение обязанностей различных государственных учреждений, в частности, БМСЭ и СЗН. БМСЭ выдает справки о трудоспособности на основе данных о состоянии здоровья и таким образом является одним из основных участников процесса реабилитации. Однако информация, указываемая сотрудниками БМСЭ в индивидуальной программе реабилитации (ИПР), зачастую недостаточна для определения, какая работа подходит данному кандидату. Трудоспособность не всегда автоматически означает возможность устроиться на работу (особенно в условиях такого высокого общего уровня безработицы), а помощь в трудоустройстве выходит за рамки обязанностей бюро МСЭ, являясь задачей СЗН. В силу этого координация работы этих двух структур, а также других партнеров, включая центры реабилитации, работодателей и профсоюзы, является важнейшим фактором обеспечения эффективности процесса профессиональной реабилитации в целом.

Служба занятости населения Пермского края в соответствии с законодательством о занятости и другими нормативными документами оказывает инвалидам весь комплекс услуг по профессиональной реабилитации – профконсультированию, профориентированию, переобучению и трудоустройству.

Значительное место в работе службы занятости занимает профориентация и профессиональное обучение. Профессиональная ориентация – наиболее ответственный этап в выборе трудового пути инвалида. Она основывается на индивидуальной программе реабилитации, заключении об условиях и характере труда с учетом интересов самого человека. Основным итогом профориентации является либо направление на обучение и дальнейшее трудоустройство, либо подбор подходящего места работы. К сожалению, число безработных инвалидов, направленных на профобучение, из года в год

снижается. Если в 2001 году было направлено 342 человека, то в 2005 году – 192 человека, а за 9 месяцев текущего года – только 135 инвалидов. Несмотря на очевидную эффективность этого этапа профреабилитации инвалидов, федеральный центр резко уменьшил объемы финансирования на профобучение, а в условиях удорожания образовательных услуг увеличение числа обучающихся инвалидов становится невозможным. В этой части профессиональной реабилитации инвалидов недостаток средств – главная проблема.

Мы хорошо понимаем, что рынок труда диктует необходимость коренным образом изменить отношение к профессиональной подготовке и обучению граждан этой категории, ориентировать их на конечную цель — повышение конкурентоспособности путем развития профессиональных знаний и навыков и расширение тем самым возможностей инвалидов в трудоустройстве.

Только трудоустройство обеспечивает им экономическую независимость и способность более эффективно решать свои проблемы. Для трудоустройства нужны рабочие места.

В то же время развивающийся рынок рабочих мест инвалидов в Пермском крае отличается большой деформированностью: на фоне высокого спроса на рабочие места для инвалидов практически отсутствует их предложение.

Ранее в условиях избытка рабочих мест эта проблема так остро не стояла и инвалиды при желании, как правило, могли самостоятельно трудоустроиться на предприятиях либо общего типа, либо специализированных. В настоящее время вследствие появления на рынке труда излишка рабочей силы, инвалидов из-за их низкой конкурентоспособности в первую очередь увольняют с предприятий общего типа. Специальные предприятия, использующие труд инвалидов, многие из которых являлись вспомогательными для более крупных предприятий общего типа, закрываются в связи с массовым сокращением рабочих мест.

Эти и многие другие причины, связанные с рыночными отношениями, приводят к увеличению числа инвалидов, нуждающихся в содействии службы занятости в вопросах трудоустройства.

Количество инвалидов, обращающихся в органы службы занятости населения за услугами, гарантированными государством, неуклонно возрастает. При этом растет и количество трудоустраиваемых инвалидов. За последние 6 лет к нам обратилось 23 010 инвалидов, трудоустроено при содействии службы занятости 12 683 инвалида. Примерно 25% инвалидов трудоустроились на квотируемые рабочие места. Квотирование по-прежнему является одним из основных инструментов привлечения людей с ограниченными возможностями на рынок труда. Однако в силу того, что механизм контроля за функционированием системы квотирования не разработан и отсутствуют санкции в отношении работодателей, не выполняющих требования законодательства, все правила, регламентирующие систему квотирования, имеют лишь ориентировочный характер, и во многих регионах, в том числе и в нашем она не функционирует.

У работодателей полностью отсутствует мотивация к предоставлению рабочих мест людям с ограниченными возможностями. Законодательством не предусмотрено целевое финансирование работодателей за счет средств бюджета в виде компенсаций части заработной платы за счет средств, например, органов служб занятости в случае приема на работу кандидатов из уязвимых групп населения, хотя найм таких лиц зачастую связан с дополнительными затратами времени на ознакомление их с рабочим местом, а также со снижением производительности труда и дополнительными расходами на внесение необходимых изменений в условия труда. Государственные органы, включая учреждения службы занятости населения, не обязаны и не имеют средств адаптировать рабочие места для нужд инвалидов.

Надо отметить, что, несмотря на активную работу службы занятости по оказанию услуг инвалидам, более 50% из числа обратившихся в ГУ ЦЗН не трудоустраиваются и признаются безработными, получая пособие по безработице на период активного поиска работы.

С целью повышения эффективности занятости инвалидов службой занятости реализуются возможности по их участию во временных работах на договорных условиях (ВР 274).

С 2001 года по 2006 год включительно по программе «Временная занятость граждан, испытывающих трудности в поиске работы» трудоустроено 2 617 инвалидов. Всего на эти цели израсходовано около 10 млн. руб., в том числе из средств: федерального бюджета более 7 млн. руб.; местных бюджетов более 280 тыс. руб.; работодателей более 2,5 млн. руб. Средний период участия в программе составил около 3 месяцев. Среднемесячная выплата участникам программы составила из федерального бюджета 850 рублей; из всех источников более 1000 рублей.

Негативным моментом и здесь считаем ежегодное снижение объемов финансирования из федерального бюджета на мероприятия активной политики занятости вообще и на эту программу в частности.

Для эффективного решения вопросов, связанных с удовлетворением потребности работоспособных инвалидов в трудоустройстве, в каждом ЦЗН края создается специализированный банк данных. В этот банк заносятся данные:

- об инвалидах территории;
- об освобождающихся рабочих местах;
- о специальных рабочих местах, вновь созданных как на обычных, так и на специализированных

- предприятиях;
- о квотируемых рабочих местах для инвалидов, создаваемых на предприятиях,
- в организациях и учреждениях независимо от форм собственности;
- об обычных рабочих местах, не востребованных на рынке труда здоровыми работниками;
- о свободных рабочих местах на временных работах, в том числе на общественных, сезонных, разовых, трудоустройство на которые осуществляется с учетом факторов трудового ограничения;
- о рабочих местах инвалидов, занятых индивидуально-трудовой деятельностью;
- об учебных местах, на которых проводится подготовка инвалидов на специальные рабочие места.

Основной в банке данных является информация о специальных рабочих местах, которые имеются на предприятиях (в цехах, на участках) всех типов, а также индивидуально созданных на дому. Не менее важной для инвалидов является заносимая в банк данных информация квотируемых рабочих местах. Большой интерес для инвалидов представляет информация в банке данных о наличии свободных рабочих мест для участия во временных работах (в том числе общественных, сезонных и разовых) на условиях материальной поддержки из федерального бюджета.

Рассматривая проблему трудоустройства инвалидов, нельзя не остановиться на трех особенностях, непосредственно связанных с ее решением.

Первая особенность состоит в специфике, проявляющейся в процессе трудоустройства инвалидов, а именно:

- особой процедуре подбора рабочего места, обусловленной необходимостью учета условий труда инвалидов;
- характерности трудовой мотивации инвалидов, предопределенной невысокой по сравнению со здоровыми специалистами конкурентоспособностью, вынуждающей их занимать низкооплачиваемые рабочие места;
- преимущественном трудоустройстве инвалидов на специализированных предприятиях, в учреждениях, организациях, которые, к сожалению, сокращают свои производственные мощности и в большинстве находятся на грани банкротства;
- широком использовании различных форм трудоустройства и режимов труда;
- применении системы штрафования для обеспечения дополнительных гарантий трудоустройства инвалидов;
- субсидирования занятости инвалидов.

Вторая особенность заключается в том, что часть вопросов профессиональной реабилитации инвалидов находится в ведении органов социальной защиты, а часть (вопросы содействия трудоустройству) — органов службы занятости населения при непосредственном участии органов исполнительной власти региона и территории. Связующим звеном между органами исполнительной власти, центрами занятости и комитетом социальной защиты населения может стать, на наш взгляд, посредничество в практическом обеспечении инвалидов работой, зачислении их на учебу или организации самозанятости, а также в проведении мероприятий по предотвращению безработицы. Такое посредничество целесообразно осуществлять поэтапно:

- на первом этапе оценивается состояние (региона) территории (общее число инвалидов по категориям, положение с занятостью по категориям, предварительная потребность в рабочих местах), что позволит привлечь внимание администрации к решению выявленной проблемы, обосновать необходимые затраты, определить направление основных усилий;
- на втором этапе формируется банк данных об инвалидах территории (региона) и рабочих местах для них органами службы занятости и комитета социальной защиты;
- на третьем этапе администрацией местного самоуправления совместно с органами службы занятости и комитета социальной защиты проводится работа (паспортизация предприятий) по определению конкретных рабочих мест, подлежащих квотированию с учетом специальностей и профессий, необходимых для развития сферы производства данного (региона) территории, созданию дополнительных рабочих мест, в том числе дотационных и гуманитарных, поддержке специальных предприятий, организаций и учреждений, цехов и участков, использующих труд инвалидов;
- на четвертом этапе прогнозируется рынок труда и разрабатываются территориальные (региональные) программы занятости инвалидов.

Третья особенность касается правового регулирования отношений между службой занятости и работодателями. Эффективное управление трудовой занятостью инвалидов невозможно без четкого определения обязанностей, прав и ответственности предприятий, организаций и учреждений, предоставляющих им рабочие места.

В целях дальнейшей интеграции людей с ограниченными возможностями в нормальную трудовую среду и повышения уровня занятости среди инвалидов путем их профессиональной реабилитации нам представляется необходимым:

1. Совершенствовать и далее государственную политику в области профессиональной реабилитации.
2. Включить в документы, регламентирующие работу Роструда и его учреждений, вопросы профессиональной реабилитации.
3. Развивать сотрудничество органов службы занятости со всеми сторонами, участвующими в профессиональной реабилитации инвалидов, такими как НПО, учреждения реабилитации, бюро МСЭ, работодатели и их организации, а также профсоюзы.
4. Четко определить обязанности, порядок финансирования и ресурсную базу всех заинтересованных сторон, включая БМСЭ, службу занятости населения, учебные заведения, учреждения социальной защиты и работодателей.
5. Обеспечить координацию усилий различных заинтересованных сторон. Необходимо разработать нормативную базу, которая определяла бы их взаимодействие друг с другом и охватывала бы их программы, индивидуальные планы действий и методы работы.
6. Включить в бюджеты органов СЗН целевое финансирование мер по профессиональной реабилитации и содействию трудоустройству инвалидов, а также определить их стратегию действий в этой области. Эффективность этих действий необходимо поставить под контроль.
7. Роструду разработать рекомендации по профессиональной реабилитации и трудоустройству инвалидов.
8. Учреждениям СЗН уделять внимание целевой подготовке специалистов, которым предстоит работать с уязвимыми группами населения. Особое внимание уделять контактам с работодателями по вопросам профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов и повышению их мотивации к приему на работу инвалидов.

В заключение необходимо выделить основные актуальные проблемы:

1. Закон РФ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (в редакции 22 августа 2004 года) значительно сузил возможности по квотированию рабочих мест на предприятиях (квотирование стало возможным на предприятиях с численностью работников более 100 чел., вместо 30 чел.). Усложнил принятие мер в отношении работодателей, нарушающих Закон в части квотирования рабочих мест и трудоустройства инвалидов на квотируемые рабочие места. Закон Пермской области (по этой проблеме) федеральные нововведения повторил.
2. Участие инвалидов в программе «Организация временного трудоустройства граждан, особо нуждающихся в социальной защите» предусматривает выплату заработной платы участникам программы. Для многих работодателей такой режим реализации временной занятости инвалидов не привлекателен.
3. Одним из факторов, препятствующим повышению эффективности мероприятий по содействию трудоустройству этой категории граждан, остается не желание работодателей принимать инвалидов на постоянные рабочие места в связи с необходимостью обеспечения инвалидам особых условий труда, определенных в индивидуальной программе реабилитации инвалида.

Методологический подход к реабилитации инвалидов с позвоночно-спинно-мозговой травмой с позиции применения международной классификации функционирования (МКФ)

*Пермский край, г. Пермь
ГКУ СОН «Центр комплексной реабилитации инвалидов»
В. А. Бронников, Ю. А. Мавликаева, Е. Н. Ярушина,
Е. Н. Панова, А. А. Надейкина, А. С. Морозова*

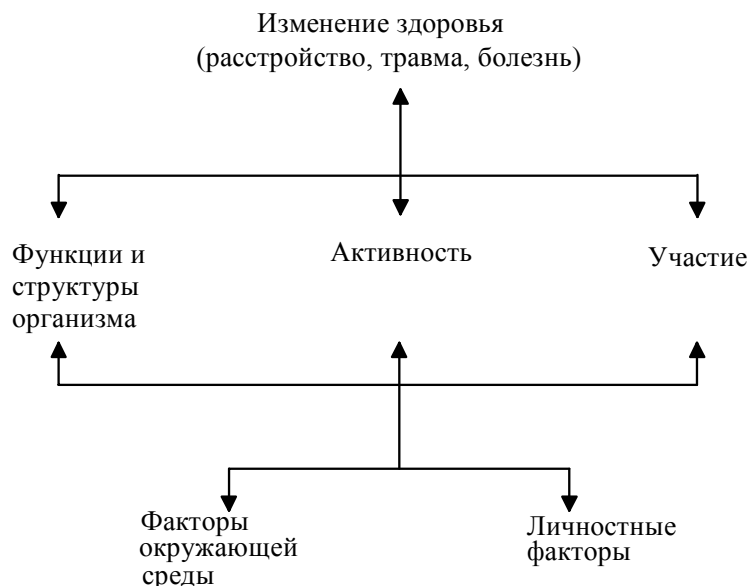
Позвоночно-спинно-мозговая травма (ПСМТ) - механическое повреждение позвоночника и/или содержимого позвоночного канала (спинного мозга, его оболочек и сосудов, спинномозговых нервов). Эпидемиологические исследования показывают, что ПСМТ составляет от 1 до 4% от общего числа больных с различными видами травм, а ее частота в различных географических регионах колеблется от 29,4 до 50 случаев на 1 миллион жителей. Более половины пострадавших - лица моложе 40 лет, при этом, мужчины травмируются в 2,5 - 4 раза чаще, чем женщины. Ежегодно в РФ регистрируется 50 тысяч случаев ПСМТ, из которых свыше 8 тысяч человек становятся тяжелыми инвалидами, а смертность в остром периоде травмы достигает до 6,3%. За последние 70-лет произошел рост спинального травматизма более чем в 200 раз. В структуре внешних причин бытовые травмы занимают 68,6%, дорожно-транспортные - 23,3%, производственные - 4,8%, спортивные - 1,7%, прочие - 1,6%. Более тяжелой ПСМТ и смертность отмечены при дорожно-транспортных происшествиях. Учитывая, что за последние годы происходит увеличение частоты чрезвычайных ситуаций, террористических актов, техногенных катастроф, производственных травм прогнозируется увеличение числа пострадавших от ПСМТ. В связи с чем, большое значение приобретают вопросы комплексной реабилитации больных в раннем периоде ПСМТ, так и инвалидов с ее последствиями.

Необходимость проведения длительных реабилитационных мероприятий подтверждается фактами, что у пациентов с синдромом полного поперечного поражения спинного мозга (СМ) в остром периоде травмы, в сроки от 3 до 25 лет после травмы картина полного анатомического перерыва подтвердилась только у 36,5%, у остальных 63,5% наблюдалось различной степени восстановление ранее нарушенных функций.

ПСМТ отличается от других травм из-за ряда анатомических особенностей: высокой плотности проводящих путей и центров; расположением СМ внутри позвоночника; вариабельностью размеров позвоночного канала и кровоснабжения; возможным наличием остеофитов. Данные особенности определяют индивидуальность реабилитационного потенциала и исхода восстановления нарушенных функций.

К механизмам травматизации СМ и корешков относят: сдавление костными фрагментами, связками, межпозвонковым диском, инородным телом, гематомой; растяжение - в результате сильного сгибания, «перегиба» позвоночника и СМ; отек - появляется сразу же после получения травмы и способствует дальнейшему нарушению микроциркуляции; нарушение кровообращения - чаще всего возникает в результате сдавления костными структурами передних или задних артерий СМ. В патогенезе ПСМТ ведущими механизмами повреждения являются некроз и апоптоз. Некротический очаг впоследствии преобразуется в глиально-соединительнотканый рубец, значительно ухудшающий восстановительные возможности пациентов с ПСМТ. Апоптоз - механизм отсроченного, вторичного повреждения клеток, обозначающего физиологическую гибель клеток, в норме необходимую для обновления и дифференцировки тканей. При ПСМТ развитие апоптоза связаны с воздействием на геном клетки: нейромедиаторов (глутамат, аспартат); медиаторов воспаления; избытка внеклеточного Ca^{2+} ; ишемии. Ишемия, возникающая при компрессии сосудов, в течение 3-х часов вызывает полностью необратимые изменения нейронов. В связи с вышесказанным, чрезвычайно актуальна организация и проведение адекватной интенсивной терапии в остром периоде травмы и ранней медицинской реабилитации в подостром и раннем восстановительном периодах.

Развитие социальных последствий ПСМТ и организация и проведение комплексных реабилитационных мероприятий необходимо рассматривать с позиции методологии концепции МКФ; ВОЗ, 2001г.



При ПСМТ повреждаются следующие анатомические структуры: структуры спинного мозга и смежных структур; структуры симпатической нервной системы. Нарушаются функции организма: функции мышц, движений, приема пищи, иммунной системы, сердечно-сосудистой системы, мочеиспускания, сексуальные функции, дефекации.

Ограничиваются следующие виды активности: выполнение общих заданий и требований (выполнение повседневного распорядка); мобильности (перемена и сохранение положения тела, пользование предметами, перемещение и их передвижения, выполнение точных движений кистью, ходьба и передвижения, передвижения с использованием транспортных средств); самообслуживания (мытье, уход за частями тела, физиологические отправления, одевания, прием и приготовления пищи, питье, забота о своем здоровье); бытовой жизни (приобретение предметов первой необходимости, ведения домашнего хозяйства, уход за предметами и помощь окружающим).

Ограничивается участие в межличностных взаимодействиях и общении (отношения с посторонними людьми, семейные отношения, интимные отношения); в главных сферах жизни (образование, трудовая деятельность, экономическая жизнь); в жизни в сообществах, общественная и гражданская жизнь (общественная жизнь, права человека).

Из факторов контекста влияние оказывают личностные факторы: психологические особенности, уровень депрессии, уровень тревоги, уровень мотивации, тип отношения к болезни, социальное происхождение, образование, профессия, предыдущий опыт. Из средовых факторов влияют: ближайшее окружение; учреждения; социальное окружение; культурная среда, здания, жилище и т.д.; политическая среда; климат. В связи с этим, программа реабилитации должна включать мероприятия, учитывающие все компоненты МКФ и реализовываться с учетом принципов комплексности, этапности, мультидисциплинарного подхода.

Алгоритм (технология) комплексной реабилитации может включать следующие этапы: комплексную реабилитационную диагностику, учитывающую медицинский, психологический, социальный компоненты; анализ полученных данных с позиции МКФ; определение реабилитационного потенциала и постановка ближайшей и отдаленной целей реабилитации; составление индивидуального реабилитационного маршрута (программы); реализация программы комплексной реабилитации; оценку эффективности реабилитационной программы. После завершения курса реабилитации в учреждении выделяют поддерживающий этап и этап социальной реинтеграции, охватывающий все компоненты социальной активности (обучение, занятость, хобби, спорт, семья, экономика).

Мультидисциплинарный подход объединяет специалистов, которые работают как единая команда (бригада) с четко согласованностью действий, что обеспечивает целенаправленный подход к реализации задач реабилитации. В состав междисциплинарной команды должны входить: невролог, уролог, мед сестра, физиотерапевт, эрготерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе. Желательно включение в состав бригады и диетолога. Если междисциплинарная команда не функционирует, то качество и исход реабилитационного процесса должен быть поставлен под сомнение.

Выделяют следующие механизмы восстановления функций (саногенеза), нарушенных в результате поражения СМ: реституцию – спонтанное восстановление нейродинамических взаимоотношений и декомпрессии СМ, вследствие уменьшения активности патологической доминанты, гипоксии, отека и нарушений кровообращения; регенерацию - способность к росту и размножению специфических элементов различных тканей (спраутинг); компенсацию - механизм замещения или возмещения утраченных или недостаточных функций и механизм "learned non-use" , пациент разучился использовать функции, которые не востребованы.

В связи с этим основные задачи реабилитации включают два аспекта:

Медицинский аспект

- 1) создание максимальных условий для регенеративных процессов в спинном мозге;
- 2) предупреждение и лечение осложнений, вызванных травмой, в том числе:
 - инфекционно-воспалительных;
 - трофических;
 - нарушений функций тазовых органов;
 - деформаций опорно-двигательного аппарата;

Социальный аспект

- 3) обучение навыкам самообслуживания, передвижения;
- 4) профессиональное переобучение, трудоустройство, социальная реинтеграция.

В зависимости от стадии восстановительного процесса, а также реабилитационного потенциала процесс реабилитации пациентов с ПСМТ реализуют в двух направлениях:

Первое основано на создании условий, благоприятствующих росту аксонов; либо с замещением разрушенных клеток новыми, функционально полноценными;

Второе - на развитии механизмов, обеспечивающих компенсацию функций за счет:

- сохранившихся элементов поврежденной структуры;
- структур, близких в функциональном отношении к поврежденным;
- дополнительных структур и механизмов.

Необходимо учитывать компоненты компенсации. Согласно Л. Д. Потехину, 2002, выделяют:

- специфические компоненты, когда движения в паретичных конечностях полностью управляются пациентом (сила, скорость, ритм, точность);
- неспецифические - перемещение парализованного сегмента тела становится возможным, благодаря содружественному участию непораженных (или менее пораженных) синергистов (например, захват и удержания предмета осуществляют обе кисти; сгибание руки достигается путём использования шейного тонического облегчения);

- резервные - необычный способ осуществления функции (например, при невозможности писать рукой, реабилитируемый обучается выполнять этот навык ртом).

Если компенсаторные возможности исчерпаны, используют следующие подходы:

- приспособительный подход - реализация функций достигается обучением пользованию механическими приспособлениями (компьютер - для письма и общения; корсеты, фиксирующие аппараты, шпатель, манжеты, трости, костыли - для сидения, стояния и перемещения);
- адаптационный подход - при крайнем дефиците двигательных возможностей (тяжелое общее состояние, дыхательная недостаточность, грубый вялый паралич, контрактуры) инвалиду необходима постоянная помощь другого человека (требуется обучение родственников приемам пассивной кинезиотерапии и навыкам ухода).

Другим механизмом компенсаций при восстановлении утраченных функций является перестройка самих функциональных систем (ФС). Исследования П. К. Анохина показали, что каждая ФС (дыхания, пищеварения, кровообращения, ходьбы и т.д.) исходно располагает комплексом разнообразных афферентных связей, образующих своеобразное "афферентное поле", необходимое для её нормальной работы. В процессе онтогенеза большее число афферентаций различной модальности теряет свою актуальность, остается лишь небольшой круг реально действующих входов. Как правило, выделяется одна "ведущая афферентация", в то время как остальные переходят в латентное состояние, образуя "запасной фонд" данной ФС. Используя этот механизм на практике, возможно восстановление мочеиспускательной функции следующим образом - акт мочеиспускания осуществляется под влиянием интероцептивной импульсации, однако он может реализоваться в ответ на гипероафферентные стимулы иной модальности - зрительные или акустические ("медвежья болезнь").

В современных условиях применяют следующие методы восстановительного лечения и реабилитации:

- медикаментозные средства - вазоактивные, метаболические, в основном ноотропного ряда, витаминотерапию;
- физиотерапию;
- кинезотерапию (использование нейроразвивающих методик – PNF-терапии, Войта-терапии);
- эрготерапию;
- психологическое сопровождение;
- социальные терапии.

Помимо хорошо известных фармакологических препаратов широкое применение нашел отечественный полинейропептид - кортексин, влияющий на апоптоз и контролирующий весь жизненный цикл нейронов и их взаимодействие. Препарат состоит из L-аминокислот, соединенных амидными связями – NO-CH-, Минералов (цинк, литий, марганец, магний, селен и др.); витаминов B1, B2, PP, A, E. Кортексин поддерживает процесс ремиелинизации, что связано с тканеспецифичностью, а также содержанием фактора роста нервов, наличием аминокислот (глицина, тирозина, глутаминовой кислоты, лизина, аланина и др), участвующих в синтезе миелина. Содержащиеся в препарате аминокислоты-нейромедиаторы способствуют подавлению патологически усиленной импульсации центральных мотонейронов и ретикулярной формации, а также торможению моно- и полисинаптических рефлексов в спинном мозге, чем обусловлен эффект снижения спастичности и ригидности мышц.

Из физиотерапевтических методов широко используется транскраниальная электростимуляция, и электростимуляция мышц, которые значительно ускоряют восстановление двигательных функций.

Главная задачей кинезотерапии и эрготерапии являются максимально возможное восстановление функций верхних конечностей (от самообслуживания до профессиональных навыков) и нижних конечностей (максимально независимая мобильность, самостоятельное передвижение). При этом выделяют основные этапы:

- 1-й этап - Постельный режим; лечение положением: гигиеническая активно-пассивная гимнастика для всех суставов конечностей, начиная с проксимальных (лучше - парная с помощью двух инструкторов). При сохранной функции верхних конечностей - посильное самообслуживание
- 2-й этап - Постепенный переход из постоянного положения лежа в положение сидя с опорой на приподнятый головной конец функциональной кровати
- 3-й этап - Пересаживание в коляску. Прогулки в коляске активно при сохраненных верхних конечностях или пассивно вначале в помещении, затем - на открытом воздухе
- 4-й этап - Максимально возможное восстановление функций верхних конечностей (от самообслуживания до профессиональных навыков) и нижних конечностей (передвижение)
- 5-й этап - При невозможности восстановлений функций нижних конечностей - обучение пользованию коляской активного типа по программе «Активная коляска»

Большое значение в этом направлении отводится вопросам ухода, профилактики пролежней, контрактур. Для этого необходимо иметь не только обученных медицинских сестер, но и проводить обучение родственников пациентов.

Психологическое сопровождение процесса комплексной реабилитации пациентов с ПСМТ является неотъемлемой частью комплексного подхода. Целью психологического сопровождения является профилактика и коррекция последствий посттравматического стрессового синдрома. Проводятся групповые и индивидуальные занятия, а также работа с родственниками. Одним из современных методов психологической реабилитации является метод биологически обратной связи (БОС), называемый методом адаптивного биоуправления или биореабилитацией. Пациенту с ПСМТ использование БОС проводится с целью формирования мотивации достижения на успех в реабилитации, тренировки волевой сферы. При эмоциональных расстройствах коррекция направлена на обучение навыкам саморегуляции, снятию психоэмоционального напряжения. Очень важную роль в процессе реабилитации инвалидов, перенесших ПСМТ, занимает работа с семьей. Цель данной работы - психологическая поддержка и помощь в адаптации к изменившимся условиям жизни инвалида и его семьи.

Из социальнотерапевтических методов широко используем обучение пользованию коляской активного типа, адаптивную физкультуру и спорт, спортивные танцы на колясках и т.д. Очень большое значение отводится изучению условий проживания пациентов ПСМТ и рекомендациям по адаптации окружающей среды к его возможностям пациента.

Таким образом, в современных условиях приоритетным направлением реабилитации пациентов с ПСМТ является комплексный подход, который учитывает с позиции МКФ все аспекты жизнедеятельности, активности и участия человека и дает возможность в более полной мере восстановить биологические, психологические и социальные его функции.

Инновационные технологии в подготовке кадров. Эффективное партнёрство

*Республика Татарстан, г. Набережные Челны
Государственное бюджетное учреждение для детей и подростков
с ограниченными возможностями «Солнышко»
Г. А. Шакирова, Н. Н. Ракеева*

Целью социальной политики государственных и негосударственных организаций в отношении людей с инвалидностью является их интеграция в социальную среду.

В связи с этим, особую востребованность приобретает подготовка квалифицированных специалистов, в частности, социальных педагогов, деятельность которых направлена на формирование личности инвалидов, их социальную адаптацию и интеграцию в социокультурное окружение.

Взаимодействие ГБУ РЦДиП «Солнышко» и Набережночелнинского государственного педагогического института (НГПИ) в плане подготовки студентов осуществляется более трёх лет.

Основными принципами эффективного партнёрства являются:

- обратная связь теоретического обучения и практики (применение на практике теоретических знаний с постоянной актуализацией);
- последовательность (позапное освоение всего комплекса профессиональных умений и навыков);
- преемственность (содержательная взаимосвязь всех видов практики);
- динамичность (постоянное усложнение задач различных видов практик);
- полифункциональность (одновременное выполнение в ходе практики различных функций);
- перспективность (знакомство со сферами социально-педагогической деятельности с учётом их перспективного развития);
- свобода выбора (учёт интересов);
- сотрудничество.

Именно такие принципы способствуют тому, что в ходе партнёрства проявляется взаимная ответственность за результаты.

В любом обществе, построенном на гуманистических и демократических основах, здоровье человека является высшей ценностью, важнейшим достоянием общества, государства, а не только семьи или отдельной личности. При этом здоровье ребёнка приобретает первостепенное значение. Действительно, в цивилизованном обществе – это бесспорный национальный приоритет, основание и залог развития, жизнестойкости, будущего нации и государства. Повышение качества жизни социально уязвимых групп населения является крайне важной и ответственной задачей и, безусловно, одним из приоритетов государственной политики. Достижение ощутимых результатов на этом пути невозможно без тесного конструктивного сотрудничества и с общественными организациями, и с представителями молодёжных движений.

Целью сотрудничества является конструирование модели эффективного партнёрства в процессе прохождения социально-педагогических практик студентов и развитие поддержки социально

значимых проектов в ходе совместной деятельности со специалистами Центра, направленных на благотворительность.

С задачами сотрудничества можно соотнести следующие тезисы:

- углубление и совершенствование теоретических знаний, установление их связи с практической деятельностью;
- развитие личностных качеств, необходимых в предстоящей деятельности;
- формирование профессиональных умений и навыков (коммуникативных, организаторских, диагностических, проектировочных, дидактических, аналитических);
- знакомство с работой учреждения и направлениями работы специалистов Центра;
- освоение современных социально-педагогических технологий коллективной, групповой, индивидуальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья;
- создание условий для развития способностей и самореализации студентов, для формирования их собственного стиля деятельности;
- формирование у них творческого и исследовательского подходов к своей деятельности.

Практика в Центре является связующим звеном между теоретическим обучением студентов в вузе и их самостоятельной деятельностью в дальнейшем. Она осуществляется в два этапа: обзорно-ознакомительная (однодневный выход) и производственная (один месяц). В процессе прохождения практики студенты знакомятся как с направлениями деятельности учреждения в целом, так и отдельных специалистов; с историей создания учреждения; со его структурой; контингентом детей; методами и формами работы с родителями; нормативно-правовой базой функционирования учреждения; условиями взаимодействия Центра с различными учреждениями и общественными организациями города; материально-технической и дидактической базой учреждения. Кроме того, студенты оказывают помощь в проведении различных мероприятий: оформляют стенды и методические материалы, проводят совместные занятия со специалистами и др. По итогам практики оформляется отчетная документация и проводится аттестация.

Социальная работа является специфическим видом социальной деятельности, прямо или опосредованно охватывающим практически все стороны общественного бытия. Она оказывает особое, сложное и многомерное воздействие на личность и общество, далеко не всегда совпадающее по направленности с другими детерминантами общественного развития.

Высокая эффективность сотрудничества в данной области достигается благодаря наличию квалифицированных специалистов в наших учреждениях и соответствующей базы в Центре. Кроме того, результативность подготовки студентов повышается за счёт применения дистанционного метода обучения с применением сайтов РЦ «Солнышко» и НГПИ.

Следовательно, сотрудничество в области социальной работы - одно из важнейших условий и средств развития и совершенствования человека и общества, достижения ими благополучия и устремлённости к благу, поскольку оно требует от человека и общества соответствующих установок и обуславливает их оптимальную подготовленность к деятельности, направленной на трансформацию, совершенствование общественного и индивидуального бытия.

К вопросу о создании доступной среды жизнедеятельности для инвалидов к объектам социальной инфраструктуры

*Республика Татарстан, г. Набережные Челны
Начальник управления социальной защиты Министерства труда,
занятости и социальной защиты
Г. К. Ахметова*

Для достижения независимости и самостоятельности инвалидов в сфере самообслуживания необходимо приспособление жилищ и общественных зданий к особенностям и специфическим потребностям инвалидов, устройство для беспрепятственного доступа инвалидов в любое помещение. Это пандусы при входе в здание, определенные типы, размеры и конструкции дверей и тамбуров, лифты и подъемники для инвалидов на кресло-колясках, дополнительные ограждения лестничных проемов, приспособления, облегчающее инвалидам самообслуживание в раздевалных, душевых и уборных помещениях.

Вопросы обеспечения беспрепятственного доступа инвалидов регулируются статьей 15 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ/

При проектировании и сдаче новых социальных объектов в городе контролируются вопросы по установке пандусов, поручней, пологих спусков для маломобильных групп населения. Хорошим примером этого можно назвать Ледовый дворец, Центр материальной помощи (компенсационных выплат) и управление Пенсионного фонда в пос. ГЭС (д. 4/2-2), торговые павильоны города.

После проведения реконструкции, 21 июня состоялось открытие Модельного реабилитационного Центра «Изгелек» в рамках реализации проекта «Социальная интеграция инвалидов в Приволжском

Федеральном округе». В здании выполнены все нормативные требования по созданию условий для проведения всего комплекса мер социальной реабилитации инвалидов, все требования СНиП по формированию безбарьерной среды и беспрепятственного доступа лиц с инвалидностью.

Работа по обустройству наружными пандусами и спусками тех подъездов, где проживают инвалиды-колясочники, продолжается. Специалисты администраций совместно с активистами общественных организаций инвалидов обошли все квартиры, где проживают инвалиды-колясочники, индивидуально побеседовали с каждым. Общее количество инвалидов-колясочников составляет 570 человек, в 284 подъездах уже установлены пандусы, в 212 подъездах требуется установка наружных пандусов, в 19 домах установка невозможна в силу технических условий.

К сожалению, в старом жилом фонде невозможно устройство внутренних откидных пандусов (это относится к пятиэтажкам) по техническим условиям, так как согласно СНиП 35-01-2001, который введен в действие с 01.09.2001г., ни размеры лестничных маршей, ни уклоны лестниц не соответствуют требованиям. Такая же проблема существует и при устройстве доступной среды для маломобильных групп населения в уже построенных зданиях и сооружениях объектов соцкультбыта (библиотеки, больницы, магазины, учреждения спорта и т.д.).

Но безвыходных ситуаций не бывает. Федеральный закон от 24.11.1995г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» в статье 15 предусмотрел вариант предоставления мер, обеспечивающих удовлетворение минимальных потребностей инвалидов: «В случаях, когда действующие объекты невозможно полностью приспособить для нужд инвалидов, собственниками этих объектов должны осуществляться по согласованию с общественными объединениями инвалидов меры, обеспечивающие удовлетворение минимальных потребностей инвалидов». На сегодняшний день Городское общество инвалидов заключает соглашения с юридическими лицами и собственниками, в которых оговариваются условия и порядок предоставления услуг тем людям, кто не имеет доступа к объектам социальной инфраструктуры.

К позитивным моментам можно отнести и то, что на стоянках у предприятий торговли, сферы услуг, медицинских, спортивных и культурно-зрелищных учреждений выделяются места для парковки специального автотранспорта, которые обозначаются значком (рынок, ТЦ «Омега»). Сегодня в городе имеется более шестисот автомобилей, которыми управляют инвалиды. Этот транспорт, который был получен через Министерство социальной защиты до 01.01.2005 г.

Все социальные учреждения оборудованы наружными пандусами и спусками, Центр реабилитации инвалидов «Изгелек» и Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Солнышко» - специальными лифтами и внутренними поручнями.

Торговля, общественное питание и бытовое обслуживание – всего 1712 объектов расположены в 747 зданиях, в 418 из них имеется возможность доступа без наличия пандуса, в 92 нет технической возможности установить пандусы. Необходимо обустройство пандусов на 143 объектах. В 57 объектах торговли не имеется доступа на 2-ой и последующие этажи. Здесь необходима установка специальных подъемников или лифтов. Образцом учреждения торговли по созданию доступной среды для инвалидов может служить ТЦ «Омега». Здесь все выполнено в соответствии со СНиП.

Благодаря предпринимателям Бурганову Руслану и Гариной Наталье, которые приобрели специальный транспорт – автомобили «Газель» со специальной платформой для перевозки инвалидов на кресло-колясках, инвалиды-колясочники имеют возможность посещать и концертные залы, и кинотеатры, и спортивные сооружения. Теперь инвалид на коляске может по заявке бесплатно посетить лечебные учреждения, получить медицинские услуги.

С начала года специалистами Управления социальной защиты совместно с прокуратурой города проведено 35 проверок по созданию доступной среды для инвалидов. Цель проверок – соблюдение исполнения законодательства о социальной защите инвалидов в части обеспечения доступности инвалидов к объектам социальной инфраструктуры (установка пандусов, поручней и выделения мест для парковки специального автотранспорта). Подготовлено свыше 10 исковых заявлений прокурора в горсуд; ОАО «Новгородское», ООО «Восточно-промышленная компания Кама», ЗАО «Яр Буе», школа-интернат «Омет», спортивные сооружения города, библиотеки. и т.д. Все решения вынесены в пользу инвалидов.

И все-таки основным результатом проделанной работы можно считать изменившееся отношение как руководителей городских предприятий и организаций, так и общества в целом к проблеме доступности среды. Вопрос «Нужны ли нашему городу доступная для маломобильных групп населения инфраструктура?» уже не стоит, ответ на этот вопрос очевиден. На данном этапе идет поиск технических и архитектурных решений переоборудования зданий, построенных по проектам, в которых не была заложена установка пандусов и лифтов.

В первом полугодии 2007 года 34 объекта введено в эксплуатацию. Но не на всех объектах созданы условия для беспрепятственного доступа инвалидов. Зачастую бывает, что на первый этаж пандус имеется, а на все последующие этажи инвалид на коляске посетить не может. Этот раздел многими руководителями выполняется чисто формально (отсутствуют пандусы, поручни, ширина двери не соответствует требованиям, отсутствуют туалетные помещения, места парковки для транспорта инвалидов и многое другое).

Все социальные учреждения города, государственное федеральное учреждение медико-социальной экспертизы, филиал № 9 регионального отделения Фонда социального страхования РФ по

Республике Татарстан оборудованы наружными и внутренними поручнями и пандусами, позволяющим людям с особым социальным статусом самостоятельно посещать эти учреждения.

В 2006 г. было установлено 80 единиц звуковых приставок на светофорных объектах города на общую сумму 106,4 тыс. рублей. В настоящее время на всех пешеходных переходах через проезжую часть улиц на светофорных объектах города, где имеется техническая возможность, световые сигналы синхронно дублируются звуковым сопровождением. Все звуковые приставки установлены за счет средств городского бюджета. Все подземные переходы оснащены ориентирующими дорожками вдоль оси прохода для передвижения слепых граждан.

Вопросы создания доступной среды для инвалидов стоят на личном контроле Мэра города. Еженедельно на совещаниях с хозяйственными руководителями заслушивается информация по данному вопросу.

2. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: ПОТРЕБНОСТЬ И НУЖДАЕМОСТЬ

Потребность инвалидов трудоспособного возраста в социальной реабилитации

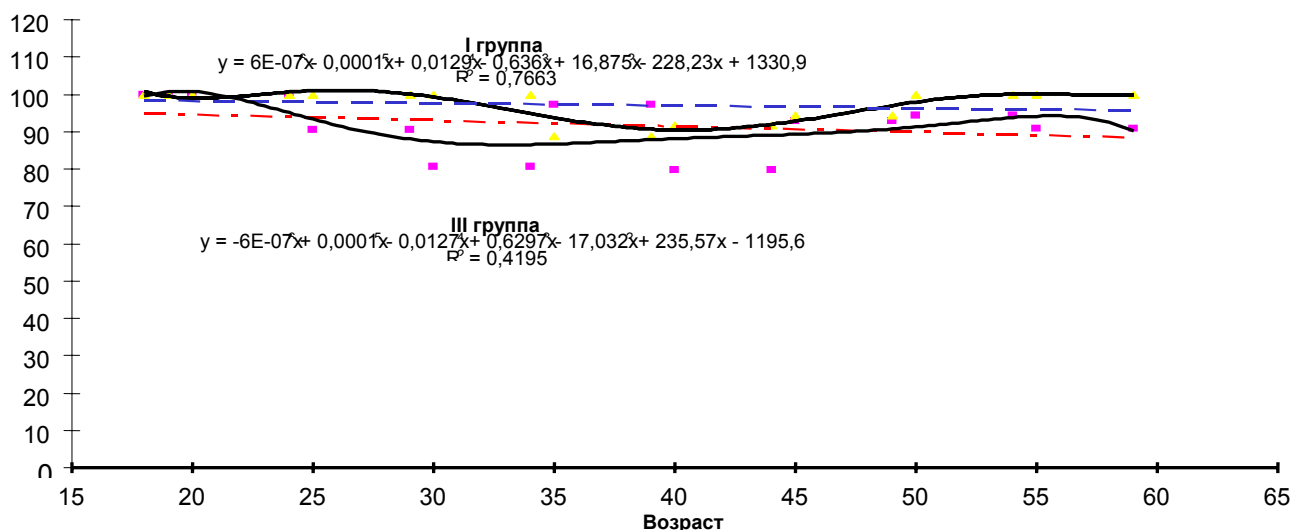
Пермский край, г. Пермь
ГКУ СОН «Центр комплексной реабилитации инвалидов»
Ю. А. Мавликаева, В. А. Бронников

Важнейшим направлением комплексной реабилитации инвалидов является реализация социального ее компонента. В рамках целевой программы «Реабилитация и обеспечение жизнедеятельности инвалидов Пермского края на 2006-2008 годы» проведено изучение нуждаемости инвалидов трудоспособного возраста в мерах социальной реабилитации по специальной программе. В исследовании приняли участие более 1100 лиц трудоспособного возраста, проходившие освидетельствование (переосвидетельствование) в бюро медико-социальной экспертизы в 2006 году.

Полученные результаты свидетельствуют, что социальная реабилитация (СР) требуется 96% обследованных. Наибольшая потребность в ней отмечается среди инвалидов I и II группы (98,4% и 97,9%, соответственно). Инвалиды, проживающие в сельской местности, несколько чаще нуждаются в этом виде реабилитации, чем городские жители (97,7% и 95,1% соответственно). При этом в мерах социальной реабилитации нуждаются все инвалиды I и II группы, проживающие в сельской местности.

Высокая востребованность услуг социальной реабилитации отмечается во всех возрастных группах. Наибольшую потребность в них испытывают лица в возрасте 18-29 лет (98,4%) и 50-59 лет (97,6%). Несколько ниже она у 30-39 (95%) и 40-49-летних инвалидов (91,6%). Более высокий уровень потребности в данных услугах отмечен у инвалидов I группы. Полиномиальные регрессионные модели, составленные по данным нуждаемости инвалидов I и III группы в социальной реабилитации, имеют достоверные различия по F-критерию ($p < 0,05$) (рис. 1).

Рис. 1. Потребность инвалидов I и III группы в социальной реабилитации в зависимости от возраста (показатель на 100 обследованных)



Анализ потребности в различных видах социальной реабилитации показал, что в целом для инвалидов и их семей приоритетным является информационная поддержка и консультационная помощь (83,4 на 100 обследованных). На втором месте по значимости находится социально-психологическая реабилитация, она требуется каждому второму инвалиду трудоспособного возраста. Среди видов психологической помощи наиболее востребованными являются психологическая коррекция (34,1%), психодиагностика (31,4%), психологическая помощь семье (16,7%). Наиболее высока потребность в психологической коррекции у инвалидов с онкологическими заболеваниями, болезнями нервной и эндокринной системы, имеющих I и II группу (48,0%, 50,7% и 57,1% соответственно). Психологическая диагностика чаще требуется инвалидам вследствие болезней нервной системы и органов чувств, последствий травм, заболеваний опорно-двигательного аппарата и органов кровообращения. Психологическая помощь требуется семьям, имеющим инвалидов вследствие онкозаболеваний, последствий травм. Содействие в решении личных проблем необходимо 36 из 100 обследованных. Важное значение имеет адаптационное обучение инвалида и его семьи, а также оказание юридической помощи. В этих видах помощи нуждается каждый четвертый обследованный.

Показатель потребности инвалидов в посторонней помощи и уходе составляет 22,5 на 100 обследованных, из них в постоянной посторонней помощи – 39,6%, частичной посторонней помощи – 60,4%. В уходе нуждаются все инвалиды I группы, из них 78,7% лиц требуется постоянная посторонняя помощь. Потребность инвалидов II группы значительно ниже – 21,6, а III группы – 1,2 на 100. В уходе чаще нуждаются молодые инвалиды (18-29 лет) (36,6 на 100) и лица в возрасте 54-59 лет (30,2 на 100). Потребность в нем сельских жителей выше, чем городских (26,8 и 21,0 на 100, соответственно). Посторонний уход наиболее востребован при болезнях нервной системы (49,0%), травмах (41,6%), онкологических заболеваниях (26,5%), врожденных пороках развития (23,1%), болезнях костно-мышечной системы (19,5%), заболеваниях органов кровообращения (19,2%). Каждый пятый среди обследованных лиц нуждается в социокультурной реабилитации. Обеспечение и обучение пользованию техническими средствами реабилитации требуется в основном инвалидам вследствие заболеваний опорно-двигательного аппарата, последствий травм, болезней глаз, а также заболеваний органов кровообращения.

Наименьшая потребность отмечается в переоборудовании квартиры с учетом психосоматических возможностей, а также в реабилитации средствами физкультуры и спорта (в 4,9 случаях на 100 обследованных). Необходимость в адаптации жилья в соответствии с нуждами пациентов отмечается у инвалидов с последствиями травм (55,0%), болезнями органов кровообращения (33,9%), заболеваниями опорно-двигательного аппарата (7,1%) и нервной системы (3,6%). В установке поручней и пандусов нуждаются 25,7% инвалидов, изменении этажа проживания – 18,1%, настиле нескользящих полов – 17,1%, расширении дверных проемов и переоборудовании санузла – по 14,3%, благоустройстве жилья – 5,3%, переоборудовании электропроводки – 3,3% от общего числа нуждающихся в этом виде помощи.

Потребность в социальной реабилитации у мужчин выше, чем у женщин ($p < 0,001$). Причем максимальный показатель отмечен у мужчин, имеющих I группу инвалидности; он превышает таковой у женщин в 1,5 раза ($p < 0,001$). Мужчины в 1,5-3 раза чаще, чем женщины нуждаются в обеспечении и обучении пользованию техническими средствами реабилитации, адаптации жилья, содействии в решении личных проблем. Тогда как для женщин более актуальна социально-психологическая реабилитация.

Отмечаются определенные различия в видах социальной реабилитации с учетом тяжести инвалидности. Чем выше степень инвалидности, тем больше потребность в СР. Так, если каждому инвалиду I группы требуется в среднем четыре, то инвалиду II группы – три, III группы – два вида социальной реабилитации.

Большое влияние на спектр услуг социальной реабилитации оказывает характер и степень ограничения жизнедеятельности. Наиболее высокий уровень потребности в видах социальной реабилитации отмечен у инвалидов с ограничением способности к самообслуживанию (358,2 на 100 обследованных) и передвижению (345,5 на 100). Несколько ниже данный показатель у лиц, имеющих ограничение способности к общению (317,8 на 100 обследованных), к обучению (302,7) и к трудовой деятельности (279,8).

Инвалиды, имеющие ограничение жизнедеятельности 3-й степени (I группа инвалидности), нуждаются, прежде всего, в уходе, а также социально-психологической реабилитации, информировании и консультировании, адаптационном обучении, обеспечении и обучении пользованию техническими средствами реабилитации. Это видно на примере лиц, имеющих ограничения способности к передвижению (рис. 2).

У лиц, имеющих ограничения жизнедеятельности 2-й степени (II группа инвалидности), спектр социальных услуг включает социально-психологическую реабилитацию, информирование и

консультирование, адаптационное обучение, а также уход и социокультурную реабилитацию (рис. 3).

Инвалиды с 1-ой степенью ограничения жизнедеятельности (III группа инвалидности) нуждаются в основном в социально-психологической и информационно-консультационной помощи (рис. 4). Аналогичные тенденции потребностей в услугах социальной реабилитации в зависимости от степени ограничения отмечаются и при других видах ограничения жизнедеятельности.

Следовательно, чем тяжелее степень ограничения жизнедеятельности, тем выше потребность в специализированном уходе и квалифицированном обучении персональному уходу, сохранности, социальным навыкам, пользованию техническими средствами реабилитации. У инвалидов с менее выраженной степенью ограничения значительно выше потребность в социализации и интеграции в общество. Поэтому среди них высока потребность в информационных, консультативных услугах, юридической помощи, помощи в решении личных проблем, а также в социокультурной реабилитации.

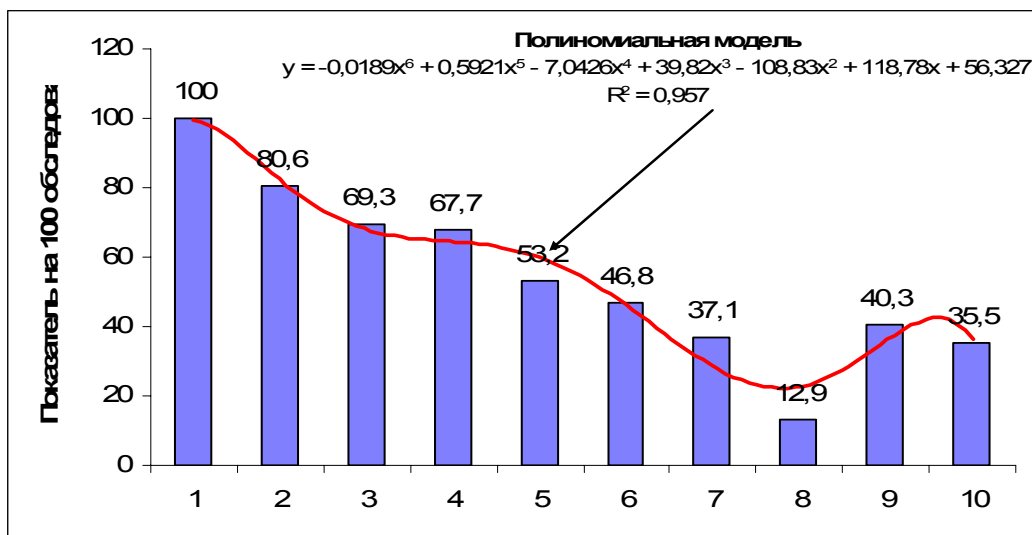


Рис. 2. Потребность лиц трудоспособного возраста, имеющих ограничение способности к передвижению 3-ей степени (I группа инвалидности), в различных видах социальной реабилитации. Обозначения: 1- уход; 2 – социально-психологическая реабилитация; 3 – информирование и консультирование; 4 – адаптационное обучение; 5 – обеспечение и обучение пользованию тех. средствами; 6 – адаптация жилья; 7 – социокультурная реабилитация; 8 – реабилитация средствами спорта; 9 – содействие в решении личных проблем; 10 – оказание юридической помощи

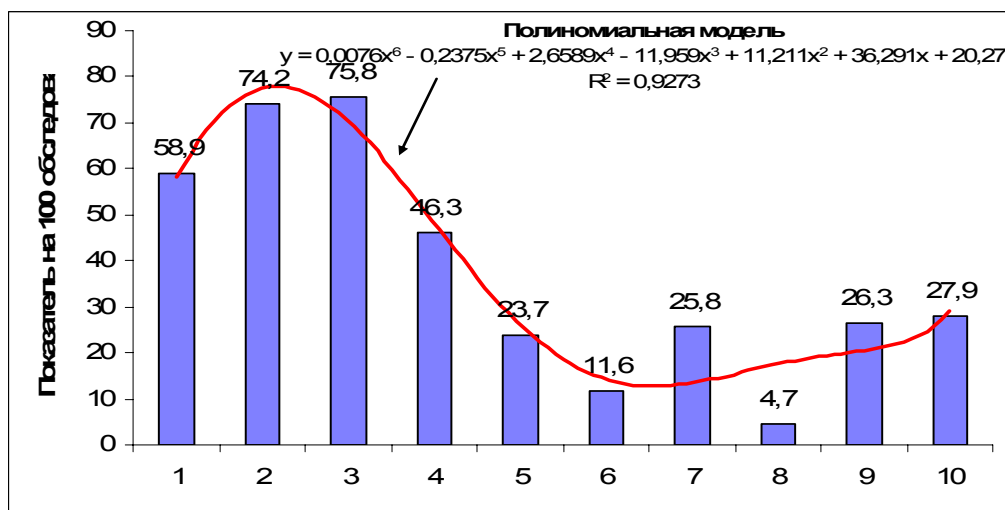


Рис. 3. Потребность лиц трудоспособного возраста, имеющих ограничение способности к передвижению 2-й степени (II группа инвалидности), в различных видах социальной реабилитации. Обозначения: 1- уход; 2 – социально-психологическая реабилитация; 3 – информирование и консультирование; 4 – адаптационное обучение; 5 – обеспечение и обучение пользованию тех. средствами; 6 – адаптация жилья; 7 – социокультурная реабилитация; 8 – реабилитация средствами спорта; 9 – содействие в решении личных проблем; 10 – оказание юридической помощи

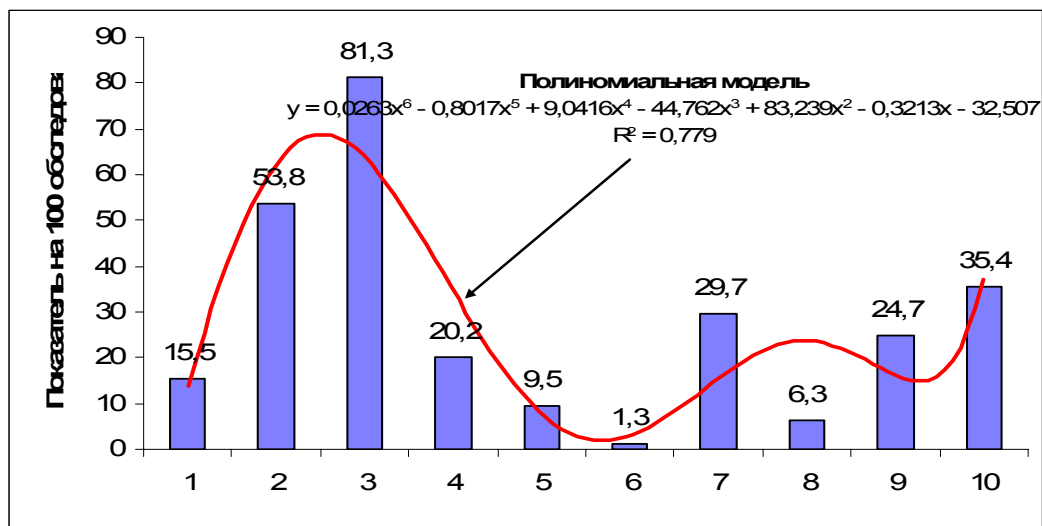


Рис. 4. Потребность лиц трудоспособного возраста, имеющих ограничение способности к передвижению 1-й степени (III группа инвалидности), в различных видах социальной реабилитации.

Обозначения: 1- уход; 2 – социально-психологическая реабилитация; 3 – информирование и консультирование; 4 – адаптационное обучение; 5 – обеспечение и обучение пользованию тех. средствами; 6 – адаптация жилья; 7 – социокультурная реабилитация; 8 – реабилитация средствами спорта; 9 – содействие в решении личных проблем; 10 – оказание юридической помощи

Таким образом, проведенное исследование выявило высокую потребность инвалидов трудоспособного возраста в социальной реабилитации в целом, а также дифференцированность структуры услуг, определяемой не видом инвалидизирующего заболевания, а ведущим ограничением жизнедеятельности. При этом можно выделить 4 основных блока потребностей (В. А. Бронников, 2006):

1. уход, адаптационное обучение семьи и инвалида навыкам независимого функционирования, обучение пользованию техническими средствами, адаптация жилья (эргономический аспект), содействие в решении личных проблем (т.е. наиболее важные сферы жизни);
2. социально-психологические, включающие все виды психологического сопровождения на разных этапах реабилитации;
3. информационное обеспечение инвалида и его семьи, оказание им юридической помощи;
4. социокультурная реабилитация и адаптивная физкультура и спорт (АФК).

Группа потребностей четвертого блока, а именно социокультурная реабилитация и АФК - это современные технологии не только социальной реабилитации, но и технологии социальной интеграции инвалидов в общество, так как они опираются, с одной стороны, на имеющиеся способности и возможности человека, а с другой, подразумевают обязательную включенность инвалида в общественные отношения (выставки, посещение театров, библиотек, участие в спортивных состязаниях и т.д.). Подготовка специалистов по социокультурной реабилитации и АФК, только что начинает осуществляться на базе педагогических и медицинских ВУЗов. В связи с чем, большое значение для удовлетворения данных потребностей приобретает уже имеющийся ресурс общественных организаций и спортивных учреждений (ведомств физкультуры и спорта, культуры). Для клиентов социальных служб и реабилитационных центров, а именно инвалидов I и II групп, данные технологии социальной реабилитации могут широко использоваться с целью восстановления и развития способностей к передвижению, общению, общественной деятельности, так как сопровождаются высоким положительным психо-эмоциональным и мотивационным уровнем, т.е. данные технологии могут рассматриваться как социотерапевтические.

Третий блок потребностей, а именно информационное обеспечения инвалида и его семьи, также оказание юридической помощи, содержит в себе, прежде всего, правовой и информационный компонент. Удовлетворение этого блока потребностей, как правило, является прерогативой правозащитных общественных организаций инвалидов, а также информационно-издательских комплексов (организаций). Безусловно, оказание квалифицированной юридической помощи специалистом по социальной работе, имеющим социально-правовую специализацию в условиях реабилитационного центра предпочтительнее, но не всегда возможно в связи с недостаточным количеством данных специалистов. Кроме того, подготовка справочных изданий, особенно информирующих население о полном перечне предоставляемых реабилитационных услуг в каждой конкретной территории, также требует привлечение специалистов, работающих с инвалидами.

Удовлетворение потребностей второго блока, а именно социально-психологических требует проведения квалифицированных психологических мероприятий: психологическая диагностика, психологическая консультация, психологический тренинг, психотерапевтическое воздействие, включая индивидуальные и групповые формы реабилитационной работы, целью которых является сформировать мотив, направленный на достижения успеха в реабилитационной деятельности. При этом возникает необходимость не разового психологического воздействия, а реализации долгосрочных программ психологического сопровождения всех направлений (технологий) реабилитации - медицинской, профессиональной, социально-бытовой, социально-средовой, занятия АФК и т.д.), так как разные виды социальной активности требуют от инвалидов разных установок, предъявляют к ним разные психологические требования и диктуют необходимость разнообразных форм адаптивного поведения. Последнее может значительно меняться и зависеть от тяжести инвалидизирующего заболевания, от нозологической формы, пола, возраста и ряда других факторов. В этом случае необходимо индивидуальное формирование программ психологического сопровождения с учетом структуры психологического дефекта, либо со стороны высших психических функций (преобладание когнитивного дефицита), либо со стороны эмоционально-волевой и личностной сферы (преобладание тревожно-депрессивного компонента). Совершенно очевидно, что удовлетворение данного спектра психологических потребностей возможно только высококвалифицированным специалистом – психологом, имеющим достаточный уровень подготовки, а реализация данных программ возможна в условиях только специализированного реабилитационного учреждения.

Удовлетворения потребностей первого блока, включающего уход, адаптационное обучение семьи и инвалида навыкам независимого функционирования, обучение пользованию техническими средствами, адаптация жилья (эргономический аспект), содействие в решении личных проблем (т.е. наиболее важные сферы жизни) с целью установления физической независимости инвалида, подбора ему оптимального вида продуктивной деятельности и социального функционирования (эрготерапевтический аспект), а также формирования семейного реабилитационного пространства, представляет собой наиболее важный и собственно содержательный компонент социальной реабилитации. При этом необходимым условием является то, что восстановление социального функционирования должно происходить в конкретно социально-бытовых, социально-средовых условиях (жилой модуль, включающий все необходимые функциональные зоны: кухня, гостиная, туалет, ванна, либо смоделированные или реальных условиях магазина, библиотек, вокзала, сада, огорода и т.д.). Во всем мире это является предметом деятельности эрготерапевтов. В настоящее время данная специальность крайне необходима в реабилитационных центрах, работающих с инвалидами, и является совершенно инновационной и современной технологией социальной реабилитации.

Полученные материалы имеют важное значение для планирования целевых программ, осуществление которых поможет реализовать права человека с инвалидностью на независимое функционирование и социальную интеграцию.

Современные основы социальной и психологической реабилитации в учреждениях социальной защиты населения

*Пермский край, г. Пермь
ГКУ СОН «Центр комплексной реабилитации инвалидов»
АНО «Научно-внедренческий центр «Аркус»
В. А. Бронников, М. С. Надымова*

1. Социальные ограничения, модели инвалидности, реабилитационный потенциал

Для выяснения содержания процесса реабилитации необходимо проанализировать сущность социальных ограничений и рассмотреть те барьеры, которые воздвигает перед человеком инвалидность. Социальные ограничения, вызванные дефектом здоровья, особенно трудно поддаются компенсации, поскольку носят комплексный характер. Именно поэтому они требуют привлечения усилий специалистов различных научных направлений.

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

Второй барьер – это **трудовая сегрегация**. Из-за своего заболевания инвалиды имеют более узкий доступ к рабочим местам или могут не иметь его вовсе. Такое положение обусловлено не столько ограниченностью их индивидуальных физических и/или интеллектуальных ресурсов, сколько неразвитым характером рынка труда для лиц с ограниченными возможностями. В условиях

рыночной экономики адаптация рабочих мест для таких индивидов рассматривается работодателями как невыгодная и нежелательная.

Однако необходимо отметить, что в условиях нашей страны барьер между личностью инвалида и продуктивным трудом может обуславливаться и **отсутствием трудовой мотивации** с его стороны. По данным отечественных и зарубежных экспертов, трудовая деятельность доступна приблизительно 2/3 всех инвалидов, работает же не более 11% из них. Это вызвано не только отсутствием специальных рабочих мест, но и доминирующей ориентацией инвалидов на получение льгот и пособий вместо труда. К сожалению, формирование современной трудовой мотивации и трудовой этики в нашем обществе блокируется тем обстоятельством, что нередко инвалидная пенсия является более солидным источником дохода, чем заработная плата, что закрепляет иждивенческий образ мышления.

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

Отсутствие или слабая сформированность безбарьерной среды является для инвалида еще одним серьезным препятствием (**пространственно-средовой барьер**). Даже в тех случаях, когда лицо с физическими ограничениями имеет средства передвижения (протез, кресло-коляска, специально оборудованный автомобиль), организация жилой среды и транспорта не является дружественной к инвалиду. К тому же современная реабилитационная индустрия выпускает недостаточное количество оборудования и приспособлений для бытовых процессов, самообслуживания, свободного передвижения, свободного передвижения, игр, занятий спортом.

Вероятно, для всех типов инвалидов важное препятствие представляет **информационный барьер**, который имеет двусторонний характер. С одной стороны, инвалиды испытывают затруднения в получении информации как общего плана, так и имеющей непосредственное значение для них (например, о мерах государственной поддержки инвалидов). Это вызвано экономическими причинами (например, невозможность купить газету) и дефицитом специальных носителей информации (например, телепередачи с сурдопереводом, книги брайлевского шрифта, кассеты и диски для слепых и т. д.). С другой стороны, существует информационный барьер, который отгораживает общество от инвалида: лицам с ограниченными возможностями гораздо труднее презентовать свои взгляды и позиции, донести до общества свои нужды и интересы.

Эмоциональный барьер тоже может быть двусторонним. Он может складываться из непродуктивных эмоциональных реакций по поводу инвалида (любопытства, насмешки, неловкости, чувства вины, гиперопеки, страха и т. д.) и фрустрирующих эмоций инвалида (жалость к себе, недоброжелательство по отношению к окружающим, ожидание гиперопеки, стремление обвинить кого-то в своем дефекте, стремление к изоляции и т. д.). Подобный комплекс является ретардирующим, т. е. затрудняющим социальные контакты в процессе взаимоотношений инвалида и его среды.

Наконец, комплексный характер имеет **коммуникативный барьер**. Он обусловлен сочетанием действия всех вышеперечисленных ограничений. Поэтому закономерно, что расстройство общения является одной из наиболее трудных социальных проблем инвалида, а восстановление нормальных для возраста и социального статуса коммуникаций – одной из наиболее важных целей социальной реабилитации инвалида.

Сущность и содержание социальной реабилитации в значительной мере зависит от того, как понимают инвалидность ведущие субъекты этого процесса, из каких идейно-методических оснований они исходят. Господствовавшая прежде **медицинская модель** инвалидности исходила из ведущей роли медицины в лечении дефекта, рассматривая инвалида как пациента. Реабилитация, таким образом, рассматривается исключительно с одной стороны – со стороны восстановления трудовых возможностей. В связи с этим в общественном сознании понятие «инвалидность» и «нетрудоспособность» воспринимаются как равнозначные и взаимозаменяющие термины. Необходимость опровержения такого подхода привела к появлению в научной литературе такого понятия, как **«социальная модель инвалидности»**.

Такой аспект рассмотрения проблемы исходит не из неизбежно ограниченного перечня болезней, нарушений и патологий, перечисляемых нормативными документами, а из факта наличия и степени утраты способности к социальному функционированию привычного, «нормального» для данного общества характера и уровня. Соответственно, решение проблем, связанных с инвалидностью, предполагается осуществлять в первую очередь через создание системы учреждений социального обслуживания, как комплексных, так и специализированных. Подобные учреждения должны быть доступны для населения территориально, по набору предлагаемых услуг, по условиям своей деятельности. Бесплатность оказания услуг нередко является для их клиентов жизненно важным фактором.

В последнее время получает также распространение **«политико-правовая модель инвалидности»**. Эта модель определяет следующий подход к решению проблем инвалидности: равные права человека, имеющего инвалидность, на участие во всех аспектах жизни общества должны быть закреплены законодательством, реализованы через стандартизацию положений и правил во всех сферах жизнедеятельности человека и обеспечены равными возможностями, создаваемыми социальной структурой.

Утверждение понятия **«лицо с ограниченными возможностями»** находится также в русле этих изменений представлений общества об инвалидности, правах и особенностях инвалидов. Подобный термин свидетельствует о том, что нет жесткой связи между юридической фиксацией инвалидности, всегда неизбежно ограниченной в силу финансово-экономических лимитов, и действительными дефицитами сил, здоровья, социальных и личных ресурсов, которые препятствуют индивиду нормально жить и развиваться в обществе.

В рамках нового подхода **сущность реабилитации** рассматривается не только (или не столько) в восстановлении здоровья, сколько в восстановлении (или создании) возможностей для социального функционирования при том состоянии здоровья, которым после излечения располагает инвалид. Таким образом, инвалидность трактуется как проблема не столько медицинская, сколько социальная. Цель общества – максимально полно обеспечить возможность для всех людей, с их специфическими, в том числе ограниченными, возможностями социального функционирования и развития.

Для осуществления этой специальной деятельности общества в отношении лиц с ограниченными возможностями создаются структуры, реализующие их социальную защиту. Под социальной защитой инвалидов понимается система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающим инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Содержание реабилитации рассматривается как процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушениями здоровья со стойким расстройством функций организма. **Цель реабилитации** – восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальной адаптации. К сожалению, в современных условиях именно эта социальная цель встречает наибольшие трудности, так как кризис трудовой сферы, отсутствие трудовой мотивации и возможности трудовой самообеспеченности ведут к предпочтению в ряде случаев статуса иждивенца, получателя пособий по инвалидности (это касается и вполне здоровых людей, которые не могут обеспечить себя и свою семью за счет собственного труда). Поэтому весь комплекс мероприятий социальной реабилитации направлен на восстановление и развитие активного социального субъекта, личности, способной к волевым усилиям, трудовой мотивации, саморазвитию. В этом аспекте нужно констатировать, что люди с ограниченными возможностями являются не столько объектами реабилитационного процесса, сколько полноправными участниками этой деятельности, субъектом социальной реабилитации, успех которой в значительной степени зависит от степени глубины их установки на восстановление их действенной социальной роли, а отсутствие сотрудничества может минимизировать эффективность социальной реабилитации или сделать ее совершенно невозможной.

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

В современном представлении содержание реабилитационного процесса неразделимо связано с понятием реабилитационного потенциала.

Реабилитационный потенциал – это биологические и социально-психологические возможности индивида, компенсирующие ограничения жизнедеятельности, которые возникли вследствие болезни или дефекта. При оценке реабилитационного потенциала инвалида основным является оценка сохранившихся возможностей организма и личности, а не констатация утраченного. Реабилитационный потенциал индивида складывается из медико-биологических возможностей организма, реабилитационных возможностей личности и реабилитационных возможностей микросоциума (общества в целом и значимого окружения), в котором существует и действует инвалид (М. В. Коробов, 1995).

Реабилитационный потенциал организма включает:

- биоэнергетический потенциал организма – оценка состояния иных органов и систем, задействованных в медико-биологическом аспекте реабилитации;
- генетико-конституционный потенциал организма – оценка наследственности, особенности конституции, пола и возраста индивида с ограниченными возможностями;
- организационно-медицинский потенциал – как, где, с чьей помощью и т. п. будет конкретно организован медико-биологический аспект реабилитации.

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

- состояние психических процессов (память, внимание, эмоции, особенности мышления);
- особенности личности (темперамент, характер, интеллект, мотивация);
- особенности внутренней модели болезни (представление самого больного о сущности его заболевания и возможностях терапии).

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

- реабилитационную ориентацию конкретного микросоциума, в котором существует инвалид (семья, соседи, группа по интересам, учебная и хорошая группы и т. п.)
- представление о реабилитационных возможностях больного с тем или иным заболеванием в общественном сознании референтной группы (например, юристы, военнослужащие, врачи и т. д.), что позволяет уточнить возможности профессиональной и социально-трудовой реабилитации при интеграции в такую социальную группу;
- необходимо также составить представление о реабилитационной направленности общества в целом, т. е. насколько общественное сознание приемлет, одобряет, понимает значимость для больного восстановление его социального статуса.
- Обычно оценка реабилитационного потенциала социума проводится по трем направлениям:
- социально-правовой (юридический) реабилитационный потенциал общества: насколько совершенны и внедрены в реальную практику законодательные акты и подзаконные инструкции, нормативные материалы и т. п., защищающие права больных и инвалидов;
- научно-технический и экономический реабилитационный потенциал общества: возможности общества оказать инвалиду эти виды помощи для реализации ИПР;
- нравственно-этический реабилитационный потенциал общества: моральная поддержка микросоциальной референтной группы (значимого, близкого окружения) и социума в целом в деятельности инвалида по реализации ИПР.

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

2. Основные технологические этапы деятельности реабилитационного учреждения

2.1. Прием инвалида на реабилитацию

• Первичный прием в регистратуре

Первоначально инвалид, имеющий на руках индивидуальную программу реабилитации, обращается в регистратуру реабилитационного учреждения, имеющего отделение социальной реабилитации. Медицинский регистратор проверяет наличие необходимых документов (паспорта, ИПР, медицинский амбулаторной карты, направления управления социальной защиты населения, выписок из истории болезни, справок об отсутствии инфекционных заболеваний и др.); проводит регистрацию инвалида: заводит на него карту комплексной реабилитации, оформляет персональную книжку, присваивает идентификационный номер; дает направление к специалисту по реабилитации.

• Первичная консультация инвалида специалистом по реабилитации (врачом)

При проведении первичного приема врач и медицинская сестра знакомятся с инвалидом и предоставляют ему следующую информацию:

- цель и задачи ИПР, законодательно-нормативная база, права и обязанности инвалида, его семьи, опекуна или попечителя в отношении ИПР;
- реабилитационном учреждении, его структуре, задачах, функциях, перечне реабилитационных услуг и т. д.;
- о характеристиках тех или иных услуг, областей их применения, доступности и затратах времени на ее предоставление, условия предоставления конкретных услуг и их стоимость (для полностью или частично оплачиваемой услуги);
- о возможности оценки качества реабилитационной услуги со стороны инвалида (своевременность предоставления услуги, ее полнота и эффективность);

- о взаимосвязи между предложенной услугой и реальными потребностями инвалида;
- о порядке и этапах проведения реабилитационных мероприятий: реабилитационной диагностики, формирования реабилитационного маршрута, реализации программы социальной реабилитации, оценке эффективности проведенных мероприятий.

Медицинская сестра заполняет в карте комплексной реабилитации пункты о группе и причинах инвалидности, отмечает ее длительность и динамику, записывает анамнез жизни, материальное и семейное положение, профессионально-трудовые данные.

Врач изучает ИПР, выданную бюро МСЭ, а также медицинские документы (выписки из истории болезни, амбулаторную карту, консультативные заключения и т. д.), проводит клинический осмотр инвалида.

Врач заполняет в карте комплексной реабилитации следующие разделы:

- клинико-функциональный диагноз, включая нозологическую форму основного и сопутствующего заболевания, осложнения, стадию патологического процесса, характер и степень нарушения функций организма, клинический прогноз;
- характер и степень ограничений жизнедеятельности;
- анамнез болезни и реабилитации;
- данные, конкретизирующие способность инвалида выполнять различные виды жизнедеятельности, нарушение которых компенсируется социальной реабилитацией.

При необходимости врач проводит тестирование способности инвалида к самообслуживанию: способность действовать пальцами, кистью, тянуть и толкать предмет, передвигать предметы, удерживать их, а также способность ходить, преодолевать препятствия, подниматься по лестнице и др.)

По окончании первичной консультации врач должен:

- заполнить разделы в карте комплексной реабилитации, касающиеся клинико-функциональной и социальной диагностики;
- конкретизировать потребность инвалида в услугах и технических средствах реабилитации, предоставляемых в отделении реабилитации;
- отметить в реабилитационном маршруте инвалида мероприятия по социальной реабилитации, в которых нуждается инвалид;
- включить инвалида в зависимости от вида инвалидизирующей патологии и ограничений жизнедеятельности в ту или иную группу для адаптационного обучения;
- сделать заключение о наличии или отсутствии противопоказаний со стороны здоровья инвалида для проведения тех или иных мероприятий по социальной реабилитации;
- направить инвалида на первичную консультацию к специалисту по социальной работе.

В процессе реабилитации врач осуществляет: информирование и консультирование инвалида, адаптационное обучение инвалида и его семьи, контроль за состоянием здоровья инвалида в процессе реабилитации, совместно с психологом и специалистом по социальной работе участвует в социально-бытовой и социально-средовой реабилитации инвалида, оценивает ее эффективность.

• **Первичная консультация специалиста по социальной работе**

Специалист по социальной работе изучает ИПР, реабилитационный маршрут, определенный врачом, затем проводит реабилитационную диагностику, заносит данные в свой раздел карты комплексной реабилитации.

При проведении социально-средовой диагностики специалист по социальной работе изучает участие инвалида во всех обычных общественных взаимоотношениях (семья, друзья, соседи и коллеги), его модель общения с окружающими, возможность пользования телефоном, телевизором, радио, компьютером, возможность чтения книг, журналов и др.; ролевое положение инвалида в семье, межличностные отношения вне дома; соблюдение инвалидом морально-этических, социально-правовых и санитарно-гигиенических норм; возможность инвалида заниматься физкультурой, спортом, туризмом, его участие в культурной жизни общества.

При проведении социально-бытовой диагностики специалист по социальной реабилитации изучает семейное положение инвалида, психологический климат в семье, социально-экономическое положение инвалида, его жизненные установки, благоустроенность жилья, наличие вспомогательных и технических средств для самообслуживания, способность инвалида выполнять обычные житейские процедуры, в том числе такие действия, как уборка квартиры, ручная стирка, выжимание и глажка белья, возможность встать с постели и лечь в постель, одеться и раздеться, умыться, принять ванну или душ, принимать пищу, пользоваться туалетом или судном, ухаживать за зубами, стричь волосы и ногти, брить бороду и усы, готовить пищу, передвигаться по дому и вне его; способность инвалида обеспечивать персональную сохранность, пользоваться газовыми и электрическими домашними приборами, спичками, кранами, лекарствами и др.; способность инвалида вести независимое существование, посещать магазины, предприятия бытового обслуживания, совершать покупки, обращаться с деньгами.

В том случае, если в ИПР инвалида указаны мероприятия по адаптации жилья инвалида и его обеспечению техническими средствами специалист по социальной работе планирует вместе с инвалидом дату его обследования на дому.

Социальное обследование жилья инвалида включает: оценку социально-бытовых условий и оценку способности инвалида самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и осуществлять навыки личной гигиены.

По окончании первичной консультации специалист по социальной работе должен:

- заполнить раздел о социальной диагностике и потребности в реабилитации в своем разделе карты комплексной реабилитации;
- отметить в реабилитационном маршруте инвалида те мероприятия по социальной реабилитации, которые будут выполняться с помощью специалиста по социальной работе;
- отметить дату и результаты обследования жилья инвалида;
- направить инвалида на первичную консультацию к психологу.

В процессе реабилитации специалист по социальной работе участвует в адаптационном обучении инвалидов; проводит мероприятия по подбору для инвалида технических средствами реабилитации и обучает пользоваться ими; руководит мероприятиями по обучению инвалидов самообслуживанию, социальной независимости, социальному общению, передвижению, ориентации.

• **Первая консультация психолога**

Основной задачей первой консультации является формулирование целей психологической реабилитации инвалида в соответствии с его психологическим статусом и разработка конкретного плана реабилитационных мероприятий (психологическая часть реабилитационного маршрута). Осуществление данной задачи производится с помощью проведения экспертно-реабилитационной диагностики высших психических функций, особенностей эмоционально-волевой сферы, личностных характеристик инвалида и его социально-психологического статуса, имеющих непосредственное отношение к социальной реабилитации.

Психологическая диагностика в рамках задач социальной реабилитации включает:

- оценку уровня интеллектуального развития;
- оценку высших психических функций (внимание, восприятие, память, мышление, речь);
- в случае локальных поражений головного мозга – диагностику высших корковых функций: праксис, гнозис, письмо, счет, чтение;
- оценку эмоционально-волевой сферы (эмоциональная стабильность, способность формирования и удержания волевых усилий);
- диагностику личностных особенностей (самооценка, ценностные ориентации, особенности мотивационной сферы, уровень агрессивности, адаптационные возможности, ведущие психологические защиты, круг интересов, уровень притязаний, локус контроля, внутренняя картина болезни);
- оценку микросоциальной сферы личности: социально-психологического климата в семье, особенностей системы взаимоотношений в семье и других значимых социальных группах.

При наличии у инвалида ИПР психолог отделения социальной реабилитации может использовать уже имеющиеся данные, проводя только те психодиагностические процедуры, которые требуются для уточнения психологического статуса.

В процессе психологической диагностики психолог определяет не только степень нарушения психических функций и особенностей личности, но также степень их курабельности, реабилитационный потенциал инвалида, а также его готовность к получению психологической помощи, или, иначе говоря, мотивацию на социально-психологическую реабилитацию.

По данным психологического исследования психолог составляет заключение, в котором описывает характер выявленных нарушений, степень их курабельности, мотивацию на реабилитацию, здесь же формулируются конкретные задачи психологической помощи инвалиду в рамках социальной реабилитации.

По окончании первого контакта (не путать с предварительным интервью) психолог должен заполнить в карте реабилитации свой раздел и отметить в реабилитационном маршруте мероприятия по психологической реабилитации (психологическое консультирование, психокоррекция, социально-психологический патронаж семьи, психопрофилактическая и психогигиеническая работа, психотерапия, привлечение клиентов к участию в группах взаимной поддержки и клубах общения); количество отведенных часов; даты начала и окончания реабилитационных психологических мероприятий; даты контрольных психологических обследований (оценка промежуточного или конечного итога).

Психологом могут осуществляться следующие реабилитационные мероприятия: социально-психологическое и психологическое консультирование, психологическая коррекция, социально-психологический патронаж, психопрофилактическая и психогигиеническая работа, психологический тренинг, привлечение к участию в группах взаимоподдержки и клубах общения.

В случае выявления у инвалида глубоких эмоциональных и личностных нарушений (неврозоподобная симптоматика, негативная картина мира, отрицательный образ Я, симптомы депрессии, тревоги и т. д.) психолог рекомендует инвалиду пройти консультацию у психотерапевта.

При выявлении в психологическом статусе инвалида нарушений, выходящих за рамки компетенции психолога отделения социальной реабилитации, инвалиду рекомендуется обращение к другим специалистам: врачу-психиатру, сексопатологу, логопеду.

На протяжении всего процесса психологической реабилитации психолог отслеживает динамику психологического состояния инвалида, улучшение которого будет свидетельствовать об эффективности психологической реабилитации. По данным контрольных психологических обследований также составляется заключение.

2.2. Основные мероприятия по социально-бытовой адаптации (эрготерапии)

• Адаптационное обучение инвалида и его семьи

Социальная реабилитация инвалидов начинается с адаптационного обучения. Оно осуществляется врачом, специалистом по социальной работе, психологом и проводится в форме занятий или лекций в течение 7-10 дней. Программа обучения может включать следующие вопросы: особенности течения заболевания; мероприятия по изменению образа жизни, диеты, величины физических и психических нагрузок; психологические, физиологические, экономические проблемы, возникающие в результате нарушения здоровья и ограничения жизнедеятельности; виды и формы социально-бытовой помощи инвалиду, методы ухода за инвалидом, технические средства реабилитации и особенности их эксплуатации; виды реабилитационных учреждений, их месторасположение и спектр оказываемых ими услуг и др. группы адаптационного обучения формируются по нозологическому принципу. По окончании адаптационного обучения инвалид и его семья получают знания, умения и навыки «жизни с инвалидностью».

• Обучение инвалида самообслуживанию

Обучение инвалида самообслуживанию осуществляется социальным работником. Обучение проводится в учебной комнате, имеющей соответствующее оснащение (столы, кресла, учебную доску, экран, оверхет, видеомаягнитофон, телевизор, компьютер, технические средства реабилитации), а также книги, журналы, картинки.

Группы инвалидов, а также методические приемы их обучения формируются в зависимости от вида функциональных нарушений. Например, для обучения инвалидов с умственной отсталостью используются криптограммы, а для обучения инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата – технические средства реабилитации. Для обучения социальным навыкам используются вспомогательные средства (программы обучения личным навыкам, способности выполнять бытовую деятельность). Для этой цели идеально подходят школьные программы по обслуживающему труду, когда для более тяжелых патологий используется программа начального звена школы (застегивание-расстегивание пуговиц, умение пользоваться посудой и другие элементарные бытовые и трудовые операции), а для инвалидов с менее тяжелыми нарушениями – программы среднего звена.

Для обучения навыкам самообслуживания может использоваться жилой модуль, оснащенный техническими средствами реабилитации. Сроки обучения для инвалидов индивидуальны.

• Обучение инвалида пользованию техническими средствами реабилитации

Обеспечение инвалида техническими средствами реабилитации включает подбор модели технического средства с учетом ИПР, обучение инвалида (при необходимости – членов его семьи) навыкам пользования техническими средствами, сервисное обслуживание и мелкий ремонт технического средства.

Обеспечение инвалида техническими средствами реабилитации осуществляет специалист по социальной работе, социальный работник, техник по техническим средствам реабилитации. При необходимости привлекается врач-специалист по реабилитации.

В отделении социальной реабилитации должны быть помещения, оснащенные техническими средствами реабилитации, так называемый жилой модуль, оснащенный несколькими блоками: санитарно-гигиеническим, кухонно-бытовым и спальню-гостиничным.

Модель предусматривает оптимальное жилое помещение, которое содержит жизненно важные «блоки» и в котором инвалид с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата будет надежно адаптирован.

Адаптированное жилое помещение включает приспособления фиксированные (стационарные) и приспособления индивидуальные (нестационарные).

В соответствии с видами жизнедеятельности инвалида модель жилого помещения представлена несколькими блоками: санитарно-гигиеническими, кухонно-бытовыми, спальню-гостиничным.

Санитарно-гигиенический блок включает два помещения: ванная комната и туалет. Каждое из этих помещений модифицировано.

Модификация заключается в том, что ванная комната оборудуется горизонтальным поручнем на стороне, противоположной установленной ванны, пристенным откидным сиденьем, противоскользящим напольным ковриком, горизонтальным поручнем на стороне ванны, облегчающим самостоятельный подъем после мытья.

Ванна оборудуется специальными вертикальными поручнями (лесенкой) либо подставкой для самостоятельного помещения (погружения) в ванну. Ванна оснащается специальным сиденьем, обеспечивающим неполное погружение при мытье, специальным надонным противоскользящим ковриком, опорой для фиксации ног. Ванна оборудуется гибким душевым шлангом, имеющим

разновысокие штативы и позволяющим инвалиду самостоятельно использовать эти возможности при мытье, принятии душа. Ванна оборудуется вертикальным поручнем для принятия душа, оснащается стулом для душа.

Умывальник регулируется по высоте для пользования инвалидом на кресле-коляске. Умывальник оборудуется специальным рычажным управлением кранами, имеет электрополотенце, устройство для автоматической подачи зубной пасты, жидкого мыла, зубную щетку, расческу с удлиненной ручкой.

Ванная комната оснащается специальными держателями мочалки, расчески, зубной щетки, имеет настенную электробритву, действие которой основано на фотоэлементе.

Модификация туалета заключается в специальном его приспособлении к потребностям инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске, с костылями, имеющими дефекты верхних конечностей.

Туалет оборудуется настенными горизонтальными поручнями, имеет напольное противоскользящее покрытие (коврик). Унитаз ограждается вертикальными и горизонтальными поручнями, облегчающими подъем и обеспечивающими безопасность инвалида при пользовании унитазом, имеет стенную опору. Унитаз оборудуется удобным, доступным инвалиду рычажным спуском воды (сливом), имеет регулируемое по высоте сиденье, держатель туалетной бумаги.

Кухонно-бытовой блок включает в себя два помещения: кухню и столовую. Модификация кухни как помещения для приготовления пищи заключается в том, что она оборудуется стационарными устройствами, приспособленными для самообслуживания инвалида с физическими дефектами верхних конечностей. К стационарному оборудованию кухонно-бытового блока относятся плита, столы (кухонный и обеденный), мойка, шкафы (напольный, навесной).

Плита – электрическая (как наиболее безопасная) и оборудуется рычажными, легко управляемыми вентилями.

Кухонный стол имеет регулируемую высоту, что позволяет использовать его инвалидам в кресле-коляске либо в специальном рабочем кресле (стуле). Кухонный стол оборудуется специальными приспособлениями для резания твердых продуктов, для дозирования жидких и сыпучих продуктов, различными кухонными ножами, вилками, разливательными ложками для правой и левой руки.

Предусматриваются также приспособления для открывания банок, бутылок, набор держателей для кастрюли, чайника, сковородки.

Шкафы (напольный, навесной) оборудуется удобными широко захватными ручками-рычагами, неглубокими полками, вместе с тем имеющими большую площадь для свободного размещения кухонной утвари.

Мойка (с регулируемой высотой) оборудуется удобными рычажными кранами. Оснащается щетками (на присосках) для мытья посуды, приспособлениями для чистки овощей.

Стол обеденный, модифицированный для инвалидов на кресле – коляске, оснащается специальной посудой: тарелки глубокие, с утяжеленным дном, кружки с двумя ручками, изогнутыми ручками, вилки, ножи, ложки (для левой и правой руки) с длинными ручками, подставки для яиц на присосках.

Спально-гостиничный блок включает в себя прихожую, гостиную и спальню.

Модификация прихожей предусматривает адаптированную дверную ручку, универсальный держатель для поворота дверного ключа, вешалку для одежды (на высоте, доступной инвалиду в кресле – коляске).

Необходимым оснащением является также комплект для подметания пола, захват для поднятия предметов с пола, доставания их с полки.

Модификация спальни-гостиной предусматривает функциональную кровать с противопролежневым матрасом, которая оснащается модифицированным надкроватным столиком, горизонтальным и вертикальным поручнями для самостоятельного вставания в постели, подъемником для перемещения в кресло-коляску.

В гостиной предусматривается набор приспособлений для открывания- закрывания штор, форточек (фрамуг), держатель телефонной трубки.

Важным фактором в жизнедеятельности инвалида является возможность самостоятельного одевания. А связи с этим в модели жилого помещения предусмотрены приспособления для одевания чулок, обуви, для застегивания «молний», пуговиц.

• **Организация жизни инвалида в быту**

Обслуживание инвалида на дому может выявить необходимость организации жизни инвалида в быту, включая архитектурно-планировочное решение проблемы адаптации помещения к потребностям инвалида. Оно может включать перепланировку жилых помещений и санитарно-гигиенических помещений с заменой раковин, унитаза, душа, ванны или их переоборудование; переоборудование газовой плиты (электроплиты); установку дополнительной сигнализации (в т.ч. домофона); снятие порогов; расширение дверных проемов; установку поручней; установку пандусов и др. Организацию этой работы осуществляет специалист по социальной работе и архитектор. Для ее реализации отделение взаимодействует с муниципальными службами и органами социальной защиты.

- **Решение личных проблем**

Решение личных проблем инвалида поводится врачом – специалистом по реабилитации и медицинской сестрой. Оно включает консультирование по вопросам полового воспитания, контроля рождаемости, сексуальных отношений. При необходимости врач направляет инвалида на консультацию к сексопатологу.

3. Технологии социализации

3.1 Социализация

Социализация инвалида – процесс освоения инвалидом социально значимых норм, ценностей, стереотипов поведения, их корректировка при освоении различных форм социального взаимодействия. Под социализацией также понимается освоение инвалидами знаний, навыков, стереотипов поведения, ценностных ориентаций, нормативов, обеспечивающих их полноценное участие в общепринятых формах социального взаимодействия. Процесс социализации реализуется с помощью разнообразных методов обучения и технологии включения инвалида в социальные взаимодействия через социокультурные, спортивные мероприятия, а также через профессиональные и экономические отношения.

Обучение предусматривает предоставление помощи инвалиду в компенсации психологических изменений (когда врожденный или приобретенный дефект занимает центральное место в формировании и становлении личности), в формировании положительных установок на развитие других способностей инвалида, что будет компенсировать инвалидность.

Обучение должно быть направлено на овладение инвалидом стандартными схемами поведения и взаимодействия, на освоение инвалидом окружения и полноценного существования в нем.

Обучение должно включать адаптационное консультирование и организацию социального участия инвалида в жизнь общества; оно должно подготовить инвалида к адекватным ответам на требование окружения и активным воздействиям на него.

Процесс социализации имеет свои особенности в зависимости от вида инвалидизирующей патологии, пола и возраста, особенностей его социального положения.

Так, например, у инвалидов с умственной отсталостью известную степень самостоятельности можно достичь с помощью интенсивного развития поведенческих навыков, заучивания и использования ими стереотипных наборов действия, необходимых в стандартных жизненных ситуациях. Социальный тренинг таких инвалидов должен обеспечить восприятие ими окружающего общества и реакцию на него в виде стереотипных для культуры представлений и действий.

Социализация людей, ставших инвалидами в зрелом возрасте (26-60 лет), требует переоценки ранее приобретенного опыта; освоения навыков и представлений, необходимых в связи с нарушением состояния здоровья и ограничением жизнедеятельности; формированием новых механизмов жизнеобеспечения, социализации, коммуникации.

У инвалидов в возрасте 16-25 лет наличие ограничения жизнедеятельности может усугубить трудности жизнеобеспечения и общения, имеющиеся в этом возрасте, что может вызвать изменение личности, ее социальную изоляцию и привести к асоциальному поведению. Программа социализации инвалидов этого возраста должны быть направлены в сторону преодоления имеющихся ограничений жизнедеятельности, на поиск путей реализации собственных возможностей.

Для пожилых инвалидов (в возрасте старше 60 лет) программа социализации должны предусматривать набор социальных ролей и варианты культурных форм активности.

Социально-экономическое положение инвалидов (образование, квалификация, семья, экономическое положение, уровень урбанизации местности, где проживает инвалид, и др.) играет важную роль в его социализации. Неблагоприятное социально-экономическое положение инвалида нередко приводит к тому, что он остается без квалифицированной помощи, уровень их социализации – приспособление к сложившимся условиям.

Для ряда инвалидов (инвалиды военной службы, боевых действий и др.) процесс социализации связан с рядом сложных факторов. С одной стороны высокая социальная активность, способность самоорганизации, с другой стороны – разочарование, опустошенность, неудовлетворенность отношением общества. Все это требует построения специальных программ обучения, применения специализированной технологии социализации.

3.2. Социально-средовая реабилитация инвалидов

- **Обучение общению**

Программы обучения инвалидов общению должны быть построены в зависимости от вида инвалидизирующей патологии, характера и степени функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности. Обучение может включать занятия, групповые тренировки и игры. Занятия раскрывают правила общения в различных социальных структурах (на работе, дома, в учебном заведении, в общественных учреждениях и т.д.), а тренировки и игры моделируют различные жизненные ситуации (посещение друзей, дискотеки, кафе, прачечной и т.д.). Для этих целей могут

использоваться учебные программы, социально ориентированные на развитие у инвалидов способностей и навыков общения в стандартных социокультурных ситуациях.

Обучение общению включает обучение инвалида пользованию техническими средствами коммуникации, информации и сигнализации, в том числе:

- оптическими средствами (лупы, бинокли, телескопы, расширители поля зрения, призматические очки и др.);
- телефонами (телефоны с текстовым вводом – выходом, в том числе телефоны с Брайлеровским текстом, громкоговорящие телефоны, индикаторы набора телефонного номера, головные телефоны); внутренними разговорными устройствами;
- средствами связи «лицом к лицу» (наборы и шаблоны букв и символов, генераторы голоса, головные усилители индивидуального пользователя, слуховые трубки и др.);
- слуховыми средствами (слуховые средства ушные, заушные, вмонтированные в оправу очков, нательные; тактильные, т.е. трансформирующие звуки в вибрацию; слуховые средства с имплантантом и др.);
- средствами сигнализации (звуковой информатор («электронная сиделка»), системы подачи сигнала тревоги и др.).

Обучение общению предусматривает также снятие коммуникативных барьеров, характерных для инвалидов, возникающих вследствие ограничения возможности передвижения, слабой доступности для инвалидов объектов среды жизнедеятельности, средств массовой информации, учреждений культуры. Поэтому в программу обучения общению входят занятия, представляющие инвалиду информацию об имеющихся в районе его проживания объектах инфраструктуры, отвечающих требованиям безбарьерной пространственной среды, а также о транспортной службе для инвалидов. При необходимости, совместно со специалистами по социально-бытовой адаптации решаются вопросы обеспечения инвалида техническими средствами для передвижения. В процессе обучения инвалида могут быть решены вопросы его интеграции в межличностные коммуникативные структуры (группы общения в рамках ассоциаций инвалидов, клубы, службы знакомств и др.).

• **Включение инвалида в сеть массовых коммуникаций**

Может быть обеспечено путем предоставления ему информации о социальной литературе (для слепых, слабовидящих), специальных библиотеках (для инвалидов всех категорий, для инвалидов по зрению, по слуху).

• **Обучение социальной независимости**

Обучение социальной независимости направлено на формирование навыков самостоятельного проживания (распоряжаться деньгами, пользоваться правами, участвовать в общественной деятельности и др.). Обучение включает занятия и тренировки. Для обучения используются специальные технические средства (программы тренировки потребительских навыков, обращению с деньгами; программы обучения мерам безопасности, временным навыкам, тренинг с уличными знаками и др.).

3.3. Социокультурная реабилитация

• **Реабилитация средствами культуры**

Искусство и культура являются прекрасными образовательными и реабилитационными средствами, обеспечивающими: развитие разнообразных жизненно важных познавательных навыков; повышение уровня самооценки личности; творческое самовыражение; развитие навыков общения; формирование активной жизненной позиции.

Искусство способно сделать жизнь многих инвалидов богатой и содержательной.

Мероприятия по социально-культурной реабилитации должны осуществляться культурным организатором. К организации крупных мероприятий (фестивалей, концертов, конкурсов, театрализованных представлений, вечеров отдыха и др.) могут привлекаться любые другие специалисты (социальные работники, врачи, психологи и др.).

Мероприятия по социально-культурной реабилитации инвалидов могут включать:

- концерты художественной самодеятельности;
- вернисажи выставок изобразительного творчества инвалидов;
- занятия музыкально-драматического коллектива;
- занятия в вокальной студии;
- занятия в школе компьютерной грамотности;
- занятия в школе ремесел;
- занятия в студии «декоративный костюм»;
- занятия в студии рисования;
- занятия в кружках вышивания, художественного вязания, шитья, скульптуры;
- занятия в хореографической студии.

В социокультурную реабилитацию входит также рекреация. Под рекреацией понимаются процессы восстановления жизненных сил и здоровья людей с помощью организации досуговых форм активности.

Социокультурная реабилитация должна проводиться таким образом, чтобы стимулировать инвалидов к активным формам рекреации, что будет способствовать их социализации. Культурный организатор может использовать традиционные формы рекреации (посещение театров, кинотеатров, музеев, концертных залов; просмотр развлекательных телепередач; участие в массовых досуговых мероприятиях и др.). При этом обязательно должна учитываться доступность зданий для инвалидов. Возможны специфические для инвалидов развивающие рекреационные формы (арт-терапия, хореографическое искусство для лиц с нарушением слуха; театральное-кукольное искусство для лиц с поражением опорно-двигательного аппарата; искусство скульптуры для лиц с нарушением зрения; живопись, графика для лиц с нарушением слуха, с поражением опорно-двигательной системы). Приемлемая и привлекательная досуговая деятельность должны обеспечить инвалидам возможность справиться с имеющимися ограничениями жизнедеятельности. Рекреация должна обеспечивать интеграцию инвалида в общую социо-культурную среду, для чего культурный организатор и специалист по социальной реабилитации должны взаимодействовать с имеющимися в районе проживания инвалида специальными учреждениями культуры (клубами, библиотеками, театрами и др.), общественными организациями инвалидов, благотворительными обществами и др.

3.4. Реабилитация методами физкультуры и спорта

Реабилитацию инвалидов методами физической культуры и спорта осуществляет специалист по физической культуре и спорту в тесном сотрудничестве с врачом ЛФК. В его задачи входят:

- информирование и консультирование инвалида по этим вопросам;
- обучение инвалида навыкам занятий физкультурой и спортом;
- оказание содействия инвалидам в их взаимодействии со спортивными организациями;
- организация и проведение занятий и спортивных мероприятий;

Следует помнить, что инвалидам доступны значительное количество видов спорта. Так, инвалиды с патологией органов зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата могут заниматься биатлоном, боулингом, велосипедом, гандболом, горнолыжным спортом, дзюдо, «колясочным баскетболом», «колясочным волейболом», «колясочным регби», конным спортом, конькобежным спортом сидячим, легкой атлетикой (бегом, метанием копья, молота, диска, прыжками в длину, высоту), настольным теннисом, плаванием, равнинными лыжами, стрельбой из лука, сидячим хоккеем, шахматами, фехтованием, футболом и др.

Отделение социальной реабилитации может использовать те виды физкультуры и спорта, которые можно организовать с учетом требований к помещению, оборудованию, спортивному инвентарю и т.д. Например, для организации соревнований лиц с поражением зрения нужны светонепроницаемые очки, мячи для гандбола и торбола, приспособления для стрельбы у слепых. Оборудование соревнований атлетов с поражением опорно-двигательного аппарата должны включать спортивные протезы, спортивные коляски и др.

Для занятий физкультурой необходимы различные тренажеры, тредмил, велоэргометр.

Все занятия физкультурой и спортом должны проводиться под наблюдением врача-специалиста по реабилитации и медицинской сестры.

3.5. Оказание юридической помощи

Оказание юридической помощи инвалиду осуществляется юристом и включает:

- консультирование по вопросам, связанным с правом граждан на социальное обслуживание, реабилитацию; должно давать клиентам полное представление о положенных им по Закону правах на обслуживание и путях их защиты от возможных нарушений;
- оказание помощи в подготовке жалоб на неправильные действия социальных служб или работников этих служб, нарушающих или ущемляющих законные права инвалида; помочь инвалиду в юридически грамотном изложении в жалобах сути обжалуемых действий, требований по устранению допущенных нарушений;
- оказание юридической помощи в оформлении документов (на получение положенных по закону льгот, пособий, других социальных выплат; для удостоверения личности; для трудоустройства и др.) должно обеспечить разъяснение клиентам содержания необходимых документов в зависимости от предназначения, изложения и написания текста документов или заполнение форменных бланков, написание сопроводительных писем;
- оказание юридической помощи или содействие инвалиду в решении вопросов социальной реабилитации должно обеспечить разъяснение сути и состояние интересующих клиента проблем, определение предполагаемых путей их решения и осуществление практических мер по решению этих проблем; содействие в подготовке и направлении в соответствующие инстанции необходимых документов, личное обращение в указанные инстанции, если в этом возникает необходимость, контроль за прохождением документов и др.

По завершению реабилитационных мероприятий инвалида принимает заведующий отделением, который оценивает эффективность реабилитации и делает отметку о выполнении программы социальной реабилитации в ИПР инвалида.

3.6. Основные формы и методические основы профессиональной ориентации инвалидов

Наилучшим вариантом восстановления социального статуса (социализации) инвалидов является получение профессии. В связи с этим профессиональная ориентация является важной составной частью системы мер по профессиональной реабилитации инвалидов. Качество профориентационной работы в значительной мере определяет рациональное трудовое устройство инвалидов, а в конечном итоге – на успешность их экономической самостоятельности.

Проанализировав данные анкетирования по дифференциально-диагностическому опроснику «Карта интересов», были выявлены следующие особенности инвалидов:

- низкий уровень мотивации к выбору профессии;
- несоответствие уровня притязаний и психофизических возможностей молодых людей ввиду выбранной профессиональной деятельности;
- выбор сразу нескольких профессий, совершенно противоположных по характеру деятельности и условиям труда (физика и право, сельское хозяйство и педагогика и т. д.).

Кроме того, на основании детального анализа социальных исходов детей с ограниченными возможностями выделены следующие факторы, препятствующие социальной адаптации данной категории населения:

- Нерегулярное прохождение курсов комплексной реабилитации, что способствует развитию контрактур в конечностях, приводит к трудностям в самообслуживании и значительно снижает шансы к получению профессии.
- Отсутствие специализированных учебных заведений, особенно для детей, имеющих сочетанные, например незначительные двигательные и интеллектуальные дефекты.
- Отсутствие специальных вспомогательных средств, облегчающих самообслуживание.
- Проблемы с организацией досуга у немобильных детей.
- Преподавание неполной средней школы при обучении на дому.
- Гиперопека в семье.

На основании этого стало очевидно, что начинать проводить профориентационную работу нужно еще в детском возрасте. У молодых лиц, имеющих инвалидность с детства, уже с младшего возраста должна проводиться подготовительная работа по профориентации. Она должна включать в себя детальный анализ специфики развития высших психических, речевых и двигательных функций (определяется нейропсихологом, логопедом и врачом ЛФК) и последующее максимальное их развитие, что может служить основой будущей профессиональной деятельности. При этом в дошкольном возрасте упор должен делаться на игротерапию в сюжетно-ролевых играх, подражающих людям различных профессий. В более старшем возрасте – это развитие крупной и мелкой моторики посредством кинезиотерапии и компьютерных игр, организация занятий кружковой деятельностью.

Под профессиональной ориентацией понимается система целенаправленных мероприятий (медицинских, психологических, социально-экономических, технических), обеспечивающая профессиональное самоопределение инвалида с учетом его индивидуальных особенностей и способностей – с одной стороны, и требований общества – с другой.

Цель профориентации – активный профессиональный выбор субъекта.

Можно выделить следующие задачи профессиональной ориентации инвалидов:

- Накопление и синтезирование научных знаний в области трудовой деятельности инвалидов.
- Трудовое и профессиональное воспитание.
- Информационное обеспечение инвалидов о возможностях профессионального обучения и трудового устройства.
- Подбор инвалидам доступных по состоянию здоровья и психологическому статусу профессий, направлений профессиональной деятельности и видов труда.
- Психологическая коррекция неадекватных установок инвалидов на профессиональное обучение и труд.
- Мотивационный тренинг в области профессионального обучения и трудоустройства.

Основные формы профориентационной работы.

Система профессиональной ориентации инвалидов включает следующие основные направления и формы работы:

- профессиональную пропаганду,
- профессиональную информацию,
- профессиональное воспитание,
- профессиональную консультацию,
- коррекцию неадекватных профессиональных планов,
- профессиональный отбор,
- профессиональный подбор,

– профессиональную адаптацию.

▪ **Профессиональная пропаганда** – распространение научных взглядов и идей в области трудовой деятельности инвалидов с целью их внедрения в сознание инвалидов и формирования у них правильных представлений на возможности участия в общественном производстве. Профессиональная пропаганда осуществляется через средства массовой информации (радио, телевидение, печать), с помощью других форм (лекции, доклады, выставки, дни открытых дверей).

▪ **Профессиональное воспитание** – процесс формирования у больных и инвалидов потребности в труде и подготовка к профессиональному выбору. Роль трудового и профессионального воспитания в профессиональном самоопределении и формировании профессиональных интересов у детей-инвалидов. Трудовое воспитание инвалидов как правило осуществляется в процессе «терапии занятости», в том числе и в процессе трудотерапии. Осуществляется специалистом по социальной работе, социальным работником, психологом.

▪ **Профессиональная информация** – процесс обеспечения инвалидов необходимыми сведениями о рынке труда, возможностях профессиональной подготовки и трудоустройства. Профессиональная информация призвана помочь инвалидам в поиске подходящей для них работы. При этом необходимо активное привлечение городских и районных центров занятости населения, школ, учебных заведений профессионального образования, реабилитационных учреждений, профконсультантов.

▪ **Профессиональная консультация** – форма профессиональной ориентации, подразумевающая помощь инвалиду в выборе профессионального пути с учетом его интересов, склонностей, способностей и особенностей физического состояния, а также сложившихся социально-экономических реалий. В ходе профессиональной консультации консультируемому представляется соответствующая информация об условиях, характере различных видов профессиональной деятельности, о тех требованиях, которые они предъявляют к человеку, о собственных возможностях, а также о вариантах получения той или иной профессиональной подготовки или трудоустройства.

В процессе профконсультирования осуществляется подбор инвалидам показанных для профессионального обучения и трудоустройства видов профессиональной деятельности, в том числе конкретных профессий и специальностей. В условиях реабилитационного учреждения данное направление работы осуществляет психолог, специалист по социальной работе, возможно привлечение профконсультанта и юриста.

▪ **Профессиональный отбор** – установление соответствия психофизиологических особенностей человека, его подготовленности и имеющихся навыков требованиям, предъявляемым спецификой конкретной профессии, процедура определения пригодности инвалида к выполнению работы в конкретной профессии.

Процедура профотбора включает оценку следующих критериев: физической работоспособности, особенностей сенсорной, сенсорно-моторной и моторной деятельности, интеллекта, памяти, внимания, эмоционально-волевой сферы и т. д. с помощью физиологических и психологических методов исследования.

▪ **Профессиональный подбор** – процесс выбора из всей совокупности профессий тех из них, которые в наибольшей степени соответствуют индивидуальным особенностям конкретного человека. В отличие от профотбора, где точкой отправления являются требования профессии, при профподборе точкой отсчета являются индивидуальные особенности человека.

Целью профподбора является подбор инвалидам профессии, в которых наиболее полно и эффективно могут быть реализованы их психологические качества и остаточная трудоспособность, т. е. профессии, в которых инвалид может быть конкурентоспособен на рынке труда.

▪ **Профессиональная агитация** – формирование у инвалидов активных действий по реализации собственных трудовых возможностей и выдача рекомендаций по участию их в общественно полезном труде.

Профессиональная агитация осуществляется в форме индивидуальной разъяснительной работы с инвалидами разными специалистами, участвующими в реабилитационном процессе. К этой работе могут привлекаться специалисты службы занятости, а также представители различных профессий и различных специальных учебных заведений.

Методические основы профессиональной ориентации инвалидов.

Методика профессиональной ориентации основывается на общих с МСЭ положениях и включает в себя решение четырех взаимосвязанных аспектов: медицинского, психологического, социально-экономического и технического.

Медицинский аспект профессиональной ориентации предусматривает определение медицинских показаний и противопоказаний к продолжению работы по данной специальности или первичное обучение инвалидов в тех или иных доступных им по состоянию здоровья профессиях. Необходимо последовательное решение следующих вопросов:

- оценки состояния здоровья, в том числе определение формы, стадии, характера течения и клинического прогноза заболевания, степени нарушения функций, в том числе профессионально значимых;
- характеристики требований профессиональной деятельности в основной профессии больного, а также характеристики особенностей труда в других профессиях, возможных для трудоустройства инвалида;
- определения медицинских противопоказаний к профессиональной деятельности инвалида на основании оценки соответствия состояния его здоровья требованиям профессиональной деятельности;
- определения трудового прогноза и возможности продолжения работы инвалида в своей профессии, в других профессиях в обычных или специально созданных условиях или вообще возможности выполнения какой-либо профессиональной деятельности на ближайший (1-2 года) или отдаленный прогноз;
- конкретизации доступных инвалиду характера, условий, режима и формы организации труда и профессионального обучения;
- подборе примерных профессий и видов труда для трудоустройства и профессионального обучения инвалида.

При проведении медицинского обследования необходимо определить трудовой прогноз, который может иметь следующие варианты:

- Может выполнять работу по основной профессии в полном объеме.
- Может выполнять работу по основной профессии с ограничениями по заключению бюро МСЭ.
- Может выполнять работу по основной профессии с уменьшением объема.
- Работа по основной профессии противопоказана, может продолжить работу в полном объеме по другим профессиям.
- Работа по основной профессии противопоказана, может продолжать работу в других профессиях с ограничениями в обычных производственных условиях.
- Работа в обычных производственных условиях противопоказана, может продолжать работу в специально созданных производственных условиях или на дому.
- Противопоказана любая трудовая деятельность и в любых условиях.

Медицинский аспект профессиональной ориентации призван обеспечить не только исключение противопоказанных факторов в последующей трудовой деятельности инвалида, но и определить показанные ему виды деятельности.

В рамках медицинского аспекта можно выделить также и психофизиологический аспект, который предполагает определение пригодности инвалида к выполнению работы в тех или иных профессиях.

Процедура профотбора включает решение следующих методических вопросов:

- оценку состояния профессионально значимых функций и психофизиологических качеств личности инвалидов (физической работоспособности, особенностей сенсорной, сенсорно-моторной и моторной деятельности, интеллекта, памяти, внимания, эмоционально-волевой сферы и т. д.) физиологическими и психологическими методами исследования;
- оценку требований профессиональной деятельности в конкретной профессии к психологическим качествам личности человека при помощи методов эргономического анализа труда в этой профессии;
- определение соответствия состояния психофизиологических качеств личности инвалида требованиям профессиональной деятельности. Соответствие является необходимой предпосылкой для эффективного и производительного труда инвалида в конкретной профессии.

Психологический аспект профессиональной ориентации предполагает:

1. Подбор инвалидам профессий с учетом их психологического статуса:
 - интеллектуальных возможностей,
 - мотивационной направленности, в том числе профессиональной направленности (установок, интересов, желаний),
 - профессиональных склонностей и способностей,
 - сформированности личностных структур и социально-психологических характеристик.
2. Определение психологических противопоказаний к условиям профессионального обучения и трудовой деятельности на основе оценки соответствия психологического статуса инвалида требованиям профессии.
3. Определение потребности инвалида в психокоррекционных мероприятиях в рамках профессиональной реабилитации.

В конечном счете психологический аспект профессиональной реабилитации призван обеспечить положительный трудовой прогноз и успешность психологической реабилитации инвалида в условиях профессиональной деятельности.

Как правило, в практике профессиональной консультации для решения профориентационных задач используются следующие методики психодиагностики:

- подбор инвалидам профессий с учетом их профессиональных интересов, наклонностей и желаний;

- целенаправленный опрос наклонностей и профессиональных интересов инвалида;
- психологическое тестирование для выявления профессиональных интересов инвалидов (ДДО – дифференциально-диагностический опросник, ТПИ – тест профессиональных интересов, методика Голланда и др.).

Социально-экономический аспект – профессиональной ориентации предполагает при подборе инвалидам видов профессиональной деятельности и форм профессиональной подготовки, а также учет разнообразных факторов, определяющих особенности социального статуса инвалида (уровня образования, степени профессиональной подготовки, квалификации, семейного или профессионального положения, жилищно-бытовых условий, места проживания инвалида, возраста, пола и т. д.). не стоит забывать и о региональных (местных) особенностях развития производства, состояния рабочих мест и потребностей в рабочей силе, состояния на рынке труда и возможности трудоустройства инвалидов.

Профессиональная ориентация позволяет комплексно и с разных позиций подойти к научно обоснованному подбору показанной инвалиду профессиональной деятельности.

С процедурой профессиональной реабилитации инвалидов тесно связан **технический аспект** подбора профессии. Он предполагает определение эргономической особенности трудовой деятельности инвалида в избранной профессии, в том числе специальное оборудование рабочего места, обеспечение необходимыми техническими приспособлениями:

- обеспечение поддержания рабочей позы – специализированный рабочий стол, опора для сидения и изменения тела;
- обеспечение передвижения на производстве (мостики, пандусы, спуски);
- средства для управления (захват, отбор заготовок и изделий);
- средства для коммуникации при нарушениях слуха или речи;
- приспособления, обеспечивающие безопасность труда и др.

Данные меры призваны компенсировать имеющиеся у инвалида ограничения в труде.

Овладение инвалидом в результате грамотно проведенной профориентации квалифицированной профессией или специальностью позволяет разорвать порочный круг его «исключительности», приобщить к полноценной жизни на производстве и в семье, а в конечном итоге восстановить его социальный статус.

4. Роль психологического сопровождения процесса комплексной реабилитации инвалидов

Деятельность реабилитационных учреждений строится на оказании медико-социальных, социально-бытовых, социально-средовых, социокультурных, досуговых, профориентационных и профконсультационных, психолого-педагогических и социально-психологических услуг. На каждом этапе реабилитации психолог должен принимать активное участие.

Конкретные задачи и формы работы психолога во многом определяются типом реабилитационного учреждения. Задачами психолога центров (отделений) комплексной реабилитации являются:

- Определение психологического статуса инвалида.
- Определение индивидуального реабилитационного потенциала и информирование инвалида о перспективах реабилитации.
- Первичная коррекция неадекватных личностных установок.
- Формирование активной позиции в отношении участия в реабилитационном процессе.
- Определение социального статуса с учетом новых социально-ролевых возможностей, социально-бытовых условий и социально-культурных запросов.
- Определение профессионального статуса с учетом ограничений в данной сфере жизнедеятельности и возможности обучения, переобучения и возможности адекватного трудоустройства и адаптации к новой профессии (месту работы).
- Разработка психолого-педагогических коррекционных и развивающих программ, содействующих повышению эффективности обучения (профессионального обучения, переобучения), личностному росту учащихся и социально-психологической адаптации.
- Оказание конкретной психологической помощи при обращении инвалида или членов его семьи.
- Раскрытие перед инвалидом его скрытых потенциальных возможностей, обучение навыкам коммуникации, гибкому адаптивному поведению, выведение его на более высокий уровень социальной активности и мотивированности.
- Динамический контроль за процессом реабилитации и оценка ее эффективности.

Из этих, указанных в общем виде, задач, возложенных на психологов реабилитационных учреждений, вытекают функциональные обязанности психологов. Они состоят из уточнения и реализации мероприятий, указанных в индивидуальной программе реабилитации, с использованием всех средств диагностики и коррекции, имеющихся в психологии.

Работа психолога с инвалидом начинается с ознакомительной беседы, в ходе которой должны установиться доверительные и партнерские взаимоотношения между субъектами общения. Беседа позволяет не только познакомиться с инвалидом, но и выяснить субъективную оценку сложившейся

ситуации самим больным и выработать оптимальную тактику и стратегию в реабилитационном процессе.

Первое интервью с пациентом должно быть разнообразным и затрагивать целый ряд вопросов, касающихся физического состояния, психологического аспекта заболевания, сопутствующих факторов и социальных условий. Все эти аспекты имеют непосредственное отношение к внутренней картине болезни, которая формируется у личности при заболевании (или травме), особенно, если оно принимает хронический, неизлечимый характер, приводящий к инвалидности.

Для более полного представления о личности инвалида можно использовать тестовые методики для определения мотивации, тревожности, агрессивности, степени адаптации, самооценки, а также характерологический опросник Леонгарда. Все это позволяет наиболее полно определить реабилитационный потенциал, детализировать и конкретизировать индивидуальную программу реабилитации, разработанную учреждением службы медико-социальной экспертизы.

Работая над реализацией индивидуальной программы реабилитации, следует помнить, что степень социальной (ре)интеграции зависит от уровня здоровья инвалида. И уже здоровье является основополагающим фундаментом, на котором строиться и от которого зависит эффективность всех последующих видов реабилитационного процесса. В связи с этим, особенно у молодых инвалидов трудоспособного возраста, очень актуально сопровождение психолога на данном этапе.

Не секрет, что люди нередко имеют вторичную выгоду от болезни, что особенно свойственно лицам с врожденными и хроническими заболеваниями. И, если физические и моральные страдания от болезни приносят меньше вреда, чем вторичная выгода – пользы, люди, демонстрируя желание избавиться от болезни, тем не менее, из последних сил цепляются за эту болезнь. Тогда даже новые наукоемкие технологии медицинской реабилитации могут оказаться бессильными.

Задача психолога на данном этапе реабилитации – продемонстрировать возможности здорового человека в каждом конкретном случае и показать негативные, пагубные стороны заболевания. Методики и техники данной работы зависят от психологических особенностей личности, степени доверия пациента к психологу и сформировавшегося терапевтического альянса. Разрушая сложившуюся у инвалида картину болезни, разбивая вторичную выгоду от болезни, психолог тем самым берет на себя большую ответственность.

Ломка устоявшихся стереотипов мышления и поведения неизбежно приведет к разрушению связей инвалида со значимым окружением, которое, несомненно, приложило руку к формированию подобной ситуации. Вмешиваясь в нее, психолог лишает инвалида и его ближайшего окружения привычных социальных ролей, дезорганизует и дезадаптирует их. Способен ли он выстоять перед натиском этих новых проблем, сможет ли он обучить это, по своей сути, симбиотическое сообщество «инвалид-болезнь-значимые близкие», новым формам рационального поведения, разрушив старое, построит ли он приемлемое новое для всех участников процесса?

Когда такая уверенность отсутствует, лучше не наступать на вторичную выгоду, дабы не причинить вред пациенту, а поискать выход в другом – дать пациенту новое отношение к травмирующей ситуации, открыть доступ к другим позициям восприятия, обучить новым рациональным моделям поведения.

В профессиональной реабилитации участие психолога не менее важно. Направление психологической работы состоит не только в определении направленности личности, ни и в изучении и формировании адекватной самооценки личности, в повышении мотивационного уровня. По ходу этой основной работы могут решаться и другие вопросы – профилактика эмоциональных расстройств, коррекция нарушенной системы отношений, неадекватных реакций и форм поведения, уменьшение эмоционального напряжения, понижение уровня страха, тревоги и др. главная же задача психолога в рамках профессиональной реабилитации – проведение профессиональной психодиагностики и профориентации.

Но и здесь скрыто немало подводных камней. Довольно часто случается, что инвалиды лишь декларируют желание трудоустроиться, но на деле их не устраивает то место нахождения работы, то уровень заработной платы, то отношения в коллективе. На самом деле отсутствует мотивация к труду, которая может базироваться на слишком высокой или слишком низкой оценке своих возможностей. Трудовые отношения неизбежно послужат зеркалом, в котором инвалид увидит или подтверждение своей несостоятельности или крушение своих иллюзий. Понимание несоответствия между желаемым и достигнутым уровнем профессионализма и социальных контактов, осознание неполноценности своих социальных отношений приведет к снижению самооценки, чего инвалиды бессознательно стараются избегать.

Социальная реабилитация, цель которой заключается в восстановлении социального статуса инвалида, достижении им материальной независимости и его социальной адаптации, включает в себя социально-бытовую, социально-средовую, социокультурную и психологическую реабилитацию. Последняя должна включать психологическую поддержку самого инвалида, поддержку членов семьи инвалида для создания благоприятного психологического климата, для сохранения семьи в сложившихся обстоятельствах. Психологическое сопровождение инвалида необходимо для повышения эффективности процесса социально-психологической адаптации к новым условиям жизни в ситуации болезни и инвалидности.

В рамках социальной реабилитации разрабатывается новое направление – социокультурная реабилитация. Этот вид реабилитации может быть определен как процесс, имеющий целью помочь инвалидам достигнуть и поддерживать оптимальную степень участия в социальных взаимодействиях, необходимый уровень культурной компетенции и удовлетворение культурно-досуговых потребностей, что обеспечивает им средства для позитивных изменений в образе жизни за счет расширения рамок их независимости.

Участие психолога в составлении плана и программы социокультурной реабилитации неоспоримо. Психолог выявляет в процессе психологической диагностики круг склонностей, интересов, специальных особенностей и затем рекомендует инвалиду активное занятие тем или иным видом творческой деятельности, которая способствует самораскрытию и самореализации личности, к чему особенно надо стремиться человеку, имеющему различные ограничения жизнедеятельности.

Творчество может играть терапевтическую роль. Терапия творчества универсальна как психологический метод, он может применяться в работе с инвалидами разного возраста и разного уровня образования. В основе терапии творчеством лежит принцип сублимации – одного из высших и наиболее эффективных защитных механизмов человека, который переориентирует скрытые сексуальные и агрессивные импульсы в приемлемые и даже поощряемые формы общественной и творческой деятельности.

Подводя итог, хотелось бы отметить, что реабилитация инвалидов в условиях реабилитационных учреждений социальной защиты населения – сложный процесс, существенную роль в котором должен играть психолог. Разнообразие направлений и видов деятельности психолога предъявляет повышенные требования к объему знаний, умений и навыков, которыми должен обладать этот специалист. Пока не организована подготовка таких специалистов для реабилитационных учреждений, будет продолжаться эмпирический поиск форм и методов работы с учетом специфики конкретных учреждений. В становлении новой реабилитационной службы стадия случайных проб и ошибок неизбежна.

5. Особенности социальной реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата

Патология опорно-двигательного аппарата является следствием врожденного дефекта, последствий травм, дегенеративно-дистрофических изменений в костно-мышечной системе.

В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности двигательных нарушений представляется достаточно дифференцированно. Выделяются двигательные расстройства:

- вследствие полного или частичного отсутствия одной или более конечностей, включая ампутации;
- вследствие отсутствия одной или более дистальных конечностей (палец, кисть, стопа);
- в связи с отсутствием или нарушением произвольной подвижности четырех конечностей (тетраплегия, тетрапарез);
- вследствие отсутствия или нарушения подвижности нижних конечностей (параплегия, парапарез);
- в связи с нарушением произвольной подвижности верхней и нижней конечности на одной стороне (гимиплегия, гемипарез);
- вследствие нарушения мышечной силы нижних конечностей;
- в связи с нарушением двигательных функций одной или обеих нижних конечностей.

Следствием этих нарушений являются ограничения жизнедеятельности в сфере самообслуживания и передвижения.

Способность к самообслуживанию включает:

- удовлетворение основных физиологических потребностей, управление физиологическими отправлениями;
- соблюдение личной гигиены: мытье лица и всего тела. Мытье волос причесывание, чистка зубов, подстригание ногтей, гигиена после физиологических отпавлений;
- одевание и раздевание верхней одежды, нижнего белья, головных уборов, перчаток, обуви, пользование застежками (пуговицы, крючки, «молнии»);
- приготовление пищи: чистка, мытье, резание продуктов, их тепловая обработка, пользование кухонным инвентарем;
- принятие пищи: возможность подносить пищу ко рту, жевать, глотать, пользоваться столовыми приборами и посудой;
- выполнение повседневных бытовых потребностей: покупка продуктов питания, предметов одежды и обихода;
- пользование постельным бельем и другими постельными принадлежностями, заправка постели;
- стирка, чистка, ремонт белья, одежды и других предметов обихода;
- пользование бытовыми приспособлениями и приборами (замки, выключатели, краны, рычажные приспособления, утюги, телефон, бытовые электрогазовые приборы, спички и др.);

– уборка помещения (подметание и мытье пола, окон, вытирание пыли и др.).

Параметрами при оценке ограничений способности к самообслуживанию могут являться:

- оценка нуждаемости во вспомогательных средствах, возможности коррекции способности к самообслуживанию с помощью вспомогательных средств и адаптации жилища;
- оценка нуждаемости в посторонней помощи при удовлетворении физиологических и бытовых потребностей;
- оценка временных интервалов, через которые возникает подобная нуждаемость (1-2 раза в неделю): длительные интервалы (1 раз в сутки), короткие (несколько раз в сутки), постоянная нуждаемость.

Способность к самостоятельному передвижению включает:

- самостоятельное перемещение в пространстве: ходьба по ровной местности в среднем темпе (4-5 км/ч на расстояние, соответствующее средним физиологическим возможностям);
- преодоление препятствий: подъем и спуск по лестнице, ходьба по наклонной плоскости (с углом наклона не более 30 градусов);
- сохранение равновесия тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, возможность стоять, сидеть, вставать, садиться, ложиться, сохранять принятую позу и изменять положение тела (повороты, наклоны туловища вперед, в стороны);
- выполнение сложных видов передвижения и перемещения: опускание на колени и подъем, перемещение на коленях, ползание, увеличение темпа передвижения (бег);
- пользование общественным и личным транспортом (вход, выход, перемещение транспортного средства).

Параметрами при оценки способности к передвижению могут являться:

- расстояние, на которое может передвигаться человек;
- темп ходьбы (в норме 80-100 шагов в минуту);
- коэффициент ритмичности ходьбы (в норме 1-1,3 с.);
- скорость передвижения (в норме 4-5 км/ч);
- нуждаемость и возможность использования вспомогательных средств.

Проблемы осуществления самообслуживания и самостоятельного передвижения решаются в ходе **социально-бытовой реабилитации**.

Осуществление социально-бытовой реабилитации должно начинаться с социально-бытовой ориентации, в ходе которой специалист по социальной работе ориентирует инвалида в его возможностях к проживанию в каких-либо конкретных условиях, раскрывает перспективу его способностей к осуществлению жизнедеятельности, показывает необходимость приложения определенных усилий.

Осуществление социально-бытовой реабилитации инвалида с нарушениями опорно-двигательного аппарата предусматривает обучение его приемам восстановления утраченных (искаженных) навыков по социально-бытовому самообслуживанию.

Важной составляющей данной реабилитации является адаптация, которая представляет собой процесс приспособления инвалида к условиям жизнедеятельности с помощью специальных вспомогательных устройств и приспособлений для стабилизации жизни с имеющимся дефектом к новым, сложившимся условиям.

Заключительным этапом социально-бытовой реабилитации инвалида является социально-бытовое устройство – проживание его в квартире со специально созданными бытовыми условиями, которые отвечают всем потребностям инвалида.

При организации социально-бытовой реабилитации инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата необходимо исходить из следующих принципиальных положений.

1. Предусмотреть возможность использования инвалидом обывденного хозяйственно-бытового оборудования и кухонной утвари путем обучения (переобучения).
2. Оснастить имеющееся оборудование, утварь элементарными специальными приспособлениями (насадками, рычагами и т. д.) для использования его инвалидом.
3. Оборудовать квартиру новыми специальными адаптивными техническими средствами с учетом потребностей инвалида, основательно приспособить жилищные условия к потребностям инвалида с учетом типа дефекта.

Реализация указанных положений будет различаться в зависимости от локализации анатомического дефекта (повреждение верхних либо нижних конечностей).

При осуществлении первого положения необходима ориентация не только инвалида, но и членов его семьи на возможность приспособления поврежденных кистей рук к пользованию обывденным хозяйственно-бытовым оборудованием и кухонной утварью. Специалист по социальной работе должен не только ориентировать, но и обучить инвалида непосредственно и опосредованно через

вовлечение членов семьи навыкам пользования холодильником, газовой (электрической) плитой и т.д.

Необходимо отметить, что это положение применимо к инвалидам с повреждениями верхних конечностей лишь на первом этапе, при подходе к развертыванию полной социально-бытовой реабилитации. Реализация этого положения дает возможность выявить возможности инвалида к социально-бытовой адаптации.

Для осуществления второго положения, т. е. оснащения имеющегося стандартного (обыденного, типового) хозяйственно-бытового оборудования специальными приспособлениями, также требуется привлечение специалиста по социальной работе.

Приспособления такого рода устанавливаются в ванной комнате в виде фиксированных к стене электробритв, удлиненных ручек к расческам и зубным щеткам, в виде установок автоматической подачи зубной пасты и жидкого мыла, в виде рычажных кранов для воды в раковине для умывания и в мойке для посуды на кухне.

Необходимы также приспособления для инвалидов с поражением верхних конечностей и в туалете. Они предусматривают различные опоры (настенные, откидные, вертикальные, горизонтальные) к унитазу, устройства для опускания-подъема с унитаза.

Еще большие проблемы в самообслуживании возникают у инвалидов, «прикованных» к постели. Вся жизнедеятельность осуществляется в пределах ограниченного пространства. В связи с этим необходимо оборудование такого пространства специальными приспособлениями для приема пищи, чтения, письма, любительских занятий. Этой цели может служить надкроватный столик, который оснащается насадками-держателями книг, ручек, кистей, инструментов ручного труда и т.д. столик должен иметь устройство для изменения угла наклона и регулирования высоты. На стене, где стоит кровать, необходим горизонтальный поручень, позволяющий инвалиду самостоятельно сесть в постели.

Для инвалида с поражением нижних конечностей, ограничение жизнедеятельности которых преимущественно в сфере передвижения, основное значение приобретает специальное оборудование квартиры. Это оборудование должно служить не только передвижению как физиологическому акту, но и обеспечивать возможность выполнять другие функции, связанные с иными видами жизнедеятельности. Иначе говоря, оборудование квартиры должно обеспечить доступ инвалида во все помещения и ко всем «объектам» в квартире и позволить ему осуществлять жизнедеятельность в полном объеме.

Оборудование квартиры, в которой проживает инвалид, вынужденный пользоваться креслом-коляской, должно начинаться с прихожей. Необходимо предусмотреть низкое расположение вешалки для одежды и полки для головных уборов. Входная дверь должна иметь ручки, расположенной для инвалида на высоте. Площадь прихожей должна быть достаточной для маневрирования кресла-коляски.

В квартире между помещениями и при выходе на балкон не должно быть порогов. Дверные проемы должны давать возможность проезда кресла-коляски. Вдоль свободных от мебели стен необходима установка горизонтальных поручней.

Туалеты должны иметь достаточную площадь для разворота кресла-коляски. Унитаз необходимо оборудовать настенным, горизонтальным поручнем либо опорной рамой. В ванной комнате следует предусмотреть возможность разворота кресла-коляски, установить поручни для перемещения в ванну.

Рекомендуемое оснащение, оборудование, предлагаемые технические средства являются общими, но они не решают всех проблем удовлетворения потребностей инвалидов с повреждением опорно-двигательного аппарата. В каждом конкретном случае могут быть иные потребности, в зависимости от особенностей дефекта

Само оборудование квартиры должно отвечать не только требованиям в узком смысле этого слова. Инвалид, находящийся постоянно собственной квартиры, может продолжить образование, заниматься трудовой деятельностью, иметь любительское занятие. В связи с этим и оборудование квартиры должно отвечать конкретным целям, т. е. выходить за рамки собственно социально-бытовой реабилитации.

Литература

1. Бронников В. А. Опыт комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями в условиях специализированного центра // Сборник научных трудов 1-го Российского конгресса «реабилитационная помощь населению в Российской Федерации». М: Общероссийский общественный Фонд «Социальное развитие России» 2003.
2. Бронников В. А., Надымова М. С. Основные задачи, организация и методы работы психолога в реабилитационных учреждениях социальной защиты населения // Молодое поколение в современном обществе: процессы социализации, адаптации, реабилитации: Материалы научно-практической конференции. Пермь 2003.

3. *Бронников В. А. , Наумов А. А.* Интегративная оценка эффективности комплексной реабилитации инвалидов в системе социальной защиты населения: Методические рекомендации. Пермь 2003.
4. Профессиональная реабилитация инвалидов: Материалы межрегионального семинара. Москва 2000.
5. *Холостова Е. И., Дементьева Н. Ф.* Социальная реабилитация: Учебное пособие. М 2003.

3. ОПЫТ РАБОТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ: РЕАЛИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА

Организация комплексного мультидисциплинарного подхода реабилитации больных с инсультом в условиях стационарного реабилитационного центра

Республика Мордовия, г. Саранск
ГУЗ «Мордовская республиканская клиническая больница»
Республиканский центр ранней реабилитации инвалидов
О. И. Кшняйкина, А. Н. Гулин

Люди с ограниченными возможностями жизнедеятельности продолжают оставаться одной из наиболее нуждающихся в медико-социальной поддержке категорий населения. В целях улучшения и совершенствования мероприятий по оказанию реабилитационной помощи населению Республики Мордовия, в рамках реализации проекта европейской комиссии ТАСИС «Социальная интеграция инвалидов в Приволжском Федеральном округе» на базе ГУЗ «Мордовская республиканская клиническая больница» создан Республиканский центр ранней реабилитации инвалидов. Центр осуществляет раннюю медицинскую, с элементами социальной, реабилитацию больных и инвалидов с последствиями сосудистой патологии, черепно-мозговой травмы, нарушениями опорно-двигательного аппарата. Специалистами центра накоплен определенный опыт по организации и проведению ранней мультидисциплинарной реабилитации больных в остром и раннем восстановительном периоде инсульта. Успех восстановления нарушенных функций у пациентов зависит от правильной организации реабилитационного процесса. Для реализации задач реабилитации создана мультидисциплинарная бригада специалистов. В состав бригады входят врач-невролог, прошедший специальную подготовку по вопросам медицинской реабилитации; врач ЛФК, который оценивает двигательные нарушения больного и составляет программы их восстановления; инструктор лечебной физкультуры, который выполняет разработанные программы по двигательной реабилитации; врач-эрготерапевт – специалист по социально-бытовой реабилитации больного, в его задачи входят адаптация пациента к его повседневной деятельности и достижение максимальной независимости в самообслуживании, несмотря на имеющиеся выпадения функций (обучение больного одеванию, независимости в пользовании туалетом, приему пищи, умыванию и.т.д.); врач - физиотерапевт – специалист по использованию лечебных физических факторов; логопед, который обеспечивает оценку и коррекцию речевых расстройств, а также расстройств функции глотания; психолог, который оценивает мотивацию больного на восстановление, способствует адаптации к ограничению трудоспособности, работает с родственниками и ухаживающими за больным людьми для создания благоприятной среды для реабилитации; медицинская сестра, специально обученная приемам реабилитации, роль которой особенно важна в палатах ранней реабилитации, она является основной опорой для всех членов мультидисциплинарной бригады, обеспечивает основные нужды больного в течение дня – питание, умывание, одевание, правильное позиционирование в постели, пересаживание, проведение скринингового тестирования глотания. В реабилитации больных также участвуют специалисты других подразделений больницы: иглорефлексотерапевт, массажисты, кардиолог, офтальмолог, врач функциональной диагностики. Все члены бригады 1 раз в неделю совместно обходят больных с последующим обсуждением каждого пациента и определением всех аспектов ведения больного, куда входят:

- исходная оценка состояния больного и степень нарушения функций;
- анализ проблемы больного (индивидуально) каждым специалистом бригады и составление общего списка проблем;
- составление плана основных реабилитационных мероприятий;
- разработка краткосрочных (на 1-2 недели) и долгосрочных (к моменту выписки) целей;
- оценка эффективности реабилитационных мероприятий при повторных обсуждениях;
- заключительное обсуждение, оценка достигнутой степени восстановления, подготовка к выписке, с разработкой рекомендаций больному по адаптации жилья, упражнений, диете, лекарственным препаратам, подборе вспомогательных средств и приспособлений.

С начала работы центра с применением мультидисциплинарного подхода были обследованы и пролечены 40 больных с церебральным инсультом (30 больных – ишемический инсульт, 10 –

геморрагический инсульт), из которых 80% были выписаны со значительным улучшением, 18% с улучшением, 2% без перемен, 85% пациентов приобрели независимость при умывании, одевании, пользовании туалетом, приеме и приготовлении пищи. Таким образом, организация комплексного мультидисциплинарного подхода в ведении больных после инсульта способствует успешному восстановлению нарушенных функций и повышает эффективность реабилитации.

Опыт работы республиканского реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями

*Республика Чувашия, г. Чебоксары
РГУ "Реабилитационный центр для детей и подростков
с ограниченными возможностями"
Е. В. Шафейкина*

В последние десятилетия рост инвалидности, в том числе детской, отмечается во всем мире. В связи с этим общество поставлено перед дилеммой в отношении данной категории детей. Либо они станут социальными инвалидами, балластом для своей семьи, школы, государства, либо ими надо заниматься: создавать и осуществлять специальные программы их социальной адаптации и интеграции в общество.

Развитие государственной службы реабилитации инвалидов в Российской Федерации предусматривает создание учреждений, основным направлением которых является проведение мероприятий по комплексной реабилитации и абилитации детей и подростков с ограниченными возможностями для максимально полной их социализации для жизни в семье, в обществе. Решение этой проблемы будет также способствовать предупреждению первичной детской инвалидности. Инвалидность у детей и взрослых трактуется различно: если у взрослых это стойкое снижение или утрата общей и профессиональной трудоспособности вследствие заболеваний или травм, то у детей – нарушение развития и роста как основных физиологических процессов, характеризующих детский организм, ограничение познавательной, игровой, конструктивной деятельности, препятствующих воспитанию и обучению, приобретению навыков.

Специалисты нашего Центра призваны реализовывать стратегию реализации программы социальной интеграции «особого» ребенка в социум. В осуществлении реабилитационных мероприятий задействовано четыре структурных подразделений:

- 1) отделение диагностики и разработки программ индивидуальной реабилитации;
- 2) отделение социальной адаптации и психолого-педагогической коррекции;
- 3) отделение медико-социальной реабилитации;
- 4) стационарное отделение;

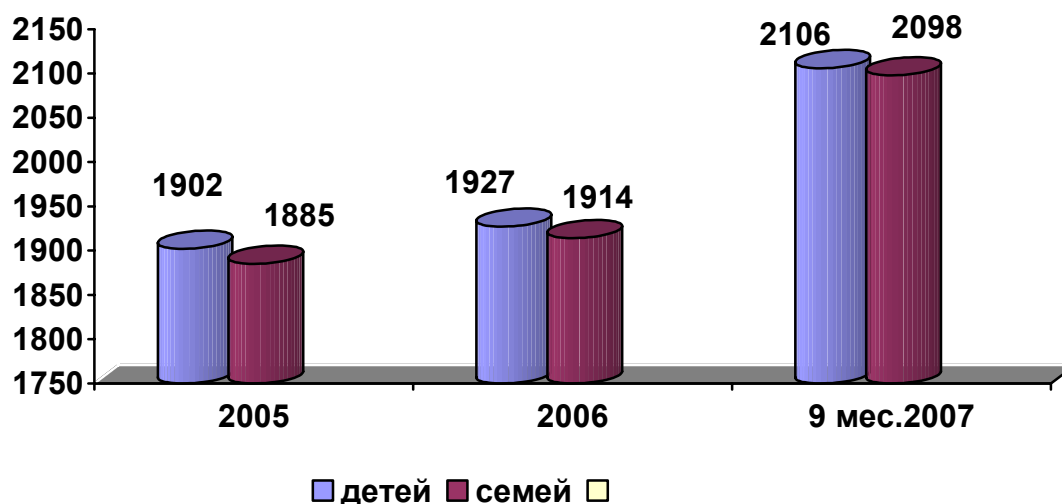
Основные направления в работе Центра:

- медико-социальные
- психолого-педагогические
- социальные
- социокультурная реабилитация
- творческая реабилитация
- семейная реабилитация

В Центре получают комплексную реабилитацию дети-инвалиды в возрасте от 1 до 18 лет включительно, проживающие на территории Чувашской Республики. До 6% из них составляют дети из неполных семей, сироты.

С целью профилактики первичной инвалидности в реабилитационном центре принимаются дети с ограниченными возможностями здоровья, не имеющие категорию «ребенок инвалид», но испытывающие трудности адаптации, обучения, воспитания, развития и нуждающиеся в психолого-педагогической и медико-социальной реабилитации. Они составляют 3 % от общего числа детей, проходящих реабилитацию. С учетом реабилитационного потенциала ребенка, индивидуальной программы реабилитации, рекомендованной специалистами бюро МСЭ, составляется индивидуальный маршрут реабилитации ребенка с ограниченными возможностями, который оптимизирован таким образом, чтобы ребенок не утомлялся и не ощущал эмоциональных и физических нагрузок.

На 01.09.2007г. в Центре состоит на учете 2106 детей инвалидов, проживающих в г. Чебоксары и районах Чувашской Республики, из них 40,6% составляют дети-инвалиды в возрасте от 1 до 6 лет, которые нуждаются в функциональной абилитации, т.е. в развитии отсутствующих ранее функций. В реабилитации, т.е. в восстановлении утраченных функций, нуждаются дети более старшего возраста (7-17 лет), инвалидность которых обусловлена травмой или приобретенным заболеванием.



Р

Рис. 1. Количество детей и семей их воспитывающих, состоящих на учете в Центре (%).

При оптимальном проведении реабилитации детей-инвалидов положительный эффект значительно превосходит таковой у взрослых в силу большей восприимчивости («обучаемости») развивающегося детского организма. Работа с данной категорией начинается с выявления и постановки на учет детей и подростков – инвалидов, с формированием банка данных на каждого ребенка. Затем, осуществляется обследование и диагностика особого ребенка специалистами различного профиля. В процессе совместной работы врачей, психологов, педагогов складываются этапы комплексной реабилитации. Первый этап является диагностическим, специалисты по социальной работе осуществляет патронаж ребенка и семьи, его воспитывающей, на дому, проводит диагностику семьи. Далее, в Центре составляется комплексная индивидуальная программа реабилитации «особого» ребенка с учетом тяжести заболевания, объема социальных навыков, пожеланий родителей, определяется объем и вид медицинской и психолого-педагогической и социальной реабилитации.

Дети в Центр поступают с установленным диагнозом. При необходимости, врачи рекомендуют обследование в лечебном учреждении по месту жительства. По показаниям, контрольные анализы ребенку, проходящему курс реабилитации, проводятся в клинической лаборатории Центра. Индивидуальный маршрут реабилитации реализуется в форме последовательной цепи реабилитационных циклов, то есть мероприятий медицинской, психолого-педагогической, социальной, физкультурно-спортивной реабилитации, определяемых возрастными и личностными особенностями ребенка и степенью ограничений его жизнедеятельности. Важным этапом реабилитации является определение реабилитационного потенциала и прогноза. Выделение максимально выраженных и значимых для ребенка ограничений жизнедеятельности: нарушений в двигательной, психической сфере, сопутствующей патологии, отставании в развитии социально-бытовых, социально-средовых навыков важно для дальнейшей оценки эффективности последующей реабилитации.

Эффективность реабилитации оценивается по степени уменьшения спастичности в конечностях, увеличению двигательной активности, улучшению моторики и статики, координации движения, появлению новых навыков, усилению речевой активности, улучшению памяти, увеличению работоспособности.

Для стимуляции статикомоторного и психоречевого развития детей с нарушениями нервной системы и опорно-двигательного аппарата используется комплексный подход, включающий в себя ЛФК на реакцию тонических и стимуляцию установочных рефлексов по К.А.Семенову, Л.О.Бадалян, электрофорез на разные отделы позвоночника (шейный, грудной, пояснично-крестцовый) со спазмолитиками, электрофорез с лидазой на спастические мышцы, фонофорез с трилоном Б, ДДТ, все виды массажа (классический, склеромерный, точечный); некоторые положения кондуктивной педагогики, кинезотерапии, пальчиковую терапию.

Для детей с поражением опорно-двигательного аппарата применяется тренажер Гросса и лечебные костюмы «Гравистат», «Адели», «Гравитон», нейроортопедический костюм «Атлант», озокерит, парафино- и грязелечение, аппаратная терапия, массаж. По показаниям активно используется метод спелеотерапии. Педагогами: логопедом-дефектологом, психологом, социальным педагогом, инструктором по физкультуре и спорту, инструкторами по труду, музыкальным руководителем занятия с детьми проводятся как в индивидуальной, так и в групповой форме. Все больше внедряются в работу с детьми интегрированные занятия: логопедом и музыкальным руководителем проводятся интегрированные занятия по логоритмике, психологи и педагоги дополнительного образования по рисованию проводят совместные занятия в сенсорной комнате. Кроме того, в действующих мастерских Центра: «Столярная», швейная мастерская «Умелые ручки»,

художественная студия «Радуга надежды» дети-инвалиды и их родители привлекаются к творчеству и овладению трудовыми навыками.

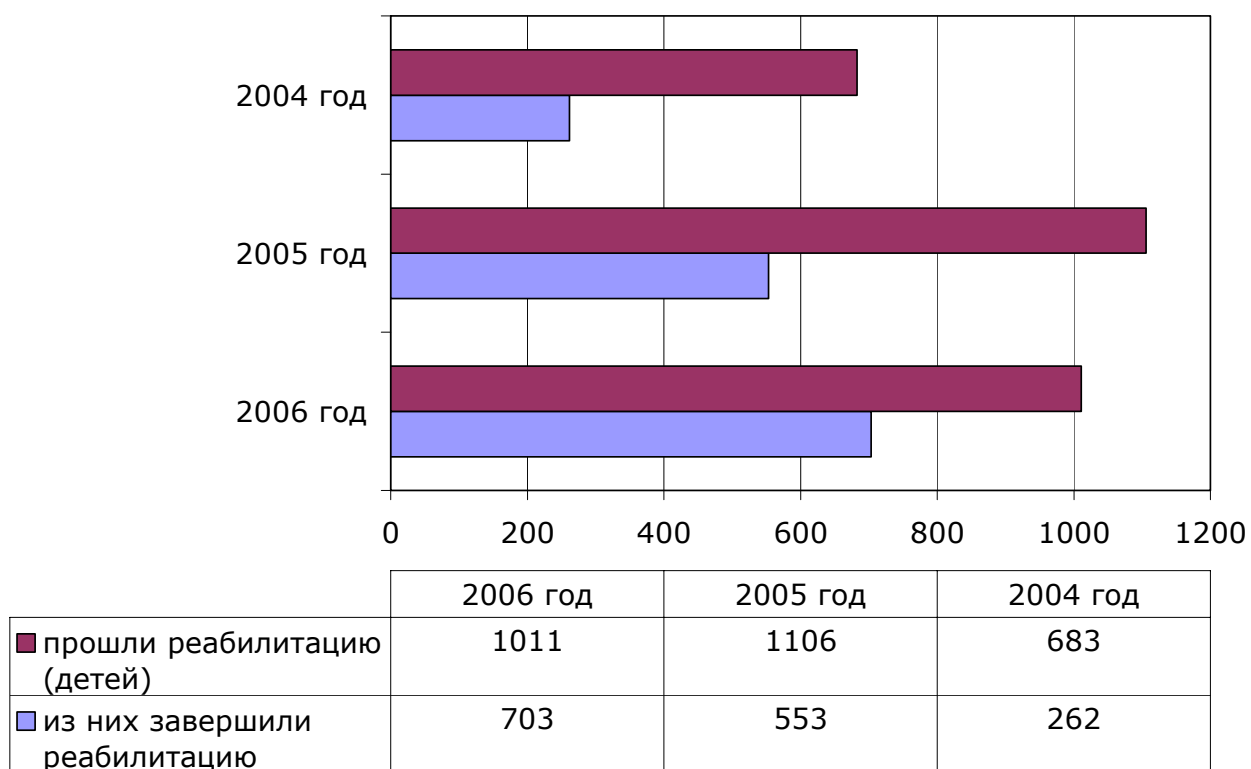


Рис. 2. Количество детей инвалидов, прошедших реабилитацию.

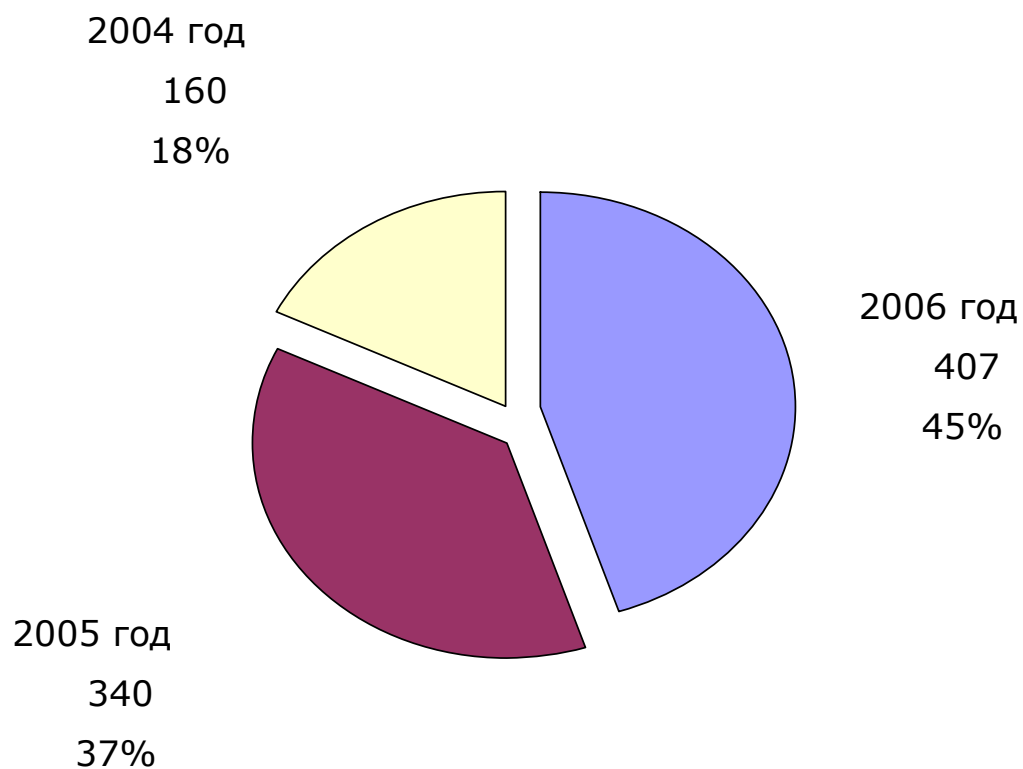


Рис. 3. Количество детей, завершивших реабилитацию с улучшением.

Лечебно-восстановительная и коррекционно-воспитательная работа строится на основе комплексности, систематичности и последовательности. Данный подход позволяет проследить динамику развития детей, своевременно найти новые направления работы с ними, прогнозировать состояние и дать необходимые рекомендации родителям. Специалисты учат кропотливой работе с тонкой моторикой рук и пальцев, рисованию, конструированию. Предлагаются развивающие игры, занятия искусством, упражнения с надкостными зонами, совершенствующие двигательные навыки, развития речи и психики. Комплекс медицинских мероприятий обязательно чередуется с педагогическими, социально-педагогическими, психологическими занятиями, трудовыми и социальными программами.

Сроки реабилитации устанавливаются индивидуально. Наши дети нуждаются в длительном непрерывном наблюдении. Прекращение работы с ними на длительный срок ведет к утрате функций, восстановление которых при отдаленном лечении будут проходить более трудно и неполноценно, поэтому мы добиваемся, чтобы соблюдалась этапность и цикличность медицинской реабилитации детей-инвалидов: поликлиника – стационар – реабилитационный центр – санаторно-курортное учреждение.

Социальная реабилитация основана на принципах эрготерапии, которая направлена на реабилитацию и абилитацию детей с ограниченными возможностями, т.е. на развитие возможности самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью, полноценно отдыхать. Цель эрготерапии через формирование навыков самообслуживания, освоение жизненного пространства, освоение начальных трудовых навыков достичь максимальной автономности и независимости в будущем детьми с ограниченными возможностями.

Основная цель **социокультурной реабилитации** – создание путей восстановления связи между ребенком-инвалидом и окружающей средой за счет развития у него умения пользоваться новыми способами ориентации, что предполагает участие в развлекательных музыкальных программах, экскурсиях, посещении выставок, музеев, спектаклей, в совместных концертах со студентами ВУЗов, школьниками, воспитанниками детских садов, родителями. Социокультурная реабилитация помогает связывать приобретаемые занятия и навыки с определенными составляющими формами жизнедеятельности: жизнеобеспечением, социальной коммуникацией, рекреацией и социализацией.

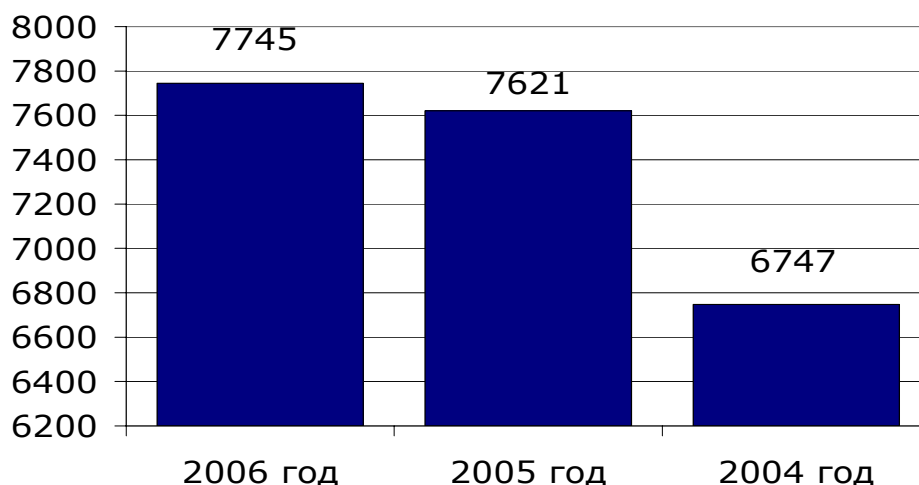


Рис.4. Количество детей, охваченных анимационными услугами

94% детей, проходящих реабилитацию в Центре, воспитываются в семьях. Следовательно, нельзя недооценивать их психологическую зависимость от близких. Поэтому для успешной реабилитации специалисты проводят психокоррекцию и с ребенком, и с матерью, и с семьей в целом. Это составляет необходимое звено реабилитационного процесса. Дальнейшим направлением в работе становится психотерапия аномальных состояний в системе «мать и ребенок» по индивидуальному плану с целью формирования позитивного настроения, правильного отношения к болезни и ребенку, снятия неуверенности в себе и целого ряда комплексов неполноценности.

Мать и другие члены семьи на каждом курсе реабилитации имеют возможность получить определенные знания по применению массажа, ЛФК, закаливанию по специальной программе «Семейная гостиния». По окончании очередного курса реабилитации в Центре, наши специалисты рекомендуют продолжение занятий в домашних условиях.

Детям удастся достичь гораздо лучших результатов, когда в реабилитационном процессе родители и специалисты становятся партнерами и вместе решают поставленные задачи. Это подразумевает полное доверие, обмен знаниями, навыками и опытом помощи детям, имеющим особые потребности в индивидуальном и социальном развитии. Такая консолидация потенциала специалистов нашего Центра, семьи и самого ребенка, несомненно, дает желаемые результаты.

Социальная реабилитация семей, воспитывающих детей-инвалидов

Республика Чувашия, г. Чебоксары
РГУ "Реабилитационный центр для детей и подростков
с ограниченными возможностями"
Е. В. Шафейкина

В последнее время в понимании проблем детской инвалидности происходят определенные позитивные изменения. Государственная социальная политика, приобретающая все более адресный характер, просветительная деятельность различных ассоциаций, выступающих за соблюдение прав человека, постепенно изменяют существующий психологический климат негативного, в лучшем случае – безразличного отношения к людям с ограниченными возможностями.

Нарушение физического или психического развития, как и любое функциональное изменение организма (старение, болезнь) – это не только медицинская ситуация, которая, безусловно, отражается на самом ребенке, всей его семье и окружающих. Но степень, глубина ее влияния зависят от того, насколько гуманно и цивилизованно общество в целом, комфортно ли в этом обществе ребенку, не чувствует ли он себя изгоем.

Воспитание в семье ребенка-инвалида – это очень важная и ответственная задача, поставленная перед родителями.

Семья ребенка – это именно та среда, которая должна создать благоприятные условия для его развития и роста.

Но порой самостоятельно справиться с данной ситуацией, к сожалению, под силу не каждой семье. Это и понятно. Ведь рождение ребенка с отклонениями в развитии – большое потрясение для семьи. В этой ситуации потребуются определенный период адаптации. Круг проблем семей, воспитывающих детей-инвалидов, довольно обширен – проблемы психологической помощи, воспитания и обучения, экономические проблемы, низкий уровень юридической помощи, проблемы специальной медицинской помощи. Здесь потребуются длительный период адаптации и этой ситуации. И вот здесь и должны будут задействовать свои силы, свой потенциал специалисты социальной сферы, ибо без их квалифицированной помощи, без тех средств, какими обладают реабилитационные учреждения, безболезненно именно для ребенка, родители, как часто и случается, не смогут ими достаточно долго преодолевать все стадии приспособления к этой ситуации.

Реабилитационный Центр – именно то государственное учреждение, которое призвано решать комплексно задачи, связанные с социальной реабилитацией детей-инвалидов и семей, воспитывающих их.

Семьи детей-инвалидов имеют в чем-то отходные затруднения. Найти ответы на вопросы, возникающие у родителей, под силу лишь команде, в которую входит вся семья, соц.работники, медики и педагоги реабилитационных центров, социальных, образовательных и др.учреждений.

Наличие квалифицированных специалистов, хорошей материально-технической базы.

Наличие комплексной программы по реабилитации семей, воспитывающих детей-инвалидов, перспективные и текущие планы работы позволяют сегодня решать эти проблемы, Но и, к сожалению, не всегда в том объеме, как нам хотелось бы.

В настоящее время на учете состоят 2038 детей-инвалидов из 1929 семей. В реабилитационном центре ежегодно проходят курс реабилитации 700 детей.

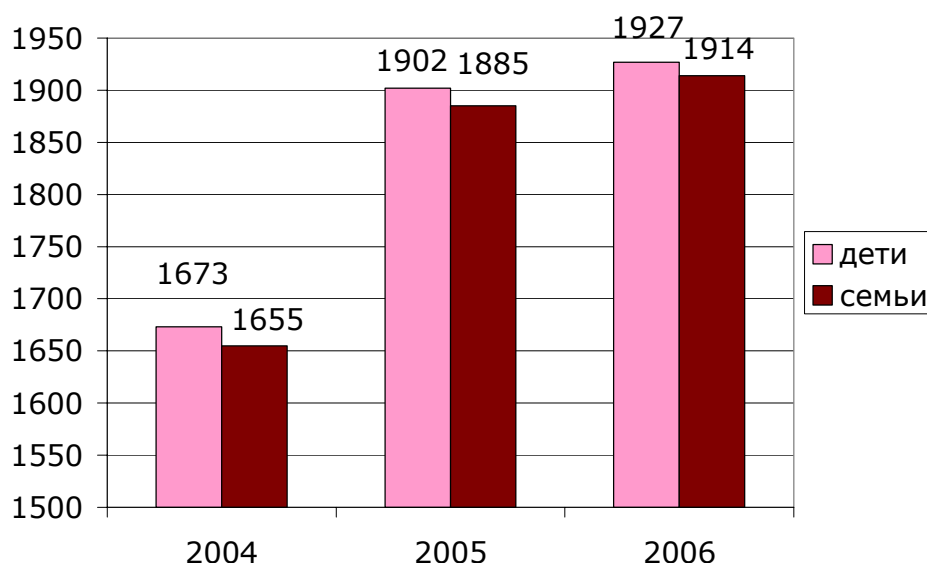


Рис. 1. Количество детей-инвалидов и их семей, состоящих на учете в Центре.

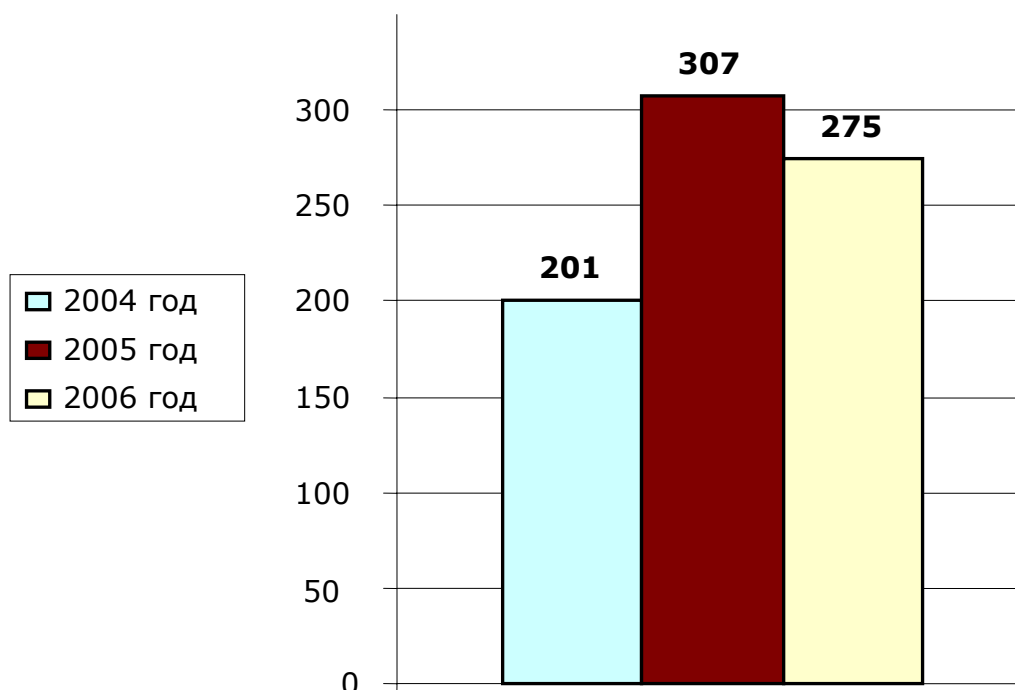


Рис. 2. Количество семей, имеющих детей-инвалидов, находящихся на социальном патронаже.

Безусловно, мы можем охватить патронажем большее количество детей и семей (рис. 2). Но, к сожалению, возможности патронажа, уступают по своей значимости комплексу работы с семьями в условиях самого Центра, т.к. перенести весь комплекс услуг Центра, созданный для гармонизации и последовательности реабилитации детей и семей, в одну взятую семью невозможно. Поэтому мы стараемся расширить возможности нашего учреждения по работе с семьями детей-инвалидов конкретно в Центре.

Специалист, работающий с семьей, должен иметь полные сведения о семье, в котором воспитывается ребенок-инвалид. Аналитические данные, полученные нами в результате работы с каждой семьей за последние 2000-2005гг., позволяли разделить условно их на 2 группы по социальному статусу (см. табл. 1):

I группа - неполные семьи, на их долю приходится 25,9%;

II группа - полные семьи, которые составляют 63,2%

Таблица 1.

Характеристика семей, воспитывающих детей-инвалидов

Категория семей	Кол-во семей		число семей, имеющих детей-инвалидов	
	абс.	%	ДЦП	Интеллектуальная недостаточность
I. Неполные семьи, в том числе	48	25,9	19	29
Состоящие в разводе	22	11,8	11	11
Одинокие матери	16	8,6	8	8
Из-за смерти одного из родителей	8	4,3	3	5
Родители лишены родительских прав	2	1,1	-	2
II. Полные семьи, в том числе	117	63		
Многодетные	2	1,1		
Малообеспеченные	110	62,1		

Эти данные говорят о высоком удельном весе неполных и малообеспеченных семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, нуждающихся в социальной поддержке. На этом тоже приходится акцентировать внимание в нашей работе. Зачастую распаду семьи способствуют возникновение проблем межличностных отношений, конфликты по поводу воспитания ребенка, разделения обязанностей по уходу за ним. И если даже в семье имеются оба родителя, избежать семейных конфликтов бывает сложно. Неблагоприятный психологический статус родителей приводит к тому, что они не могут адекватно оценить возможности ребенка, неправильно его воспитывают. В этом случае подключение к данной проблеме социального работника, социального педагога, психолога необходимо. Реабилитационный центр строит свою работу так, чтобы преломить выше обозначенные стереотипы в семейных проблемах.

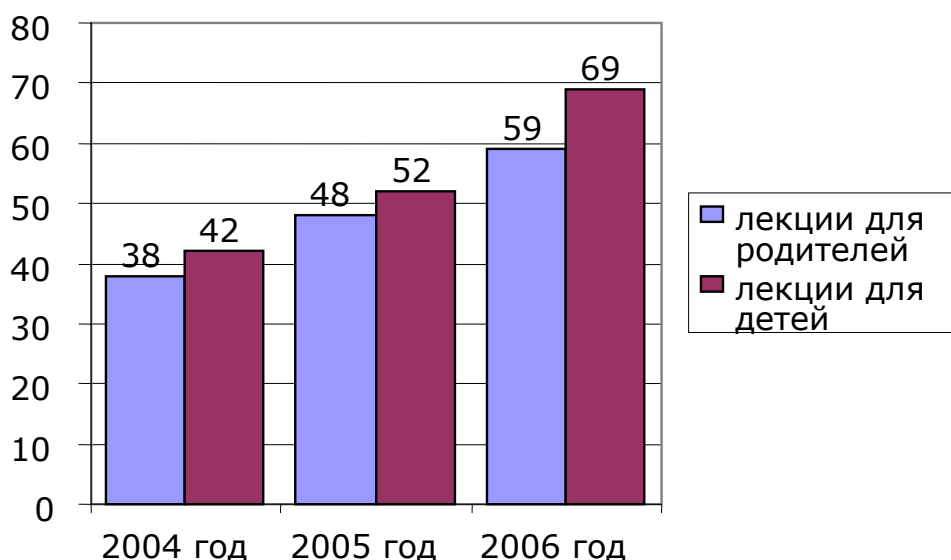


Рис. 3. Количество лекций для детей и родителей, прочитанных в Центре за 3 года.

С этой целью в план работы включаются лекции для родителей в семейной гостиной, родительские собрания, индивидуальная работа с каждой семьей (рис. 3). Индивидуальная работа с родителями проводится на занятиях лечебной гимнастики (каждый родитель должен овладеть комплексом занятий лечебной гимнастики для своих детей), на сеансах массажа, на занятиях с логопедами, психологами. На музыкальных занятиях и на занятиях по коррекционному труду, на занятиях с социальными педагогами, где вместе со своими детьми родители шаг за шагом продвигаются к положительным результатам.

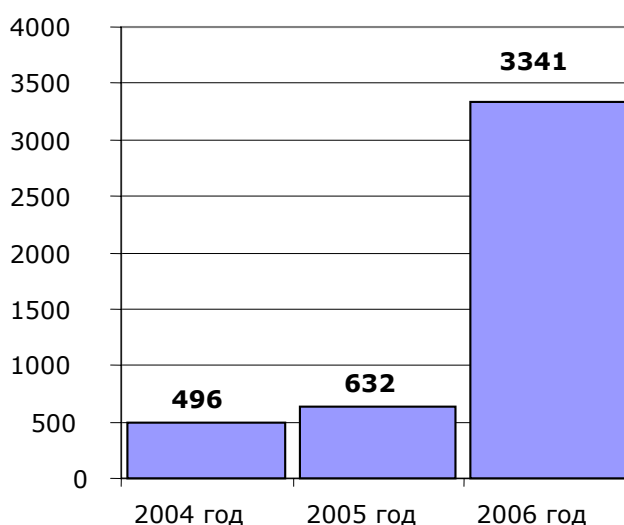


Рис. 4. Количество социально-правовых услуг, оказанных сотрудниками Центра за 3 года.

Для семей, имеющих детей-инвалидов, организована работа по социально-правовой поддержке (рис. 4). За 2 года проведено 4000 консультаций по решению медицинских проблем, по вопросам лекарственного обеспечения, прав и льгот, обучения жилищных проблем, трудоустройству. Данная работа с законными представителями приводилась в период прохождения детьми курса реабилитации. Подавляющее большинство обратившихся за консультацией составляли матери детей с ограниченными возможностями – 92%. Остальные 8,0% составляли: отцы (1,5%), бабушки (4,3%), опекуны (2,2%). К сожалению, в семьях, где имеется ребенок-инвалид, отца зачастую предпочитают отстраниться от бремени его воспитания. Из общего числа проконсультированных детей-инвалидов 26% растут в неполных семьях. Знание и умение применять нормы права поможет лицам с ограниченными возможностями стать полноценными членами общества. Поэтому крайне важно осуществлять правовое просвещение детей-инвалидов и их законных представителей в учреждениях социального обеспечения.

Все сотрудники Центра, строя реабилитационную работу с семьей, помогают родителям определить приоритеты – важнее ли для них избежать предубежденности окружающих или важнее их собственная свобода удовлетворять свою потребность в социальных контактах, появляясь с ребенком в общественных местах.

Последняя задача является наиболее трудной, т.к. отдельные семьи скрывают ребенка от окружающих, дабы сохранить свой престиж в глазах знакомых.

Важной составляющей социальной реабилитации ребенка-инвалида и его семьи является социокультурная деятельность (рис. 5).

Количество детей, охваченных анимационными услугами (экскурсии, посещение театров, организация выставок, праздников)		
2004 год	2005 год	2006 год
6 747 детей (220 мероприятий)	7 621 ребенок (225 мероприятий)	7 745 детей (233 мероприятия)

Табл. 5. Количество детей, охваченных социокультурной реабилитацией в 2004-2006 гг.

Без социокультурной деятельности, как системы реабилитационных мероприятий, не может быть раскрыт внутренний потенциал ребенка и его семьи, его креативные способности, коммуникабельность. Включение матери в социокультурную деятельность (участие в экскурсиях, культурно-досуговых мероприятиях) является способом профилактики депрессивных состояний и уменьшает период негативных переживаний с последующей оптимизацией реабилитационного процесса.

Большое внимание в Центре уделяется роли досуговых мероприятий, которые приглашаются семьи. Для многих родителей важно встречаться с другими семьями, у которых такие проблемы, одинаковые заболевания или травмы детей. Объединяясь в группы взаимоподдержки, они помогают друг другу преодолевать жизненные трудности. Так, в 2006г. было организовано 39 выставок и 22 экскурсии, 122 праздничных мероприятий, проведено 30 встреч в «Семейной гостиной». Особой популярностью пользуются мероприятия, где дети (и родители) общаются с другими детьми. В книге отзывов и предложений часто можно встретить такие слова благодарности, как эти: «Наши малыши лишены возможности общения в детском коллективе своих сверстников. Здесь, в Центре, они получили такой уникальный шанс, как радость общения, ласку, доброе слово...».

В Центр реабилитации часто приходят с концертными программами дети из д/с, школ, школ искусств, студенты, профессиональные артисты. Мы взяли за правило включать в эти концерты номера наших детей. В результате повышается самооценка детей-инвалидов.

Еще существует проблема – это убедить родителей, что нельзя делать основной акцент только на лечении, игнорируя педагогическую реабилитацию. В этом случае их дети будут менее приспособлены к жизни, не смогут, повзрослев, адаптироваться и определиться. Поэтому разработаны так называемые «Золотые правила» для родителей.

В перспективе планируется совместно с Управлением образования администрации г. Чебоксары (к 01.09.2007г.) открыть на базе Центра школу надомного обучения, целью которой социализация учащихся, формирование у них коммуникативных навыков, создание для них возможности и условий общения со сверстниками. Таким образом, средствами образования мы будем способствовать жизненному самоопределению ребенка и его социальной защите, будем решать вопросы воспитательного характера.

Естественно, в этом случае, повысится и роль семьи в образовательно-воспитательном процессе своего ребенка, и образование ребенка будет осуществляться в более полном аспекте, нежели при обучении его в домашних условиях. В этом случае расширятся возможности всех специалистов Центра по осуществлению целенаправленной социальной реабилитации семей, воспитывающих детей-инвалидов.

Комплексная реабилитация детей и подростков с ограниченными возможностями в условиях реабилитационного центра

*Республика Татарстан, г. Набережные Челны
Государственное учреждение для детей и подростков
с ограниченными возможностями «Солнышко»
И. М. Усманов*

Проблема детской инвалидности в настоящее время приобретает все большую актуальность. По данным статистического учета на конец 2007 года в городе Набережные Челны проживает 2136 детей-инвалидов. В структуре детской инвалидности преобладают заболевания опорно-двигательного аппарата (25,6%); психические расстройства (14,3%) и врожденные аномалии (18,9%), другие заболевания составляют 41,2 %.

Это обязывает искать оптимальные пути полноценного и качественного формирования и исполнения индивидуальных программ, как основного механизма реабилитации инвалида, который призван обеспечивать учет индивидуальных потребностей и адресность государственной поддержки.

Следует отметить, что за последние годы значительно увеличилось количество мероприятий в отношении людей с ограниченными возможностями по созданию доступной среды жизнедеятельности. Несомненным достижением является открытие реабилитационных центров, общественных организаций инвалидов, проектов и программ по социальной защите и поддержке инвалидов. Но на сегодняшний день уже недостаточно просто наличия учреждений, необходим межведомственный подход и консолидация усилий государственных и общественных институтов в вопросах, связанных с реализацией комплексных программ реабилитации.

Основными принципами работы с семьями, воспитывающими ребенка-инвалида, являются: комплексность, адресность, регулярность. Данная модель предполагает ряд этапов.

Ориентировочный этап - установление первых контактов с семьей, которые осуществляют специалисты по социальной работе, социальные педагоги. На данном этапе осуществляется: выявление семей, имеющих ребенка-инвалида; установление контакта с семьей, проведение социальной диагностики (оценка ситуации), выявление основных проблем семьи, в частности, низкий уровень информированности родителей в вопросах реабилитации ребенка /реализация ИПР, специфика заболевания ребенка, возможности развития и т.д./; социальная изоляция, замкнутость, вхождение или реальная угроза попадания в кризисное состояние; отсутствие ресурсов /материальных, духовных, социальных/ и т.д.; выработка решений о характере помощи (психологической, медицинской, педагогической, юридической, материальной и т.д.) семье.

Охвачено патронажем: в 2003 году (цель – ознакомление с ситуацией инвалидности по городу) – 1431 семей; в 2004 году (цель – создание банка данных по детям-инвалидам г. Набережные Челны) – 1658 семей; в 2005 году – 1360 семей (работа с первично оформившими инвалидность, работа по проблемам, контрольный патронаж); в 2006 году – 581.

По итогам патронажа специалисты по социальной работе готовят справки по проблемам обследованных семей для оказания последующей (совместной с УСЗ г. Набережные Челны) адресной помощи.

На следующем *основном этапе* осуществляется сопровождение семьи, воспитывающей ребенка-инвалида. Контакт семьи со специалистами Центра (социальными педагогами, психологами, медицинскими работниками, педагогами, воспитателями) обеспечивают специалисты по социальной работе. На данном этапе осуществляется помощь и посредничество в разрешении проблемных вопросов (организация взаимодействия с учреждениями социальной защиты, здравоохранения, образования). Основными участниками этого направления деятельности являются специалисты по социальной работе, социальные педагоги. Они же осуществляют сотрудничество, взаимодействие семьи со специалистами РЦ с целью социально-психологической поддержки, исходя из характера проблем.

Одним из основных вопросов является информирование родителя по реабилитационному маршруту ребенка-инвалида (ИПР), а также информирование по маршруту оформления социальных льгот и гарантий ребенка-инвалида. Данную консультацию они получают в условиях Центра в ходе беседы с социальным педагогом. Беседа строится на основании информационного методического материала, разработанного специалистами УСЗ г. Набережные Челны.

С целью организации информационной поддержки, поддержки активности семьи, психологической поддержки в условиях РЦ представлены следующие направления деятельности:

- семинарские встречи с целью повышения компетентности родителя в вопросах медицинской, психолого-педагогической реабилитации ребенка-инвалида с учетом специфики его заболевания; в проведении этих встреч участвуют медицинские работники, психологи, педагоги;
- обучение родителей методам медицинской реабилитации ребенка-инвалида в условиях семьи; проводят медицинские работники в рамках деятельности школы «Семейный доктор»;
- обучение родителей навыкам эффективного общения с ребенком-инвалидом с целью расширения возможностей понимания своего ребенка; улучшения рефлексии своих взаимоотношений с ребенком; развития родительской компетентности; закрепления новых способов

общения со своим ребенком; формирования положительной установки на будущее; все эти мероприятия проводятся психологом в рамках деятельности «Школы общения»;

- психологическая поддержка родителей с целью предоставления возможности анализа своих жизненных затруднений, обнаружения и прояснения способов более удовлетворительной и полноценной жизни; проводятся психологом в рамках индивидуального консультирования;

- организация взаимодействия родителей детей-инвалидов, имеющих схожие проблемы, с целью поддержания дружеских контактов между семьями, обмена информацией, опытом и новыми идеями; реализуется посредством вовлечения родителей в совместную деятельность со специалистами и детьми;

- организация дней открытых дверей, открытых занятий, выставок работ и т.д., с целью демонстрации родителям достижений детей, повышения уверенности, укрепления веры родителя в возможностях своего ребенка, а это в свою очередь повышает активность родителя в реабилитационном процессе (проводят педагоги, воспитатели);

- подготовка наглядной информации (памятки, информационный стенд, информация по проблемам с рекомендациями /папки с информацией для свободного ознакомления по желанию/); реализуется специалистами по социальной работе, социальными педагогами, психологами, медицинскими работниками, педагогами;

Данные направления деятельности предвараются в жизнь независимо от того, проходит ли ребенок в данный момент реабилитацию в условиях Центра или нет.

При решении прохождения реабилитации ребенка в условиях Центра (т.е. ребенок неорганизованный или находится на домашнем обучении), специалисты по социальной работе приглашают семью на первичный консилиум, который осуществляется еженедельно по предварительной записи. Через консилиум прошли: 2004г. – 204 семьи; 2005г. – 204 семьи; 2006г. – 235 семей, 2007г. (за 9 месяцев) – 362 семьи. На консилиуме специалистами (врач-реабилитолог, психолог, логопед, дефектолог) проводится первичная диагностика и определяются основные направления работы с семьей (необходимость консультаций специалистов, обучения методам медицинской реабилитации, направления работы с ребенком и т.д.), определяется время прохождения реабилитации в Центре.

Таблица 1

Количество пациентов, получивших услуги в Центре за 2003 – 2007 гг.

Год	2003г.	2004г.	2005г.	2006г.	2007г. за 9 мес.
Количество обслуженных	648	1041	856	1185	1006

Этап реализации: предполагает комплексное воздействие на ребенка с учетом его психических, физических возможностей (медицинские мероприятия, мероприятия по социально-бытовой ориентировке и основам трудовых навыков, занятий коррекционно-развивающего цикла, мероприятия, направленные на развитие навыков социального взаимодействия и т.д.). По результатам наблюдений динамического отслеживания осуществляется корректировка программы. Параллельно проводится просвещение и консультирование родителей по вопросам реабилитации ребенка. Осуществляется обучение родителей навыкам организации развития ребенка с ограниченными возможностями в условиях семьи, с освещением вопросов интеллектуального, речевого, сенсорного, физического, эмоционального социального развития и рекомендациями по выработке необходимых навыков.

Заключительный этап: предполагает отслеживание реализации ИПР за определенный период выполнения рекомендаций, а также отслеживание динамики развития ребенка-инвалида, корректировки процесса непрерывной поддержки. Сопровождение семьи, воспитывающей ребенка-инвалида, осуществляется до достижения ему 18-летнего возраста.

Оказание комплексной реабилитационной помощи в нашем Центре предполагает использование нижеследующих социальных технологий:

- социально-медицинскую;
- психолого-педагогическую реабилитацию;
- формирование основных социальных навыков и умений у детей с ограниченными возможностями;
- социально-психологическую поддержку семей с ребенком инвалидом;
- формирование основных трудовых навыков;
- обучение основам саморегуляции.

В Центре внедрена инновационная авторская программа профессора, главного реабилитолога МТЗ и СЗ РТ Исановой В.А. «Метод кондуктивной терапии в реабилитации детей с двигательными и психическими нарушениями» (кондуктивная терапия, PNF-терапия, Бобат), а также используются лечебный костюм «Адели», «Атлант», тренажер «Гросса», лечение положением (с помощью

специальных укладок). Современные технологии направлены на выявление психологических и физиологических факторов, способствующих восстановлению утраченных функций. На основе использования сохранных двигательных функций расширяется круг целенаправленных действий. Метод способствует восстановлению нарушенных корковых функций и коррекции психологических особенностей у больных с неврологическими двигательными нарушениями.

В Центре разработан план по оказанию адресной помощи детям-инвалидам, остро нуждающимся в социальной помощи, и направлен в республиканский реестр. Мониторинг результатов проводится через информационные встречи, «круглые столы», педагогические советы, медико-психолого-педагогические консилиумы, а также через «Школу общения» (для родителей).

Из городского бюджета выделены финансовые средства на создание компьютерного информационного банка данных по детям-инвалидам. В настоящее время продолжается работа над проектом создания банка данных «Реабилитация инвалидов» (БД «РИ»). На данный момент перед специалистами Центра стоит задача приведения БД «РИ» в актуальное состояние.

С помощью этой программы становится возможным проследить каждого ребенка-инвалида в системе оказанных услуг учреждениями города, своевременно скорректировать деятельность при наличии недочетов, осуществлять динамический контроль по маршруту реабилитации в рамках исполнения ИПР. А также появляется возможность формирования и накопления аналитических отчетов.

Все это позволит повысить эффективность оказания адресной поддержки детям-инвалидам по городу Набережные Челны и прикрепленным районам.

Комплексная медико-социальная реабилитация детей-инвалидов с ИПР и сопровождающих их родителей в специализированных заездах «Мать и дитя»

*Оренбургская область, г. Оренбург
Государственное учреждение
системы социальной защиты населения
Областной центр комплексной реабилитации инвалидов «Русь»*

Одним из важнейших направлений государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации является процесс поэтапного создания системы всесторонней поддержки семей, имеющих детей-инвалидов (медико-социальной, социальной, правовой, психологической, педагогической, профориентационной и др.).

На протяжении пяти лет в Оренбургской области наблюдается тенденция к снижению численности детей-инвалидов в области (2003 г. - 12,0 тыс. чел., 2004 г. - 11,9 тыс. чел., 2005 г. - 11,7 тыс. чел., 2006 г. - 11,0 тыс. чел.).

В настоящее время на территории Оренбургской области проживают 10500 детей-инвалидов, из них 8041 чел. воспитывается в семьях, 2459 чел. находятся в государственных учреждениях, в том числе 23 чел. - дети-сироты.

Структура детской инвалидности за весь период наблюдения (с 1999 г.) остается неизменной: на первом месте - психические расстройства и расстройства поведения, на втором месте - врожденные аномалии, на третьем месте - болезни нервной системы и органов чувств, на четвертом месте - заболевания органов дыхания.

Усилия по решению проблем детской инвалидности сосредоточены на профилактических мерах по предупреждению инвалидности, массовом обследовании новорожденных с целью выявления на ранней стадии отклонений в развитии и принятии необходимых мер медицинской реабилитации, обеспечение детей-инвалидов техническими реабилитационными средствами, совершенствование системы социальной поддержки семей, воспитывающих детей-инвалидов.

В Оренбургской области с августа 2001 года деятельность по комплексной реабилитации инвалидов осуществляет Центр «Русь». За это время оздоровление и реабилитацию прошли 6472 человека (87 заездов), из них взрослых 4 202 чел. (64,9%), детей 2270 чел. (35,1%).

Накопленный опыт позволил приступить к разработке и выполнению долгосрочной межведомственной программы по организации специализированных заездов «Мать и дитя» с целью комплексной реабилитации детей-инвалидов с заболеваниями:

- детский церебральный паралич;
- сахарный диабет;
- гемофилия;
- онкогематология.

Для реализации реабилитационных мероприятий в Центре имеются: достаточная лечебно-профилактическая база с широким набором физиотерапевтической аппаратуры; хорошо

оснащенный спортивно-оздоровительный комплекс, включающий тренажерный зал, кабинет лечебной гимнастики, бассейн и две сауны; библиотека; гостиная; комната психологической релаксации; кабинет технических средств реабилитации. Центр «Русь» оборудован приспособлениями, обеспечивающими беспрепятственный доступ инвалидов во все подразделения Центра – пандусами, электроподъемником, поручнями и др.

В ингалятории реабилитируемые получают полноценное лечение медикаментами и различными аэрозолями с настоями трав.

Водные процедуры в сочетании с дозированной физической нагрузкой в виде игр и плавания в бассейне - мощные естественные факторы оздоровления организма.

Инвалиды с ДЦП и другой патологией получают комплекс индивидуальных занятий на механотерапевтических тренажерах по методу Дикуля.

В случае необходимости технические средства реабилитации выдаются реабилитируемым на период нахождения в Центре.

Три жилых номера оборудованы с учетом требований обеспечения доступности среды жизнедеятельности инвалидов с нарушением функции движения.

В 2003 году произведен монтаж устройства для подъема инвалидов - колясочников с первого на второй этаж и обратно.

В Центре ведет прием врач невролог - рефлексолог, специалист высшей категории, владеющий техникой акупунктуры, внедрение которой планируется в ближайшее время.

Фармацевт следит за наличием в Центре самых современных медикаментозных препаратов.

В кабинете лечебной гимнастики ежедневно проводятся групповые занятия лечебной физкультурой.

На велосипедном и степпинговом тренажерах, а также на «беговой дорожке» можно получить дозированную циклическую нагрузку для тренировки сердечно - сосудистой системы.

Коррекционно - развивающие занятия с детьми - инвалидами младшей возрастной группы, страдающими ДЦП

Участие в конкурсах, спектаклях, концертах, пение под «караоке» и аккордеон в гостиной помогают реабилитируемым преодолеть неуверенность в себе и повысить коммуникативные навыки.

Под руководством опытных воспитателей инвалиды всех возрастных групп получают назначенные им мероприятия социокультурной реабилитации.

Занятия в кружках по интересам, игротерапия постоянно используются при работе с детьми.

Библиотека Центра располагает богатым набором классической и современной литературы, а также периодических подписных

изданий для реабилитируемых всех возрастов.

Под руководством библиотекаря проводятся тематические вечера «Литературной гостиной».

Основной целью реабилитации детей-инвалидов является повышение их качества жизни и готовности к более полноценной интеграции в общество. В Центре это осуществляется путем эффективного использования детских специализированных заездов, при проведении интенсивного курса комплекса реабилитационных мероприятий с последующим поэтапным продолжением их в условиях учреждений социальной реабилитации и амбулаторно-поликлинической службы, приближенно к месту жительства.

Для достижения поставленной цели решаются следующие задачи:

1. Разработка и уточнение программ медицинской, социально-психологической и социокультурной реабилитации детей и сопровождающих их лиц;
2. Практическая реализация вышеуказанных программ в специализированных заездах с последующим анализом результатов их эффективности;
3. Методическое сопровождение деятельности социально-реабилитационных учреждений, реализующих мероприятия по комплексной реабилитации детей и их родителей, для максимального приближения к месту жительства (СРО ЦСО).

Медицинская реабилитация детей-инвалидов и комплексное оздоровление их родителей проводятся по традиционным схемам лечения в зависимости от заболеваний, имеющих у реабилитируемых, согласно разработанным в Центре стандартам качества медицинских реабилитационных услуг.

С 2005 года Центром «Русь» заключён договор с ГУЗ «Областная детская клиническая больница» для направления специалистов с целью медицинского обслуживания детей-инвалидов на период заезда для оздоровления в Центре. Врачи: педиатр, онколог, диабетолог во время целевых заездов оказывают консультативную и практическую помощь специалистам Центра в реабилитации детей-инвалидов. При необходимости обследование последних с возможным последующим лечением проводится в ГУЗ «Областная детская клиническая больница». В ГУ ОЦКРИ «Русь» всем детям-инвалидам разрабатываются индивидуальные карты реабилитации с учётом особенностей заболеваний.

Для проведения целевых заездов закупаются и выдаются детям-инвалидам медикаментозные препараты (антигемофильный фактор, факторы свёртываемости крови, гемостатические препараты, инсулины и т. д.). В дополнение к этому Центр «Русь» обеспечивает реабилитируемых в достаточном количестве поливитаминами, метаболическими препаратами, при необходимости

выдаются кардиотрофики, гепатопротекторы, корректоры астенических нарушений, противовоспалительные средства, препараты железа, иммунокорректоры, фитосборы.

Медицинская реабилитация детей-инвалидов с соответствующими заболеваниями осуществляется согласно плану работы специалистов отделения. Так, в течение всех заездов проводятся:

- ингаляции;
- физиотерапевтическое лечение (УФО НАСА, в щадящем режиме электропроцедуры, аэрозольные ингаляции);
- медикаментозное лечение;
- водолечение (бассейн, ванны: йодобромные, жемчужные, лавандовые, лечение душем);
- массаж;
- фитолечение (фитосборы, ароматерапия);
- лечебная физкультура (терренкуры);
- аэроионизация.

Для достижения наилучших результатов комплексной реабилитации врачи Центра «Русь», специалисты ГУЗ «Областная детская клиническая больница», председатель «Детского общества больных сахарным диабетом» Анисова Л. П. организуют ряд мероприятий для родителей и лиц, сопровождающих инвалидов, по обучению уходу за данными категориями детей-инвалидов. Так, проводятся следующие лекции и беседы познавательного и обучающего характера:

- «Гемофилия. Особенности ухода за детьми. Техника введения гемофильного фактора. Тактика поведения и оказание неотложной помощи при осложнениях данного заболевания»;
- «Онкогематология. Особенности ухода за детьми. Тактика поведения и оказание неотложной помощи при осложнениях данного заболевания»;
- «Сахарный диабет. Особенности ухода за детьми. Показания для введения инсулина. Тактика поведения и оказание неотложной помощи при осложнениях данного заболевания»;
- «ДЦП. Особенности ухода за детьми. Тактика поведения и оказание неотложной помощи при осложнениях данного заболевания»;
- «Основные принципы ухода за больным ребёнком»;
- «Здоровые сосуды – долгая жизнь»;
- «Формирование здорового образа жизни подростка» и т. д.

Программа социальной реабилитации включает:

- социально-бытовую адаптацию (в виде информирования по вопросам реабилитации и обучения пользованию техническими средствами реабилитации с выдачей их на период нахождения в Центре);
- социально-средовую реабилитацию (представленную мероприятиями социокультурного, спортивного плана и мероприятиями социально-психологического характера).

В отделении социальной реабилитации ГУ ОЦКРИ «Русь» каждому ребёнку-инвалиду разрабатывается индивидуальная карта социальной реабилитации с учётом ограничений жизнедеятельности, его возрастной и социальной группы. Воспитатели отделения организуют жизнедеятельность детей-инвалидов, находящихся в Центре на оздоровлении и отдыхе. Каждый из воспитателей проводит повседневную социально-реабилитационную работу, обеспечивающую создание условий для социально-психологической реабилитации, адаптации и интеграции инвалида в общество, используя разнообразные приёмы, методы и средства обучения реабилитируемых навыкам проведения отдыха и организации досуга. На основе изучения индивидуальных особенностей детей, рекомендаций психолога воспитатель совместно со специалистами психологической службы Центра планирует и проводит психокоррекционную работу с группой детей-инвалидов или индивидуально. Кроме этого, воспитатель организует выполнение детьми режима дня, вовлекает их в художественные и творческие кружки, спортивные секции и другие объединения по интересам, организует среди детей работу по самообслуживанию, обучению пользованию техническими средствами реабилитации.

Для осуществления социально-средовой реабилитации специалисты отделения социальной реабилитации (методист, специалисты по социальной работе) постоянно сотрудничают с учреждениями, которые занимаются планированием и организацией детского досуга (Центры детского и юношеского творчества, Центр занятости молодёжи, Комитет по делам молодёжи, ДК «Строитель», ДК «Экспресс» и т. д.), осуществляют выезды детей в цирк, парки культуры и отдыха, кинотеатры, музеи города Оренбурга, поездки на детскую железную дорогу и т. д.

Традиционно во многих реабилитационных учреждениях акцент делается на медицинские формы реабилитации. Другим же видам реабилитации, в том числе и психологической, серьёзного внимания не уделяется.

Между тем, современная концепция реабилитационной помощи значительно расширила и сделала более полным понимание всех вопросов этого явления. В частности, стал очевидным психологический аспект проблемы, понимание того, что человек, ставший инвалидом изменился психологически. Инвалиды представляют собой «группу риска» с точки зрения психологической и

социально-психологической дезадаптации, проявляющейся в многообразных психических отклонениях и нарушении взаимодействия между инвалидом и его социальным окружением. Главной причиной тому служат ограничение жизнедеятельности инвалида и его социальная изоляция.

На каждом этапе реабилитации психолог должен принимать активное участие, то есть речь идет о психологическом сопровождении инвалида на всех этапах и во всех сферах реабилитации.

Психологами центра «Русь» в ходе работы были определены цели, задачи, принципы реабилитационной работы с детьми разных возрастных категорий, с учетом имеющихся у них патологий.

Цель: Реабилитируемый, способный к конструктивному взаимодействию и независимому существованию в социальной среде.

Задачи:

1. Стабилизация нервно-психического состояния;
2. Снятие психологических барьеров, блокирующих развитие личностного потенциала.
3. Развитие положительной «Я»- концепции.
4. Обучение конструктивному взаимодействию инвалида с окружающими его людьми.
5. Формирование навыков самостоятельного преодоления состояния дезадаптации.

Исходя из поставленных целей и задач, в работе психологов были использованы следующие методики: проективная методика «Рисунок человека», «Рисунок несуществующего животного», шкала явной тревожности CMAS (7-12 лет) и шкала личностной тревожности А. М. Прихожан (форма А для 10-12 лет, форма Б – 13-16 лет), опросник исследования тревожности у старших подростков и юношей Спилбергера. Методика «Определение готовности к школе» Л. А. Ясюкова, «Прогноз и профилактика проблем обучения в 3-6 классах» под ред. Ясюковой Л., диагностика минимальных мозговых дисфункций «Тест Тулуз-Пьерона; тест-опросник родительского отношения (А. Я. Варга, В. В. Столин), проективная методика «Рисунок семьи», сочинение на тему «Портрет моего ребенка», «Я как родитель».

Для определения качества проведения социально-психологической реабилитации в Центре разработан показатель – «Динамика уровня адаптированности», который оценивается с использованием динамики психологического состояния в виде изменения эмоционального и энергетического уровней по данным входной и итоговой психодиагностики, проводимой психологами Центра, а также полноты прохождения курса адаптационного обучения и активности реабилитируемых при их участии в мероприятиях культурного и спортивного плана.

В результате чего повышение уровня адаптированности наблюдается у 86,8%, без изменений – у 13,2%.

Эффективность качества медицинской реабилитации в Центре оценивается динамикой соматического состояния, проявляющегося в виде «улучшения», «ухудшения» либо «состояния без перемен».

В результате проведенных реабилитационных мероприятий выписано с улучшением 98,4% реабилитируемых, без изменений - 1,6%.

После пребывания в Центре детям-инвалидам и родителям даются рекомендации о дальнейшей реабилитации по месту жительства. Для совершенствования амбулаторно-реабилитационной помощи специалисты ГУ ОЦКРИ «Русь» выезжают в СРО ЦСО городов и районов области для оказания консультативно-методической помощи инвалидам и сотрудникам, проведения медико-социального патронажа детей-инвалидов, оздоровленных в нашем Центре.

Во время целевых заездов тема «Жизнь семьи, находящейся в трудной жизненной ситуации» проходит сквозной нитью. Ведь семейная жизнь – это не столько праздник, это, прежде всего, обычные заботы, тревоги, удачи и огорчения. Современное состояние семьи не внушает особого оптимизма. Ее проблемы кажутся порой трудноразрешимыми. Всё чаще в печати встречаются утверждения о катастрофе семейной жизни, которую переживает наше общество.

Нестабильность семьи приводит к росту неполных семей, снижает родительский авторитет, отражается на возможностях формирования новых семей, на здоровье взрослых и детей.

В свое время американский ученый Т. Парсонс утверждал, что в семье отец играет инструментальную роль (он — кормилец и защита семьи от давления внешних обстоятельств), а мать — экспрессивную (она — хранительница очага и мира в семье, ее эмоциональный центр, создающий возможность для спасения отца и детей от стрессов и перегрузок внешнего мира). Значение отца в воспитании детей имеет большое значение, без него подготовка ребенка к роли супруга и родителя оказывается неполноценной.

Особенно велика роль отца для самоидентификации мальчика в процессе становления того уровня его личности, который связан с развитием его роли как мужчины. Не вовлеченность отца (или мужчины-воспитателя) в этот процесс приводит к формированию замещающих мужественность проявлений, т. е. к псевдомужественности, требующей постоянного подтверждения в актах агрессии и других видах отклоняющегося поведения.

В связи с вышеобозначенными актуальными на сегодняшний день проблемами в ноябре 2007 года в Центре «Русь» запланировано проведение заезда «Отец и дитя». Целью организации этого заезда, помимо проведения медикаментозного лечения реабилитируемых, является усиление значимости роли отца в семье, повышение его социального статуса.

Коррекция и профилактика повышенной тревожности у детей в комплексе с обширной программой социокультурной, спортивной и медицинской реабилитации, с одновременным обучением родителей навыкам организации совместной жизнедеятельности в период специализированных заездов является залогом успеха в общем реабилитационном процессе и ведет к повышению качества жизни и улучшению психологической атмосферы в семьях с детьми-инвалидами, готовности последних к взрослой жизни.

Оценка эффективности реабилитации детей с ограниченными возможностями

*Саратовская область, г. Саратов
ГНПУ «Областной реабилитационный центр для детей-инвалидов
и детей с ограниченными возможностями»
О. С. Бажанова, Е. М. Желуницына*

Поиск новых подходов и стратегий к улучшению качества реабилитации ребенка с ограниченными возможностями в условиях реабилитационного центра актуализировал проблему разработки и внедрения в практическую деятельность системы критериев оценки эффективности.

Оценка эффективности реабилитации становится неотъемлемым элементом реабилитационного процесса, поскольку без формирования и внедрения системы оценки представляется затруднительным выявление тех нозологических групп заболеваний, которые максимально эффективны с точки зрения реабилитационного процесса. Кроме того, результаты оценки эффективности используются нами для формирования потока детей по нозологическому признаку, прогнозирования необходимых изменений материально-технического обеспечения и кадрового состава специалистов.

Нами были разработаны две таблицы: шкала оценки нарушений функций больного и шкала оценки динамики развития ребенка в процессе реабилитации. При составлении данных шкал оценки использовались Международная классификация нарушений ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности, разработки НИИ педиатрии АМН под руководством проф. К.А.Семеновой и Санкт-Петербургским НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов. Их последовательное заполнение включает определение и сопоставление двух параметров: исходного уровня и состояния после курса реабилитации.

Первой заполняется шкала оценки функций больного (приложение 1), где оцениваются двигательные нарушения, нарушения высших мозговых функций и нарушения психических функций на основе медицинской документации об обследовании и диагностики данного ребенка и первичного осмотра врачей при поступлении в реабилитационный центр.

Затем заполняется шкала оценки динамики развития ребенка в процессе реабилитации (приложение 2), которая включает в себя определение уровня психического развития ребенка при его поступлении и динамику психического развития ребенка, его отношений с родителями за период пребывания в центре.

При заполнении «шкалы оценки нарушений функций больного» проводят оценку по пятибалльной системе, где 1 балл – это сохранение функции в норме, 5 баллов – крайняя степень отклонения от нормы. По полученным результатам обследования рассчитывается количественный показатель эффективности медицинской реабилитации по формуле:

$$K \text{ ЭР} = \frac{C}{D},$$

где С – среднеарифметическое значение оценки тяжести нарушений функций до реабилитационных мероприятий.

Д – среднеарифметическое значение оценки тяжести нарушений после реабилитационного курса.

КЭР (коэффициент эффективности реабилитации) позволяет судить об эффективности медицинской реабилитации

- ✓ удовлетворительная реабилитация КЭР до 1.0
- ✓ хорошая КЭР 1.01-1.05
- ✓ высокая КЭР 1.06- 1.10
- ✓ достаточно высокая КЭР более 1.10

При заполнении шкалы оценки динамики развития ребенка в процессе реабилитации необходимо описать уровень психического развития ребенка до проведения реабилитационных мероприятий и изменения, произошедшие в их процессе.

Это достигается специалистами в ходе психолого-педагогической диагностики особенностей психического развития ребенка с использованием специальных диагностических методик. Диагностируются основные показатели, выделяемые в педагогике (учебные и социальные навыки), психологии (психические функции и отношения) и логопедии, характеризующие в комплексе уровень психического развития человека. Таким образом, исследуется педагогический, логопедический и психологический статус детей.

Педагогический статус – уровень освоения образовательной программы и сформированности учебных навыков – включает в себя оценку особенностей сенсорного развития, мелкой моторики, общего развития речи, конструктивной и игровой деятельности, сформированности математических представлений, навыков бытовой ориентировки, навыков самообслуживания и широты представлений об окружающем мире.

Логопедический статус (уровень речевого развития) определяется в ходе диагностики состояния артикуляционного аппарата, особенностей произношения и различения звуков, просодической стороны речи, ее грамматического строя, объема импрессивного словаря.

Психологический статус (уровень развития психических функций и межличностных отношений) описывается через отражение особенностей познавательной (память, внимание, мышление, пространственные представления), эмоционально-волевой сфер ребенка, особенно его поведения, общения и детско-родительских отношений.

Полученные результаты по каждому показателю оцениваются по их соответствию возрастной норме в баллах. Сильное нарушение оценивается в один балл, частичное нарушение – 2 балла, соответствие норме – 3 балла. Анализ этих результатов позволяет построить индивидуальный профиль психического развития ребенка, сделать выводы о характере нарушений, их глубине, тотальности (локальности). Подсчитывается средний балл и по результатам первичной диагностики делается заключение об уровне психического развития ребенка. Низкий уровень характеризуется тотальными и глубокими нарушениями в психическом развитии ребенка, зачастую малокурабельными. Средний уровень – локальные нарушения разной степени тяжести или тотальное отставание от нормы средней степени. Нормальный уровень развития определяется при соответствии измеряемых показателей возрастной норме или наличии отдельных незначительных отклонений.

В процессе работы с ребенком и реализации индивидуальной коррекционно-развивающей программы специалистами отслеживаются изменения в выделенных статусах, позволяющие судить о динамике в психическом развитии ребенка. По итогам работы диагностируются изменения по выделенным показателям, оценивается степень этих изменений, их значимость для данного ребенка. Отсутствие изменений оценивается в 0 баллов, незначительное улучшение – 1 балл, улучшение в состоянии ребенка оценивается 2 баллами. Анализ этих результатов позволяет судить об изменениях в рамках отдельного статуса (педагогического, психологического, логопедического) или уровня психического развития в целом (за счет выведения среднего показателя и построения индивидуального профиля динамики психического развития ребенка в ходе курса реабилитации), их степени, характере, широте.

Соотношение двух основных параметров (уровня психического развития ребенка и динамики этого развития) позволяет судить об эффективности психолого-педагогических мероприятий. Рассчитывается количественный показатель эффективности как частное значений оценки динамики психического развития ребенка по итогам проведения психолого-педагогических мероприятий и оценки уровня психического развития ребенка до проведения реабилитационных мероприятий.

Полученное значение показателя оценивается по шкале:

0 - 0,05 - нулевой

0,06 - 0,2 - положительный

0,21 - 0,65 - высокий

0,66 и более - очень высокий.

В данной методике при оценке эффективности деятельности учитывается значимость изменений для детей с различным уровнем развития. При относительно равных значениях оценки динамики психического развития показатель эффективности при положительной динамике будет больше у ребенка с более тяжелыми нарушениями и меньшим реабилитационным потенциалом, и это оправдано, поскольку достижение такого результата требует от педагога большего профессионализма в организации развивающей среды. Сравнение показателей двух курсов реабилитации позволяет судить об индивидуальном реабилитационном потенциале психического развития ребенка.

Опыт практического применения расчета эффективности как составляющей системы оценки эффективности реабилитации детей с ограниченными возможностями (приложение 3), может быть предложен вниманию специалистов, занятых разработкой и реализацией индивидуальных программ реабилитации детей, имеющих инвалидизирующие отклонения в интеллектуальном и физическом развитии.

Шкала оценки нарушений функций больного

№ п/п	Функциональные нарушения	Степень выраженности (в баллах)	
		до курса реабилитации	после курса реабилитации
1	Рост		
2	Масса тела		
3	Двигательные нарушения		
3.1	Мышечная сила (характеристика пареза)		
3.2	Тонус мышц		
3.3	Объем активных движений		
3.4	Патологическая поза и положение сегментов конечностей		
3.5	Нарушения двигательной рефлекторной сферы (характеристика патологических рефлексов)		
3.6	Гиперкинезы		
3.7	Координаторные расстройства		
4	Нарушения органов чувств		
4.1	Нарушение проприоцепции		
4.2	Нарушение зрения		
4.3	Нарушение слуха		
5	Нарушение высших мозговых функций		
5.1	Нарушение речи		
5.2	Нарушение зрительно-пространственного восприятия		
6	Нарушение психических функций		
6.1	Нарушения эмоционально-волевой сферы		
6.2	Нарушение мышления		
6.3	Нарушение психического развития		
6.4	Нарушение интеллектуальной сферы		
7	Общемозговые нарушения (внутричерепная гипертензия)		
8	Судорожный синдром		

**Шкала оценки динамики психического развития ребенка
в процессе реабилитации**

Фамилия, имя ребенка _____

Возраст/дата рождения _____

Дата поступления _____ Дата выписки _____

Домашний адрес _____

№ п/п	Оцениваемые показатели	Уровень развития			Динамика развития в ходе реабилитации		
		Сильные нарушения	Частичные нарушения	Норма	Без изменений	Незначительное улучшение	Улучшение
Педагогический статус							
1.	Сенсорное развитие	1	2	3	0	1	2
2.	Мелкая моторика	1	2	3	0	1	2
3.	Графические навыки	1	2	3	0	1	2
4.	Развитие связной речи, грамотность	1	2	3	0	1	2
5.	Конструктивная деятельность	1	2	3	0	1	2
6.	Игровая деятельность	1	2	3	0	1	2
7.	Бытовая ориентировка	1	2	3	0	1	2
8.	Навыки самообслуживания	1	2	3	0	1	2
9.	Математические представления и навыки	1	2	3	0	1	2
10.	Представления об окружающем мире	1	2	3	0	1	2
Логопедический статус							
11.	Состояние артикуляционного аппарата	1	2	3	0	1	2
12.	Произношение и различение звуков	1	2	3	0	1	2
13.	Просодическая сторона речи	1	2	3	0	1	2
14.	Грамматический строй речи	1	2	3	0	1	2
15.	Импрессивная речь	1	2	3	0	1	2
Психологический статус							
16.	Память	1	2	3	0	1	2
17.	Внимание	1	2	3	0	1	2
18.	Мышление	1	2	3	0	1	2
19.	Пространственные представления	1	2	3	0	1	2
20.	Эмоциональное состояние и реагирование	1	2	3	0	1	2
21.	Поведение и механизмы его регуляции	1	2	3	0	1	2
22.	Общение	1	2	3	0	1	2
23.	Детско-родительские отношения	1	2	3	0	1	2

Эффективность реабилитации детей за 9 месяцев 2007 г. в ОРЦ

Группа	Наименование	Удовл етв. До 1.0	Хорош ая 1.01- 1.05	Высок ая 1.06- 1.10	Достат очно высок ая >1.10	Общий итог
F00-f99	Нарушения психологического развития	1	13	13	2	29
	Психические расстройства и расстройства поведения		1	1	2	4
	Умственная отсталость	10	36	21	3	70
	Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте	1	6	7	3	17
	Органические, включая симптоматические, психические расстройства		2	1		3
	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства		1			1
	Шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства	1				1
F00-f99 итог		13	59	43	10	125
G00-g99	Болезни нервно-мышечного синапса и мышц	1	1	4		6
	Другие нарушения нервной системы	1	4	1		6
	Церебральный паралич и другие паралитические синдромы	4	19	51	20	94
	Эпизодические и пароксизмальные расстройства	1	6	5		12
G00-g99 итог		7	30	61	20	118
H00-h59	Болезни глаза и его придаточного аппарата	1	1	1		3
	Болезни мышц глаза, нарушения содружественного движения глаз, аккомодации и рефракции	1	7	3	2	13
	Болезни склеры, роговицы, радужной оболочки и цилиарного тела			1		1
	Болезни сосудистой оболочки и сетчатки	1	2			3
	Болезни хрусталика		2			2
	Болезни зрительного нерва и зрительных путей		1		1	2
	Болезни стекловидного тела и глазного яблока		1			1
	Глаукома		1			1
H00-h59 итог		3	15	5	3	26
H60-h95	Другие болезни уха				1	1
H60-h95 итог					1	1
M00-m99	Другие нарушения костно-мышечной системы и соединительной ткани			1		1
	Системные поражения соединительной ткани	1				1
	Дорсопатии		1			1
M00-m99 итог		1	1	1		3
P00-p96	Родовая травма		2	2		4
P00-p96 итог			2	2		4
Q00-q99	Врожденные аномалии [пороки развития] глаза, уха, лица и шеи	1	2			3
	Врожденные аномалии [пороки развития] и деформации костно-мышечной системы	1	3	3		7
	Врожденные аномалии [пороки развития] нервной системы	1	1	1	1	4
	Врожденные аномалии [пороки развития] системы кровообращения		1	1		2
Q00-q99 итог		3	7	5	1	16
R00-r99	Симптомы и признаки, относящиеся к речи и голосу			1		1
R00-r99 итог				1		1
S00-t98	Последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин			1		1
S00-t98 итог				1		1
Общий итог		27	114	119	35	295

Литература:

1. Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом. Методические рекомендации. Т.2, Москва-С-Петербург, 1998.
2. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. МНН, ВОЗ Женева, Москва, 1994.

Реализация комплексного подхода к реабилитации инвалидов в условиях центра социального обслуживания

Пермский край, г. Чайковский
ГКУ СОН «Комплексный центр социального обслуживания населения»
А. Ю. Рябова

Основным направлением государственной социальной политики в отношении инвалидов в России является их реабилитация и социальная интеграция. Базовым положением реабилитации инвалидов в нашей стране является государственный характер гарантий прав инвалидов при осуществлении реабилитационных мероприятий, а так же общедоступность этой системы, комплексный подход, многообразие методов реабилитационных воздействий и форм учреждений, оказывающих такие услуги.

С целью включения инвалида в активную деятельность, формирования вместе с инвалидом его активной социальной позиции и развития способности производить значимые изменения в своей жизни и жизни окружающих в марте 2002 года на базе Комплексного центра социального обслуживания населения открылось отделение медико-социальной реабилитации инвалидов (с июля 2007 года – отделение социальной реабилитации инвалидов). В функции этого отделения входит поддержание у граждан с ограниченными физическими возможностями желания реализовать жизненно важные потребности путем укрепления здоровья, повышения физической активности, нормализации психического статуса, социальной интеграции.

По определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), реабилитация – это процесс, направленный на всестороннюю помощь больным и инвалидам для достижения ими максимально возможной при данном заболевании физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности.

Реабилитация инвалидов – это сложный и продолжительный процесс, поэтому, чтобы добиться максимальных результатов, все мероприятия, направленные на реабилитацию, носят комплексный характер, который включает в себя медицинский, социальный, психологический, профессиональный аспекты.

На сегодняшний день отделение полностью укомплектовано штатами:

- врач-невролог;
- медицинская сестра;
- медицинская сестра по массажу;
- логопед-дефектолог;
- специалист по социальной работе;
- психолог;
- инструктор-методист адаптивной физической культуры

В медицинскую реабилитацию включаются следующие услуги:

- консультация врача-невролога;
- выполнение медицинских назначений;
- физиопроцедуры (электрофорез, ультразвуковая терапия, магнитотерапия, ингаляции, ультрафиолетовое облучение);
- адаптивная физическая культура (занятия на тренажерах);
- массаж (ручной, вакуумный, массажное кресло);
- механотерапия;
- фитотерапия;
- санитарно-просветительная работа

Психологическая реабилитация включает в себя:

- первичную диагностику (тестирование, анкетирование);
- консультирование (индивидуальное, групповое);
- распространение психологических знаний, необходимых инвалидам;
- проведение занятий по арт-терапии, сказкотерапии;
- проведение ароматерапии (воздействие на организм натуральных эфирных масел, которые положительно влияют на центральную нервную систему)

Педагогическая реабилитация включает в себя услуги логопеда-дефектолога.

Социальная реабилитация в отделении представлена социально-бытовой адаптацией и социально-средовой ориентацией. Специалисты отделения обучают и помогают восстановить утраченные навыки самообслуживания, учат пользоваться техническими средствами, протезно-ортопедическими изделиями, содействуют в решении личных проблем. Социально-средовая ориентация направлена на формирование навыков самостоятельного проживания (пользование правами инвалидов), участие в общественной деятельности. В отделении клиентов обучают навыкам культурного отдыха и досуга. Инвалидов отделения на благотворительной основе посещают бассейн «Темп», театр Драмы и Комедии. Регулярно в отделение приглашаются творческие коллективы города для проведения совместных мероприятий.

Профессиональная реабилитация предоставляет инвалиду возможность сохранить или получить новую, подходящую работу и тем самым способствовать его социальной интеграции. С этой целью в отделении проводится следующая работа:

- профессиональная ориентация;
- профессиональное консультирование;
- профессиональное информирование;
- содействие в трудоустройстве.

В период прохождения реабилитации с клиентами регулярно проводятся беседы специалистом из Центра занятости населения. Затрагиваются темы: «С чего начать поиск работы?», «Сведение о рынке труда», «Составление резюме». Предоставляется информация о вакансиях рабочих мест, которая отражена на стенде «Новая работа – новая жизнь».

Результаты профессиональной реабилитации за 2006 год:

- прошли курс реабилитации – 200 человек, из них: инвалиды I группы – 16 чел, II группы – 85 чел, III группы – 99 чел.
- получили консультации специалиста ЦЗН – 200 чел.
- изменили группу инвалидности со II на III – 4 чел, сняли II группу – 1 чел.
- трудоустроились после курса реабилитации – 21 чел.
- полная занятость – 7 чел – 3,5 %
- неполная занятость – 6 чел – 3 %
- временная занятость – 8 чел – 4 %.

Активно внедряются инновационные технологии социальной реабилитации инвалидов:

- Оборудована комната социально-трудовой адаптации, где инвалиды обучаются кройке и шитью, рукоделию.
- Разрабатываются новые формы работы по эрготерапии для лиц, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения.
- Для развития мелкой моторики приобретен тренировочный стенд «ДОН», занятия на котором дают положительные результаты.
- Проводится психологическая реабилитация лиц с ограниченными физическими возможностями на основе телесно-ориентированной терапии; коррекция функционального состояния психосоматических больных с помощью ультрапарадоксальной психотерапии; обучение навыкам саморегуляции с помощью трансмедативности.
- В рабочий кабинет логопеда-дефектолога в рамках социального проекта приобретено современное оборудование – кабинет биологически обратной связи (БОС) – для восстановления утраченных после инсульта и черепно-мозговых травм речи и высших психических функций.

Логопедом-дефектологом освоены:

- техника зондового массажа органов артикуляции (по Новиковой);
- восстановление сложных речевых нарушений у больных с острым нарушением мозгового кровообращения и черепномозговой травмы при помощи активизации сохранных функций (по М. К. Шохор-Троцкой);
- работа с афазией и дизартрией с помощью пиктограмм (по Т. Г. Визель). Разрабатывается комплекс упражнений для инвалидов с ОНМК (логоритмика).

Инструктором-методистом по адаптивной физической культуре (АФК) осваивается комплекс упражнений по Пилатес.

Сотрудники отделения постоянно повышают свой профессиональный уровень, принимают участие в обучающих семинарах, изучают опыт работы отделений реабилитации края. Участвуя в кустовом методическом объединении по реабилитации инвалидов, в мае 2007 года провели круглый стол «Комплексный подход к реабилитации инвалидов. Социальный, психологический и медицинский аспекты».

Тесное взаимодействие с заинтересованными ведомствами, совместное решение проблем клиентов дает возможность эффективно выполнять индивидуальную программу реабилитации каждого инвалида и достигать положительного результата работы.

Опыт проектной деятельности Комплексного центра социального обслуживания населения г. Чайковский в реабилитации инвалидов трудоспособного возраста

*Пермский край, г. Чайковский
ГКУ СОН «Комплексный центр социального обслуживания населения»
Н. П. Шушакова*

Проектная деятельность в работе ГКУ СОН КЦСОН используется как для внедрения новых форм оказания помощи, так и для расширения круга граждан, которые могут получить эту помощь. Функционируя с 2002 года, социально-медицинское отделение реабилитации инвалидов трудоспособного возраста неоднократно участвовало в конкурсах социальных и культурных проектов разного уровня.

Проект **«Помоги ближнему. Становление волонтерского движения в адаптивном физическом воспитании инвалидов г. Чайковский»** был награжден Дипломом победителя и получил грант в 2002 году в областном конкурсе социальных и культурных проектов.

Цель проекта: становление волонтерского движения в адаптивном физическом воспитании инвалидов г. Чайковского.

Проект выполнял волонтерский отряд, организованный совместно с Государственным институтом физической культуры и спорта г. Чайковского из числа студентов очного отделения (по специальности 022500 «Специалист по адаптивной физической культуре») и Муниципальное учреждение социального обслуживания «Территориальный Центр социального обслуживания населения» (специалисты социально – медицинского отделения реабилитации инвалидов).

В ходе проекта проведены (приняли участие все члены целевой группы):

- семинар по адаптивной физической культуре с инвалидами;
- занятия лечебной гимнастики, массажа, занятия на тренажерах;
- спартакиады;
- трудотерапия;
- походы (получили заряд энергии, расширили круг знакомств, удовлетворили потребность в общении).

В городских соревнованиях приняли участие 60 человек.

Все это способствовало активизации всех систем организма, моторной коррекции и формированию ряда необходимых компенсаций, что в свою очередь является существенным фактором в адаптивном физическом воспитании инвалидов.

В результате реализации проекта у инвалидов уменьшилось число обострений заболевания, повысился иммунитет, они стали общительнее, появились общие интересы.

На средства гранта были приобретены аппарат стопо-кистотерапии (массажное кресло) и спортивный инвентарь (мячи, скакалки, гантели, гимнастическая скамейка).

Работа над проектом продолжалась шесть месяцев. За это время была проведена работа со 150 инвалидами, из них было трудоустроено 26 человек, включая частичное трудоустройство и работу на неполный рабочий день. У одного клиента была снята группа инвалидности.

В спортивно-массовых мероприятиях участвовали 120 человек. Основная группа инвалидов с интересом и желанием продолжала заниматься физкультурой в кружке «Физкультура – это радость», который работал под руководством волонтерского отряда при отделении и после окончания проекта.

Проект **«Срочная помощь души. Социально-психологическая адаптация и реабилитация инвалидов - участников боевых действий»** получил грант в городском конкурсе социальных проектов - 2003г.

Цель проекта: восстановление личного статуса инвалида – участника боевых действий, оказание квалифицированной реабилитационной помощи.

Партнерами при реализации проекта выступили: волонтерский отряд из числа студентов Чайковского государственного института физической культуры (кафедра «Адаптивная физическая культура») и Комитет участников боевых действий. Применялись следующие формы работы с инвалидами:

- психолого-диагностические процедуры с использованием различных методик;
- психотерапевтические мероприятия (аутотренинги, арт-терапия, тренинги, релаксация);
- оздоровительно-реабилитационные мероприятия (инъекции, массаж, физиолечение, фито- и витаминотерапия, лечебная гимнастика, механотерапия);
- посещение кружка «Физкультура – это жизнь» инвалидами и членами их семей;
- трудотерапия;
- участие инвалидов и их семей в совместных спортивно-развлекательных мероприятиях («Веселые старты», «Папа, мама, я – спортивная семья» и другие), культурно-массовых мероприятиях.

В ходе проекта (май – октябрь 2003 года) 25 инвалидов-участников боевых действий и 5 семей получили профессиональную помощь специалистов отделения. Отмечено улучшение физического здоровья, психологического настроения, как у самих инвалидов, так и у членов их семей. У участников

проекта сильнее стало проявляться желание участвовать в общих делах, не замыкаясь на своих проблемах, помогать тем, кому нужна твоя помощь.
Приобретен аппарат физиотерапевтических процедур (ультразвук).

Проект **«Под рождественской звездой»** получил финансирование в городском конкурсе социальных и культурных проектов «Мой город – моя судьба. Зима – 2006».

Цель проекта: организация досуга людей, утративших способность к самостоятельному передвижению. В ходе реализации проекта организована и проведена праздничная программа для инвалидов социально-медицинского отделения реабилитации инвалидов совместно с молодыми инвалидами ГО ВОИ (клуб «Амиго»). Участники программы поздравили с рождественскими праздниками 25 инвалидов, прикованных к постели. Были проведены театрализованные поздравления на дому и вручены рождественские подарки.

В V конкурсе социальных проектов ООО «Лукойл-Пермь» в 2006 году получил поддержку проект **«Верю в себя»**, направленный на обеспечение частичной трудовой занятости инвалидов.

Проект реализован в течение 2006 года. Была сформирована целевая группа из 16 человек – инвалидов трудоспособного возраста. На полученные средства сделан ремонт помещения швейной мастерской, приобретены рабочие столы, гладильная доска, оверлок, 3 швейные машины, утюг, лампы дневного света. Проведена работа по подготовке и изучению инвалидами специальной технологии швейного производства, ознакомление с техникой безопасности, консультирование частного предпринимателя по вопросам вакантных мест на швейном производстве совместно со специалистами центра занятости населения. За период реализации проекта участники научились кроить, шить, выполнять влажную обработку изделия. По окончании проекта 3 участника получили работу в надомных условиях.

В настоящее время на базе отделения медико-социальной реабилитации инвалидов функционирует кружок «Мастерица», задачи которого входит ремонт одежды для таких же инвалидов и малоимущих. Так же, в планах кружка - изготовление постельного белья для социальных домов-интернатов, клиентов отделения надомного обслуживания за небольшую оплату.

В ходе проекта отмечена положительная динамика повышения самооценки участников. Таким образом, правильный подход к реализации профессиональной реабилитации может повысить жизненный уровень и дать стимул к дальнейшему развитию.

Проект **«Душевный разговор»**, созданный совместно с автономной некоммерческой организацией «Надежда», получил признание на конкурсе социальных проектов ООО «Лукойл-Пермь» в 2007 году.

Цель проекта: восстановление функциональных нарушений и речи 30 граждан, перенесших инсульт. Реализация поставленной цели будет достигнута благодаря внедрению инновационных реабилитационных программ, направленных на ликвидацию последствий инсульта. Получено современное оборудование: кабинет биологической обратной связи (БОС). В результате деятельности по проекту в г. Чайковском появится возможность проводить полную комплексную реабилитацию, коррекцию речевых нарушений у людей с диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения».

Работа над социальными проектами в современных условиях является признаком зрелости учреждения. Проектная деятельность, в которой активно участвуют специалисты Центра, способствует их профессиональному росту, внедрению новых форм работы, технологий, а также расширению спектра услуг социальной реабилитации, предоставляемых инвалидам.

Проектная деятельность в работе реабилитационного учреждения

*Пермский край, г.Чернушка
ГКУ СОН "Комплексный центр социального обслуживания населения"
О.Г.Захарова, Н.В.Клышкова*

В последнее время большое значение в нашей стране уделяется разработке и реализации проектов различного уровня: национальных, межотраслевых, отраслевых. Это такие приоритетные нацпроекты как «Здоровье», «Образование». В Пермском крае примером действующего отраслевого проекта является проект Министерства социального развития «Социальная помощь гражданам, утратившим способность к самообслуживанию». Преимущество проектного подхода заключается в возможности гибкого поведения в изменчивой внешней среде, каковой является социальная сфера. Проектирование социальных объектов, социальных качеств, социальных процессов и отношений представляет собой социальное проектирование. Выявление вариантов развития или изменения объекта дает возможность выбирать тактику и стратегию взаимодействия с этим объектом, управления этим объектом, выработки технологии воздействия на него, выбора путей планомерного

введения нововведений. Осмысление указанных понятий, этапности их достижения и методов реализации и представляет суть проектирования.

Социальное проектирование как специфическая управленческая деятельность является оптимальным методом повышения эффективности деятельности организации, так как проектная деятельность является целевой деятельностью, обязательным условием осуществления которой является достижение логического завершения, получение продукта проектной деятельности.

В работе центра социального обслуживания населения Чернушинского района имеется успешный опыт использования проектирования в двух аспектах: это получение грантов и как средство управления учреждением. В первом случае это участие в семи конкурсах социальных и культурных проектов окружного, областного, районного уровня, корпоративных конкурсах. Каждый из социальных проектов устанавливает параметры и основные характеристики развития учреждения социального обслуживания на ограниченный, четко определенный отрезок времени. Так проект «Трудовая мастерская» решил проблему технологического обеспечения процесса трудовой реабилитации. В рамках этого проекта были разработаны и апробированы программы обучения инвалидов пользованию персональным компьютером, швейному делу, машинному вязанию, кулинарии, растениеводству. Проект «Свою судьбу мы строим сами» первоначально был направлен на создание материальной базы для проведения реабилитационных мероприятий с детьми по социальной адаптации. Затем он получил развитие, и в последующих конкурсах были решены задачи по созданию системы психолого-педагогического сопровождения семей имеющих детей с особыми возможностями, совершенствованию деятельности учреждения по социально-бытовой адаптации детей-инвалидов. В результате реализации ряда других проектов были оборудованы и функционируют на территории отделений реабилитации центра спортивные площадки, разработана реабилитационная программа «Песочная терапия» для умственно отсталых детей.

Таким образом, в организации появился положительный опыт управления проектами, решения целевых задач, вытекающих из проблемы в деятельности реабилитационных подразделений учреждения социального обслуживания.

В итоге гарантированное достижение конкретного результата привело к тому, что в практику работы центра одновременно с управлением проектами прочно вошла проектная деятельность как элемент управления организацией.

Рассмотрим проектирование в другом аспекте. Сейчас в учреждении одновременно реализуются несколько локальных проектов. Данные проекты направлены на социальные инновации, внедрение реабилитационных технологий, организацию работы в новых условиях. Необходимо сказать, что развитие материальной базы не является основной задачей данных проектов, но даже в условиях сметного финансирования учреждения бюджеты проектов помогают целесообразно и рационально расходовать денежные средства, материальные, кадровые и другие ресурсы. Углубленный и системный анализ, разработка плана действий как компоненты проектной деятельности помогают решить актуальные проблемы как системной, так и текущей практической деятельности. Так при выявлении недостаточного уровня практических навыков у отдельных сотрудников отделения реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями верным управленческим решением стала реализация проекта предусматривающего серию учебных занятий. План мероприятий проекта предусматривал проведение открытых взаимопросмотров занятий с детьми. В процессе подготовки к открытому просмотру, при самоанализе деятельности, участии в анализе занятий коллег за два месяца специалисты получили дополнительные профессиональные знания и навыки. Следующим аналогичным проектом внутри отделения был реализован цикл семинаров «Организация реабилитации детей с нарушениями интеллекта», в ходе которого сотрудники самостоятельно изучали материал по теме и презентовали переработанную информацию коллегам в виде лекции. Включение в план практикумов и тренингов по проблеме семинара наряду с теоретической подготовкой способствовало грамотному выбору и реализации реабилитационного маршрута детей, обслуживаемых в отделении.

На данном примере важно отметить наличие уже совокупности взаимосвязанных проектов, которая решает основную проблемную задачу учреждения на данном этапе - повышение квалификации и специализация специалистов центра социального обслуживания населения, оказывающих реабилитационные услуги.

В целом такой переход от управления проектами до проектной деятельности обеспечивает плановое развитие учреждения. Способствует этому использование мониторинга реализации проекта, с помощью которого можно на любом этапе оценить соответствие проделанной работы запланированному и внести необходимые коррективы. В связи с тем, что система реабилитации людей с ограниченными возможностями находится в развивающемся состоянии: изменяется социальная политика в отношении реабилитации, появляются новые методы и технологии, и это требует гибкого реагирования на новые условия, поэтому особую значимость проектная деятельность приобретает в работе реабилитационных учреждений.

Организация комплексного подхода к социальной реабилитации инвалидов в отделении социальной реабилитации центра социального обслуживания населения

*Пермский край, г. Пермь
ГКУ СОН «Комплексный центр социального обслуживания населения»
С. М. Соколова*

Отделение социальной реабилитации инвалидов работает в комплексном центре социального обслуживания населения Ленинского района г. Перми с июня 2006 года.

Основным направлением деятельности отделения является организация и проведение мероприятий по обеспечению инвалидов комплексом социальных услуг, направленных на активизацию их жизнедеятельности, развитие само- и взаимопомощи, расширения круга интересов и общения.

Для реализации данного направления деятельности в отделении социальной реабилитации работает психолог, врач-физиотерапевт, медицинская сестра, медицинская сестра по массажу, санитарка, инструктор по труду, культорганизатор.

Отделение социальной реабилитации посещают граждане пожилого возраста, из которых 85% являются инвалидами в возрасте от 65-75 лет, 10% составляют инвалиды в возрасте от 45-65 лет и 5% - инвалиды старше 80 лет.

Курс реабилитации инвалидов в отделении составляет в среднем 20 дней.

При поступлении в отделение психолог проводит с клиентами социально-психологическое обследование, целью которого является выявление личностных особенностей, потребностей, эмоционального состояния. Врач-физиотерапевт и медицинская сестра определяют, какие социально-медицинские услуги необходимы клиенту. Медицинская сестра по массажу выявляет круг клиентов, которым необходим массаж, в соответствии с чем составляется график работы с ними. Для проведения социокультурной реабилитации инвалидов формируется план культурно-массовых мероприятий

Отделение социальной реабилитации предоставляет следующие социально-медицинские услуги:

- динамическое наблюдение за состоянием здоровья;
- проведение общеукрепляющей физкультуры;
- проведение сеансов физиотерапии по указанию лечащего врача;
- организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению.

Инструктор по труду проводит занятия по развитию мелкой моторики через работу с разными подручными материалами. Клиенты отделения работают с бумагой, картоном, пластилином, глиной, тестом, используя для оформления своих изделий краски и ткань. Из готовых изделий оформляются выставки.

При поступлении в отделение среди клиентов проводится обязательное анкетирование, целью которого является определение круга вопросов, интересующих их. На вопрос о причинах, которые побудили инвалидов обратиться в отделение социальной реабилитации, 85% клиентов ответили, что причинами является сужение круга интересов и общения, одиночество.

Данную проблему специалисты отделения решают комплексно, удачно сочетая работу психолога и культорганизатора, которые используют как индивидуальные формы работы с клиентами, так и групповые.

Психолог проводит комплекс мероприятий по коррекции эмоционального состояния, повышения самооценки и степени удовлетворенности жизненной ситуации клиентов отделения. Индивидуальные и групповые занятия с клиентами отделения организуются в комнате психологической разгрузки.

Специалистами отделения используются разные формы и методы работы по социокультурной реабилитации инвалидов.

Продуктивно применяются методы творческой реабилитации в работе клубов по интересам.

На базе отделения социальной реабилитации в настоящее время организованы и работают следующие клубы:

- клуб «Мастерица», в который объединились женщины, любящие заниматься рукоделием. В центре были организованы несколько выставок их работ.
- «Клуб театралов». Их любимое занятие - посещение театров. Примерно раз в месяц они обязательно посещают какой-либо театр. Для этой группы клиентов специалисты отделения приобретают театральные билеты по социальной цене.
- клуб любителей духовной музыки «Мудрое долголетие».
- клуб любителей шахмат, который регулярно проводит шахматных турниры, и участие в них принимает любой желающий клиент центра.
- клуб «Садовод» проводит свои заседания, на которых любители цветов обмениваются своим опытом работы с растениями, семенами, рассказывают о своих достижениях в выращивании необычных растений.
- клуб «Уралочка» организует и проводит вечера для клиентов отделения и праздники, такие как «Широкая масленица», «И стал им фронтом цех завода», «Не стареют душой ветераны», «Мое увлечение» и другие.

В индивидуальной работе с инвалидами специалисты отделения широко используют библиографический метод, метод работы с воспоминаниями, что благотворно сказывается на их общем эмоциональном состоянии.

Вся реабилитационная работа с клиентами отделения отражается в «Индивидуальной реабилитационной карте», в которой каждый специалист фиксирует виды деятельности по своему направлению. Данная карта является инструментом для отслеживания результатов комплексной реабилитации.

По окончании срока реабилитации проводится итоговая диагностика. В результате у 90% клиентов отделения отмечается улучшение эмоционального состояния, повышается уверенность в своих собственных силах, расширяется круг интересов и общения, повышается жизненная активность.

Особенности демографической ситуации в Пермском крае

*Пермский край, г. Пермь
Пермская государственная медицинская академия им. академика. Е.А. Вагнера,
кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии,
Клиническая медико-санитарная часть №1, неврологическое отделение
В. Г. Черкасова, Ю. А. Желнина*

Доля лиц старше 65 лет в развитых странах составляет уже сейчас 10-14% от всей популяции, а к 20-м годам следующего столетия эта величина удвоится.

В Российской Федерации наблюдается устойчивый рост в составе населения доли граждан старшего поколения (женщин старше 55 лет, мужчин старше 60 лет): 1959 год - 11,8%, 1970 год - 15,3%, 1979 год - 16,3%, 1989 год - 18,5 %, 1996 год - 20,5%, 2004 год - 20,3%. В связи с резким падением рождаемости и экономическим кризисом результаты старения населения выглядят катастрофическими.

По классификации ООН население считается "старым", когда численность лиц в возрасте 65 лет и старше составляет 7% и выше от общей численности населения. По данным на 1 января 2006г доля таких жителей в Пермском крае составила 12,7%.

К началу 2005 года в Прикамье проживало 2 769,8 тыс. человек постоянного населения, в том числе 527,4 тыс. чел. или 19 % старше трудоспособного возраста. Большинство пожилых людей проживают в городах, так 2005 году 76,1% (262,8 тыс. чел.) лиц в возрасте 65 лет и старше жили в городах, в селах проживало 90,3 тыс. пожилых.

На начало 2006 года численность постоянного населения Пермского края по оценке составила 2 748,2 тыс. человек, в том числе городского – 2 058,6 тыс. человек, сельского – 689,6 тыс. человек. Доля городского населения края продолжает оставаться более высокой (74,9%), чем в целом по России (72,9%) и Приволжскому федеральному округу (70,2%).

В соответствии с административно-территориальным устройством в состав края входят Коми - Пермский автономный округ, 33 района, в том числе 19 - только с сельским населением, 25 городов, 38 поселка городского типа и 3 713 сельских населенных пунктов.

Современная возрастная структура населения Пермского края сформировалась под влиянием процессов рождаемости, смертности, а также миграционных процессов, связанных как с экономическими, так и с социальными преобразованиями нашего региона.

В настоящее время в Пермском крае происходит снижение численности населения за счет естественной убыли и миграционного оттока населения. Сокращение численности населения вследствие превышения числа смертей над рождениями наблюдается в нашем регионе с 1992 года, а за счет миграционного оттока – с 2000 года. В 2005 году численность жителей Прикамья стала меньше на 21,6 тыс. человек, или на 0,8%, в том числе за счет естественных потерь – более чем на 19 тыс. и миграционного оттока населения – на 2,1тыс. человек.

Население Прикамья в трудоспособном возрасте (мужчины 16-59 лет, женщины 16-54 года), в отличие от численности детей и подростков, увеличилось по сравнению с 1990 годом на 36,0 тыс. человек, или на 2,1%. Но, начиная уже с 2006 года, их численность будет уменьшаться, поскольку многочисленные поколения послевоенных лет рождения будут переходить в группу пенсионеров и к 2 025 году по прогнозу составят около 1 362 тыс. человек. Уже в анализируемом году численность людей рабочих возрастов уменьшилась в крае на 0,2%. Сократилась их численность на 16 территориях Прикамья, особенно в городах Гремячинск, Губаха, Кизел с подчиненными территориями, и др.

В настоящее время возрастная структура населения области выглядит таким образом: 0-15 летние составили 17,3% в общей численности населения, 16-29 лет – 23,7%, 30-44года – 21,4% 45-59 - 22,0%, 60 и старше – 15,6%.

В последние годы можно говорить о некотором снижении численности населения старше трудоспособного возраста. Однако удельный вес их в общей численности остается значительным. В настоящее время в среднем по области людей пенсионного возраста на 1,8% больше, чем детей и подростков до 16 лет (на 49,8 тыс. человек). Об этом свидетельствует показатель,

характеризующий средний возраст населения, который к началу 2006 года составил 37,5 года (в том числе у мужчин - 34,76, у женщин - 39,79), тогда как по данным Всесоюзной переписи населения 1989 года он равнялся 33,9 года.

Несмотря на то, что по сравнению с другими регионами Приволжского федерального округа (республика Мордовия, Кировская, Пензенская, Нижегородская, Самарская, Саратовская, Ульяновская области) население Пермского края «выглядит» несколько моложе, демографическая ситуация далека от благоприятной и требует значительного внимания не только в части повышения рождаемости, но и в отношении лиц старших возрастных групп.

Социально-психологическая реабилитация людей с ограниченными возможностями как один из видов услуг, предоставляемых в отделении реабилитации Комплексного центра социального обслуживания населения

*Пермский край, г.Чернушка
ГКУ СОН "Комплексный центр социального обслуживания населения"
О. Н. Ильяева*

Инвалидизирующее заболевание, травма или дефект, независимо от того, какова его природа, какой орган или функциональная система оказываются пораженными, ставят человека в психологически особые жизненные условия, иначе говоря, создают особую объективную социально-психологическую ситуацию, которая резко снижает способности удовлетворения насущных потребностей, возможности социальной, профессиональной и личностной самореализации индивида.

Переживание болезни, накладывая отпечаток на всю личность больного в целом, также приводит к постепенному изменению эмоционально – волевой сферы, мыслительных процессов, к серьезной переоценке жизненных установок, социальных ценностей и становится источником для формирования дезадаптивного поведения.

Поэтому социально-психологическая реабилитация в отделении представлена следующими направлениями:

1. Диагностика личностной сферы инвалида, степени его активности в реабилитационном процессе.
2. Первичная коррекция неадекватных личностных установок. Перестройка отношений личности.
3. Оказание конкретной психологической помощи при обращении инвалида и членов его семей.
4. Обучение инвалида коммуникативным навыкам, гибкому адаптивному поведению, выведение его на более высокий уровень социальной активности и мотивированности.
5. Психологическое просвещение в среде инвалидов и их ближайшего окружения по психогигиене.

При выстраивании маршрута реабилитации необходимо с самого начала определить возможности клиента. Следовательно, первоначальная задача психолога состоит в качественном подборе диагностического инструментария.

Таким образом, выбрана следующая батарея тестов (Методическое пособие ОГУ «Центр реабилитации инвалидов», 2004), позволяющая выявить отдельные свойства и качества личности, дающая возможность оценить ситуацию на актуальном уровне и представляющая конкретную информацию не вообще о человеке, а прицельно о тех или иных его особенностях:

- **«Измерение уровня адаптации»;**
- **«Самооценка»** (одна из детерминантов поведения – это самооценка; инвалидность настолько сильно сказывается на данном личностном параметре, что субъект отказывается подвергать её дополнительным испытаниям);
- **«Выявление мотивации достижения»** (болезнь и последующая за ней инвалидизация воспринимаются как препятствие на пути достижения более «важных» жизненных целей; наблюдается снижение жизненной активности, появляются самые различные типы «уходов» в болезнь, которые являются формами замещения одних целей другими);
- **«Определение уровня личностной тревожности»** (обслуживаемых отделения реабилитации характеризует устойчивая склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги, что сопровождается напряжением, беспокойством, нервозностью);
- **«Диагностика депрессивных состояний»** (выявление изменений на психофизиологическом уровне);

Для оценки эффективности качества проводимой деятельности диагностирование участников заезда в отделении медико-социальной реабилитации (ОМСРИ) происходит как на первоначальном этапе (после знакомства с обслуживаемыми), так и в конце заезда.

Дополнительно (индивидуально и на групповых занятиях, а также для клиентов, имеющих отклонения в интеллектуальной сфере и психической деятельности – поступающие в отделение реабилитации с диагнозом F.70, F.07) используются другие, как правило, проективные, методики:

- Тест Люшера (позволяет определить психофизиологическое и эмоциональное состояние обслуживаемого на актуальном уровне, поэтому применяется неоднократно в течение заезда; в проведении занимает малый временной интервал, в электронной версии быстро и легко интерпретируется);
- «Человек под дождем» (позволяет увидеть защитные механизмы человека, его адаптивные возможности);
- «FAST» (неоспоримо значимая методика, направленная на выявление статуса инвалида в семье, позволяющая оценить его отношения, показать роли, существующую в семье иерархию);
- «Несуществующее животное» (позволяет всесторонне рассмотреть личностные качества человека);

В зависимости от результатов тестирования необходимо определить задачи дальнейшей работы и этапы её проведения: осознание проблем, установка человека на изменение, обучение клиента самоизменению, самораскрытию. Важно, чтобы человек понял, что многие проблемы находятся внутри него самого, в его подсознании.

Задача психолога – не избавить реабилитируемого от переживания, а помочь ему конструктивно осуществить внутреннюю работу по смысловой перестройке своего жизненного мира. Для этого определён следующий комплекс мероприятий.

I. Методы групповой социально – психологической терапии:

В данном методе большую роль играет опыт корректирующего научения, позволяющий пациентам приобрести новые навыки поведения, повысить свою коммуникабельность или научиться преодолевать свои дезадаптивные привычки и разрушительные эмоциональные конфликты.

1). Тренинг социальных навыков – направлен на повышение социальной компетентности инвалидов в повседневной жизни. К основным видам жизненных умений, которым обучаются в группе, относятся управление эмоциями, принятие решений, планирование своего ближайшего и отдаленного будущего. С этой целью организованы и проводятся занятия из цикла:

- **«Мой путь к успеху».** Цель программы – позитивное изменение в мотивационной сфере людей с ограниченными возможностями, формирование активной жизненной позиции (осознание потребностей человека как личности; осознание своих целей, ожиданий; понимание причин в ограничении реализации собственных возможностей; преодоление собственного сопротивления, связанного с дискомфортным состоянием, страхом и неуверенностью).

- **Личностно – коммуникативный тренинг.** Основная цель – активизация процесса самопознания, повышение собственной значимости, ценности, формирование мотивации саморазвития. Актуализация личностных ресурсов. Сплочение и развитие группы.

- **«Познаю себя и окружающих».** Основные цели программы – развитие социального интеллекта (обеспечение участников теоретической психологической информацией, средствами познания других людей и самопознания, овладение способами и приемами конструктивного взаимодействия с окружающими), формирование психологической компетентности людей с ограниченными возможностями, развитие рефлексии;

2). Тренинг асертивности «Уверен в себе – доверяю другим» – направлен на снижение личностной тревожности, повышение уровня самооценки, формирование навыков самоутверждения и уверенного поведения.

3). Ролевые игры (как метод социодрамы)– используются в каждом из перечисленных видов тренингов. Рассматриваются как развитие анализа практической ситуации и с успехом используются на занятиях по темам «Решение конфликтных ситуаций», «Конструктивное взаимодействие в семье», «Развитие коммуникативных способностей» и т.д.

II. Группы саморегуляции.

Основная цель – повышение психической устойчивости инвалидов через формирование психологических навыков и умений использования адекватных внутренних средств, позволяющих человеку осуществить специальную деятельность по изменению своего состояния. Предлагаемые варианты используемых методов: аутогенной тренировки, релаксационных и медитативных техник применяются как средство коррекции бессонницы, различных видов невротической тревоги, раздражительности, усталости и т.п.

III. Психологическое просвещение отражает решение следующих задач:

- формирование психологической культуры инвалидов.
- содействие обеспечению психологической защищенности обслуживаемых;
- поддержка и укрепление психологического и психического здоровья.

В психологической деятельности по данному направлению используются формы групповых бесед и расположение информации на стендах.

IV. Консультирование - оказание непосредственной психологической помощи в решении заявленной инвалидом проблемы, нормализация психического состояния; коррекция нарушений адаптаций и личностных дисгармоний; мобилизация скрытых психологических ресурсов инвалида, обеспечивающих самостоятельное решение проблем; информирование инвалида о его психологических особенностях с целью более эффективного их использования; выявление основных направлений дальнейшего развития личности; повышение общей психологической грамотности.

Анализ данных за период февраль – июль 2007 года и повторная диагностика показывают следующие результаты по психологической реабилитации.

Исследуемые параметры	Результаты первичной диагностики		Результаты итоговой диагностики (после проведенной психокоррекционной деятельности)	
	%	Вывод	%	Вывод
Самооценка	65,7%	низкий уровень самооценки	26,9%	повысился уровень самооценки
			15,3%	самооценка нормализовалась полностью
Мотивация достижения	57,8%	низкий уровень мотивации достижения	26, 9%	произошло развитие потребности в достижении
			21,6%	достаточный уровень мотивации достижения
Личностная тревожность	31,2%	высокий уровень	21,7%	снизился уровень тревожности
			13,1%	ЛТ достигла состояния нормы
Адаптация	13,1%	адаптивные способности снижены	10,8%	достаточно развилось умение адаптироваться

Таким образом, в нашем отделении психологическая деятельность в комплексе реабилитационных мероприятий является одним из приоритетных направлений, т.к. акцентирует внимание и усилие не только на адаптацию людей с ограниченными возможностями в общество, но и главным образом, на выработку у них новой системы целей и ценностей, способствующих свободной самореализации; мотивирует на активную деятельность, общение, жизнь.

Организация медико-социальной реабилитации в условиях Верхне-Курынского геронтологического центра

*Пермский край, г. Пермь
Государственное стационарное учреждение социального обслуживания
системы социальной защиты населения Пермского края
«Верхне-Курынский геронтологический центр»
Г. А. Кривошекова, В. В. Суворов*

Верхне-Курынский геронтологический центр (ВКГЦ) организован в конце 2003 года на базе дома-интерната. Плановое количество койко-мест-120.

Центр является медико-социальным учреждением, где осуществляются следующие виды услуг:

- социально-медицинские
- социально-бытовые
- социально-психологические
- консультативно-правовые
- досуговые

Из 120 клиентов 90 являются инвалидами (75%). Инвалидов 1 группы 35 (39%), из них мужчин-18 (51%), женщин-17 (49%). Инвалидов 2 группы 55 (61%), из них мужчин-21 (38%), женщин-34 (62%). Всего мужчин 46 человек (38%), женщин 74 человек (62%).

В ВКГЦ проводится гериатрическая реабилитация, ее цель- улучшение навыков по самообслуживанию, расширение физических и психических возможностей и повышение качества жизни клиентов, а также их ближайшего окружения.

Своевременно предпринятые и систематически проводимые реабилитационные мероприятия в большом числе случаев приводят к функциональному восстановлению, достаточному для самообслуживания или требующему минимальной посторонней помощи.

Гериатрическая реабилитация представляет собой единое понятие и процесс, где медицинский и социальный факторы являются составными частями целого.

Своеобразным в геронтологическом центре является бытовое обслуживание, поскольку включает режим больничного учреждения и общежития. Последнее обстоятельство определяет тактику медицинского персонала в отношении максимального самообслуживания клиентов. Это важно для лиц, находящихся длительно в однообразных условиях, которые способствуют возникновению госпитализма. Так как большая часть обслуживаемых не гарантирована от обострения имеющейся патологии, существует постоянная необходимость в поддерживающей терапии.

Медицинское обслуживание организовано в 3-х режимах:

- активирующий
- щадящий
- постельный

Активирующий режим – допускается минимальная изоляция от общества и строится с учетом сохранения естественных социальных связей клиентов. Осуществляется рациональное размещение в отделении, учитывая характерологические особенности, психологическую совместимость, уважая личностные индивидуальные интересы и запросы. В отделении поощряется социальная активность, обеспечивается полезная занятость клиентов с учетом их индивидуальных склонностей, возможностей и построенной на системе самообслуживания. Так, 11 человек являются членами Общественного актива, работа их организована согласно Положения; 2 человека ежедневно разносят корреспонденцию в палаты; многие разводят комнатные цветы и ухаживают за ними; в весенне-летнее время ухаживают за клумбами; все принимают участие в уборке комнат и т.д.

Щадящий режим - при выраженном ограничении активности, связанном с соматическим или психическим состоянием, с проведением назначенной терапии, применением элементов активирующих мероприятий: индивидуальные курсы ЛФК, массажа, терапия «средой».

Постельный режим - касается клиентов с выраженными двигательными нарушениями по типу обездвиженности или нуждающихся в резком ограничении активности по соматическому статусу при острых ситуациях.

В связи с тем, что в ВКГЦ находятся клиенты, страдающие одновременно несколькими заболеваниями, медицинская помощь играет существенную роль в общей системе обслуживания. Функционирует отделение интенсивного медицинского ухода (отделение милосердия), где размещаются больные с тяжелыми соматическими и неврологическими заболеваниями, не способные к самообслуживанию. Также организовано отделение социально- реабилитационного обслуживания.

В ВКГЦ используется комплексная реабилитационная программа, включающая:

1. Медицинскую реабилитацию

В данном случае средствами реабилитации являются - диспансеризация, врачебные приемы, обходы в отделениях, назначение курсовой терапии, определение режимов содержания (обслуживания). Эффективность реабилитационного процесса направлена на устранение симптомов заболевания, расширение режима.

– Медикаментозное воздействие. Средства реабилитации - этиологическая, патогенетическая, общеукрепляющая терапия, стимулирующая, симптоматическая, нейролептическая. Эффективность реабилитационного воздействия направлена на профилактику обострений, стимуляцию функциональных возможностей организма, устранение обострений заболевания, уменьшение выраженности симптоматики, купирование острых ситуаций, упорядочение поведения.

– Немедикаментозное воздействие. Средства реабилитации - психотерапия, когнитивная терапия, физиотерапия, массаж, лечебная физкультура, диетотерапия.

2. Социально-бытовую адаптацию

– Терапевтическое воздействие занятостью. Имеет в большей степени социальную направленность, а не клиническую, т.к. ориентировано на восстановление утраченных бытовых навыков. Широко используется хозяйственно-бытовой труд, стимулирующий самообслуживание. Средства

реабилитации - показ, разъяснение, коррекция, тренировка. Эффективность реабилитационного воздействия направлена на санитарно-гигиеническое и бытовое самообслуживание.

- Терапия средой. Средства реабилитации- пассивное участие и активное вовлечение в общественные мероприятия- работа в кружке «Умелые руки» (9 человек), организация и участие в шахматно-шашечных турнирах, участие и подготовка в праздничных мероприятиях, просмотр фильмов, телепередач, караоке; участие в вечерах отдыха, «Посиделках», художественной самодеятельности, выставках прикладного народного творчества. Эффективность реабилитации направлена на расширение кругозора, интересов, восстановление коммуникативных способностей, привитие навыков общения, активное проведение досуга.
- Приспособление к новым условиям жизни. Средства реабилитации - психотерапия, беседы, информации. Эффективность реабилитационного процесса направлена на установление связей с окружающими, участие в жизни центра.
- Элементы трудотерапии. Средства реабилитации - показ, разъяснение, наглядные пособия, литература, инструктаж. Это работа на штатных должностях - санитар, вахтер, дворник, лифтер; в общественных организациях центра.

Таким образом, гериатрическая реабилитация, проводимая в ВКГЦ, является комплексной, долговременной и представляет активный динамичный процесс, объединяющий усилия клиента, его родственников, персонала и направленный на повышение качества жизни пожилого человека и его ближайшего окружения.

Когнитивные нарушения у инвалидов пожилого возраста как фактор социальной дезадаптации

*Пермский край, г. Пермь
Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера
кафедра нормальной, клинической, топографической анатомии и оперативной хирургии
ГК СУ СОН «Верхне-Курьинский геронтологический центр»
Ю. А. Желнина, В. Г. Черкасова*

Проблема когнитивных нарушений в последнее время привлекает все больше внимания, причем не только врачей разных специальностей – неврологов, психиатров, терапевтов, гериатров, но и специалистов социальной сферы, контактирующих с гражданами пожилого возраста. Считается, что в норме снижение когнитивных функций отмечается после 50 лет [2,8,11], а у здоровых лиц старше 65 лет регистрируется в 40% случаев [1,2,4]. С другой стороны, с увеличением возраста неуклонно увеличивается доля лиц не с физиологическим (возрастным) снижением когнитивных функций, а с истинными патологическими когнитивными нарушениями, причиной которых может быть любая церебральная патология и многие соматические заболевания.

Актуальность проблемы деменций трудно преувеличить. Причиной тому – медицинские, социальные и этические аспекты.

Деменция - нарушение памяти и других когнитивных функций, носящее приобретенный характер, длительностью более шести месяцев и, как правило, сопровождающееся эмоциональными нарушениями.

По классификации ООН население региона считается “старым”, когда численность лиц в возрасте 65 лет и старше составляет 7% и выше от общей численности населения. В Пермском крае доля таких жителей составила 13,2%.(по данным на 01.01.2006г.). К началу 2006 года в Прикамье проживало 2 769,8 тыс. человек постоянного населения, в том числе 527,4 тыс. чел. или 19 % старше трудоспособного возраста [7]. Известно, что демографическая ситуация сохраняет неблагоприятные тенденции.

Верхне-Курьинский геронтологический центр, являясь стационарным учреждением социального обслуживания граждан пожилого возраста, с 2006г специализируется на оказании услуг клиентам, социальная адаптация которых нарушена по причине когнитивного дефекта. Учитывая полиэтиологичность деменции, а также потенциальную обратимость вторичных когнитивных нарушений нами было предпринято данное исследование.

Целью исследования явилось изучение структуры когнитивных нарушений у клиентов геронтологического центра по степени выраженности и влиянию на социальную активность.

Материалы и методы

Нами обследовано 120 пациентов (мужчин - 38%, женщин - 62%) постоянно (67%) или временно (33%) проживающих в геронтологическом центре.

Возрастная характеристика клиентов ВКГЦ:

- до 59 лет – 6 чел (5%)
 - 60-75л-39 чел (33%)
 - 75-90- 65 чел (54%)
 - старше 90 лет -10 чел (8%).
- Средний возраст составил $69,1 \pm 4,4$ г.

Всем пациентам проведено клиническое неврологическое обследование и нейропсихологическое тестирование. Поскольку у пожилых и старых людей достаточно высок риск развития ятрогенных нарушений когнитивных функций нами были проанализированы все истории болезни и зафиксированы группы лекарственных препаратов и конкретные средства, которые больной принимал в течение последних 2х месяцев.

Исследование когнитивной сферы было направлено как на выявление степени выраженности когнитивных нарушений, для чего нами использовались диагностические критерии УКР [10] и деменции [6], тест рисования часов [3,10], тест 5 слов в интерпретации Дюбуа [9] и минимальная оценка психических функций по шкале MMSE [1], так и на нозологическую диагностику. Для верификации причины когнитивных нарушений использовались следующие методики:

- «Критерии диагноза «вероятная болезнь Альцгеймера» NINDS – ADRDRA» (National Institute of Neurological Disorders and Stroke – Alzheimer s Disease and Related Disorders Associations – Национальный институт неврологических расстройств и инсульта – Ассоциация болезни Альцгеймера и родственных заболеваний),
- «Критерии клинического диагноза деменции с тельцами Леви,
- «Критерии клинического диагноза «вероятная сосудистая деменция» NINCDS-AIREN (Nashijnal Institute of Neurological Disorders and Strok)
- «Критерии клинического диагноза фронто-темпоральная деменция» [2,5,9,10].

Для верификации потенциальных причин вторичной деменции проводились: общий анализ крови, биохимические показатели функции печени и почек, ЭКГ, компьютерная томография головного мозга, а по индивидуальным показаниям – исследование гормонов щитовидной железы, дуплексное (триплексное) сканирование брахиоцефальных артерий. С целью дифференциальной диагностики деменции и депрессии нами применялась гериатрическая шкала депрессии. Кроме того, все обследованные были осмотрены психиатром для диагностики делирия.

Результаты исследований и их обсуждение

При исходном тестировании показатели когнитивной сферы были следующими: нормальное состояние когнитивной сферы у 13 человек (11%), умеренные когнитивные расстройства у 44 (37%) больных, деменция у 48 пациентов (40%), в том числе легкой степени у 9 (8%), умеренной степени у 20 (17%) и выраженной степени у 15 (12%) пациентов. Критерии для определения степени выраженности когнитивных нарушений приводятся в таблице 1. Обращают на себя внимание различия в количественном составе группы с УКР и деменцией легкой степени выраженности, являющиеся «смежными». Вероятно, эти различия связаны с разными клиентскими группами, составляющими их. Так, преимущественно синдром УКР был зарегистрирован нами у клиентов, поступивших в геронтологический центр для постоянного проживания, и находящихся здесь более 1,5 лет. В то время как пациенты с деменцией, в том числе и легкой степени выраженности, составили отдельную клиентскую группу поступающих для временного проживания (от 1 до 6мес), а одной из причин их стационарирования и явились выраженные когнитивные нарушения, сопровождающиеся нарушением повседневной активности.

Таблица 1

Критерии когнитивных нарушений различной степени выраженности

Шкалы \ Степень	Норма	УКР	Деменция 1ст	Деменция 2ст	Деменция 3ст
MMSE	28-30 6	24-27 6	20-23 6	11-19 6	0-10 6
«5слов»	10 6	8-10 6	5-7 6	1- 4 6	0 6
Тест рисования часов	10 6	8-9 6	6-7 6	3-5 6	1-2 6

Диагностика когнитивных нарушений разной степени выраженности не только отличается по оптимальному набору тестов, но и имеет определенные клинко-диагностические закономерности. Так, чем выраженнее когнитивные нарушения, тем легче констатировать факт деменции и тем сложнее установить ее причину и наоборот, чем меньше когнитивный дефект, тем легче установить его нозологическую принадлежность, но сложнее объективизировать собственно когнитивную недостаточность. Например, у больного с деменцией 3 степени когнитивный дефект не вызывает сомнений не только у специалиста, но и, сопровождаясь бытовой дезадаптацией и поведенческими нарушениями, является очевидным для родственников и всего медицинского персонала. В то время

как проведение данному пациенту даже минимального нейропсихологического исследования и определение дифференциально-диагностических признаков того или иного заболевания практически невозможно.

Анализ нозологической структуры деменции (см. таблицу 2) показал преобладание сосудисто-дегенеративной (21%), сосудистой деменции (19%) и болезни Альцгеймера (17%), несколько реже, в 15% наблюдений была зарегистрирована деменция вызванная, или усугубившаяся под действием лекарственных препаратов (ятрогенная). Реже диагностированы дисметаболическая энцефалопатия на фоне соматических заболеваний – хронической почечной недостаточности и хронической сердечно-легочной недостаточности (8%), а также алкогольная энцефалопатия (8%).

Таблица 2

Нозологическая структура деменции

№	причина деменции	кол-во больных
1.	Болезнь Альцгеймера	8 (17%)
2.	Болезнь с диффузными тельцами Леви	2 (4%)
3.	Лобно-височная деменция	2 (4%)
4.	Прогрессирующий надъядерный паралич	1 (2%)
5.	Сосудистые заболевания головного мозга	9 (19%)
6.	Смешанная сосудисто-дегенеративная деменция	10 (21%)
7.	Дисметаболическая энцефалопатия	4 (8%)
8.	Ятрогенная (интоксикация лекарственными препаратами)	7 (15%)
9.	Алкогольная энцефалопатия	4 (8%)
10.	Опухоль головного мозга	1 (2%)
Всего		48 (100%)

С меньшей частотой диагностированы болезнь с диффузными тельцами Леви (4%), лобно-височная деменция (4%) и прогрессирующий надъядерный паралич (2%); у одной больной выявлена обширная опухоль правого полушария головного мозга лобно-височно-теменной локализации.

В качестве причины умеренного когнитивного расстройства (см. таблицу 3) чаще всего регистрировались дисциркуляторная энцефалопатия (27%) и интоксикация лекарственными препаратами (19%). Несколько реже диагностировались смешанная энцефалопатия, вероятный дебют болезни Альцгеймера и алкогольная энцефалопатия. Демиелинизирующие заболевания и последствия черепно-мозговой травмы – среди редких причин УКР у обследованного контингента клиентов.

Комментируя высокую распространенность ятрогенных когнитивных нарушений, следует отметить, что 93 клиента геронтологического центра получали 104 препарата, оказывающих отрицательное влияние на когнитивные функции (1 препарат получали - 85, 2 препарата - 5, 3 препарата - 3 человека). Так, холинолитики принимали 7 человек (4 из них амитриптилин, 3 - платифиллин), преднизолон - 4 человека, теofilлин - 6 человек, дигоксин - 27 больных, бензодиазепины - 16 (релиум - 11, коназепам - 3, рудотель - 3) человек, барбитураты - 1, антигистаминные - 4, каптоприл - 9 больных, фамотидин - 8 человек, нейролептики - 18, циннаризин - 4 человека.

Таблица 3

Нозологическая структура умеренного когнитивного расстройства

№	Причина умеренного когнитивного расстройства	Кол-во больных
1.	Дисциркуляторная энцефалопатия	12 (27%)
2.	Алкогольная энцефалопатия	5 (11%)
3.	Интоксикация лекарственными препаратами	8 (19%)
4.	Вероятный дебют болезни Альцгеймера	5 (11%)
5.	Демиелинизирующие заболевания	1 (2%)
6.	Дисметаболическая энцефалопатия	4 (9%)
7.	Черепно-мозговая травма	3 (7%)
8.	Смешанная энцефалопатия	6 (14%)
Всего		44 (100%)

Лекарственные препараты, действие которых не предусматривает отрицательного влияния на когнитивную сферу, принимали 10 пациентов, а пациенты, принимающие местное лечение или не принимающие никаких лекарственных препаратов составили группу численностью 17 человек. Таким образом, лекарственные препараты, отрицательно влияющие на когнитивные функции, получали 78% пациентов геронтологического центра.

Очевидными причинами ятрогенных (здесь - медикаментозных) когнитивных нарушений у обследованного контингента больных явились:

- необходимость назначения большого числа медикаментов из-за полиморбидности - вынужденная полипрагмазия
- необходимость длительного применения медикаментов ввиду хронического течения и декомпенсаций многих заболеваний
- нарушения фармакокинетики и фармакодинамики на фоне инволютивных органических изменений и при взаимодействии с другими препаратами
- недостаточное выполнение предписанного режима медикаментозной терапии (нарушение комплайенса), причем комплаиенс нарушается по мере увеличения числа назначаемых лекарств.

Выводы

В результате исследования выявлена высокая частота когнитивных нарушений у клиентов геронтологического центра. Так умеренное когнитивное расстройство имело место у 37% клиентов, деменция - у 40%, нормальное состояние когнитивных функций - лишь у 11%. Причем 12% клиентов не была проведена полная батарея тестов, в том числе из-за выраженных когнитивных расстройств.

Несмотря на то, что клинический диагноз той или иной формы деменции или умеренного когнитивного расстройства почти всегда остается вероятностным - определенный диагноз возможен лишь при обнаружении гистохимических и молекулярных маркеров в мозговой ткани, полученных при аутопсии - используемые методы диагностики позволили нам определить вероятную нозологическую принадлежность когнитивных нарушений. С наибольшей частотой, как и в популяции [3,10], были зарегистрированы сосудистые, дегенеративные и смешанные сосудисто-дегенеративные когнитивные нарушения. Однако обращает внимание высокая распространенность (15% всех деменций и 19% от общего числа УКР) ятрогенных когнитивных нарушений, развивающихся при лекарственной интоксикации барбитуратами, транквилизаторами, холинолитиками, нейролептиками и др., широко используемыми для лечения клиентов геронтологического центра препаратами.

Литература

1. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера/ С.И. Гаврилова.-М., Медицина,2001.-359с.
2. Дамулин И.В. Сосудистая деменция/И.В. Дамулин // Неврол.журн.-1999.-№3.-С.4-11.
3. Захаров В.В. Нарушения памяти у пожилых/ В.В.Захаров // Рус. мед. журн.-2003.-том11.-№3.-С.598-602.
4. Каммерер С. Раннее начало терапии у пациентов с деменцией/ С.Каммерер // Рус.мед. журн.-2003.-том 11.-№3.-С.583-586.
5. Левин О.С. Кортико-базальная дегенерация/ О.С.Левин, Х.Кугиру //Неврологический журнал.-1997.-№ 6.-С.17-22.
6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10).-Женева: ВОЗ,1995.-713с.
7. «Распределение постоянного населения Пермского края по полу и возрасту на 1 января 2006 г» Сборник материалов территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Пермской области, Пермь, 2006г.- 36с.
8. Танёва Н. Компьютерно-томографические исследования у больных эпилепсией. Атрофия головного мозга/ Н.Танёва// Рентгенол. и радиол. -1997.-№3.-С.17.
9. Яхно Н.Н. Болезнь Альцгеймера и деменция с тельцами Леви: некоторые аспекты клиники, диагностики и лечения/Н.Н.Яхно, И.В.Дамулин, И.С.Преображенская, Э.А.Мхитарян // Рус. Мед. журн.-2003.-том 11.-№3.-С.567-571.
10. Яхно Н.Н. Лёгкие когнитивные нарушения в пожилом возрасте/ Н.Н.Яхно, В.В.Захаров // Неврологический журнал.-2004.-№1.-С.5-9.
11. Akiyama H. Normal human aging: factors contributing to cerebral atrophy H.Akiyama, J.S.Meyer, K.F.Mortel et al.// Journal of the neurological sciences.-1997.-Nov. 6.- P. 39-49.

3. ЕВРОПЕЙСКИЙ ОПЫТ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СТРАТЕГИИ В СФЕРЕ ИНВАЛИДНОСТИ

Европейская платформа реабилитации. Пример межнациональной сети, действующей в сфере инвалидности

Ян Спорен, Генеральный секретарь ЕПР

1. Общее описание организации, ее структуры и состава

1.1. Юридически установленные задачи

Европейская Платформа Реабилитации (ЕПР) – это ассоциация, действующая на европейском уровне в сфере обучения и образования. «Цель ассоциации состоит в оказании поддержки членам ассоциации в достижении постоянного профессионального развития, формировании передового опыта и создании конкурентной среды по каждому аспекту предоставления услуг¹ людям с ограниченными возможностями. В рамках своих мероприятий по связям с общественностью Ассоциация также стремится к тому, чтобы способствовать участию поставщиков услуг в процессе разработки европейской социальной политики и законодательной базы в данной сфере, а также к получению доступа к финансированию деятельности своих членов из средств Европейского Союза» [Статья 3 Устава ЕПР]

1.2. Конкретные сферы предлагаемого экспертного опыта и оценки

ЕПР – это сеть ведущих поставщиков услуг для инвалидов и других социально незащищенных людей. Несмотря на то, что инвалиды представляют наибольшую целевую группу для организаций-членов ЕПР, за последние годы состав целевых групп заметно расширился и в настоящее время включает в себя пожилых людей, бездомных, представителей этнических меньшинств, эмигрантов, бывших заключенных, безработных и другие группы людей. Услуги, которые предоставляют организации-члены ЕПР, в основном связаны с профессиональным обучением и развитием (ПОР) и реинтеграцией на открытый рынок труда. Основная цель состоит в достижении постоянного профессионального развития, формировании передового опыта и обеспечении качества по каждому аспекту предоставления услуг. В рамках своих мероприятий по связям с общественностью ЕПР также способствует участию поставщиков услуг в процессе разработки европейской политики и законодательной базы по профессиональному обучению и развитию (ПОР). Для этого ЕПР взаимодействует с другими сетевыми организациями, что позволяет поставщикам услуг выступать единым сильным фронтом на европейском уровне. 22 организации-члена из 14 стран создают потенциал сети по проведению мероприятий на общеевропейском уровне.

За последние 15 лет ЕПР и ее члены получили обширный практический опыт межнационального взаимодействия в сфере ПОР, реинтеграции, исследования и развития, инновация и обучения при помощи новых технологий. В этом смысле ЕПР стремится к тому, чтобы стать своеобразной «лабораторией передового опыта» в данном секторе. С самого своего создания ЕПР делала акцент на развитии и обучении специалистов по ПОР. Вследствие своей мощной, устойчивой, четко выверенной членской базы и выработанных отношений взаимного доверия ЕПР предлагает уникальную площадку для проведения международного сравнительного анализа и изучения. Для достижения своих результатов команды экспертов ЕПР разрабатывают методы и модели предоставления услуг, которые непосредственно направлены на внедрение инноваций и улучшение системы предоставления услуг, программ по ПОР и реабилитации. Секретариат ЕПР играет активную роль – он возглавляет и координирует данный процесс.

С 2003 года ЕПР реализует – совместно с другими заинтересованными сторонами в данном секторе – прагматичный европейский подход к качеству социальных услуг, который является достаточно гибким для того, чтобы его можно было приспособить к различным национальным контекстам. Эта европейская система качества выстраивается вокруг принципов и показателей (а не стандартов) и в настоящее время применяется ко всем социальным услугам. Другими вопросами, которыми ЕПР занималась на протяжении многих лет, являются трудоустройство инвалидов, вовлечение клиентов во все аспекты принятия решений в данной сфере и моделирование политики ПОР для социально уязвимых групп на национальном уровне. Сеть выработала конструктивный, позитивный подход к различным аспектам развития данных секторов европейской политики, таких как вовлечение, гражданские права, преодоление дискриминации, предоставление услуг без учета границ, конкуренция, развитие общего подхода к проблемам, целостный подход к инвалидности, четко сформулированная надежда на внесение значительного вклада в модернизацию типичных персональных услуг.

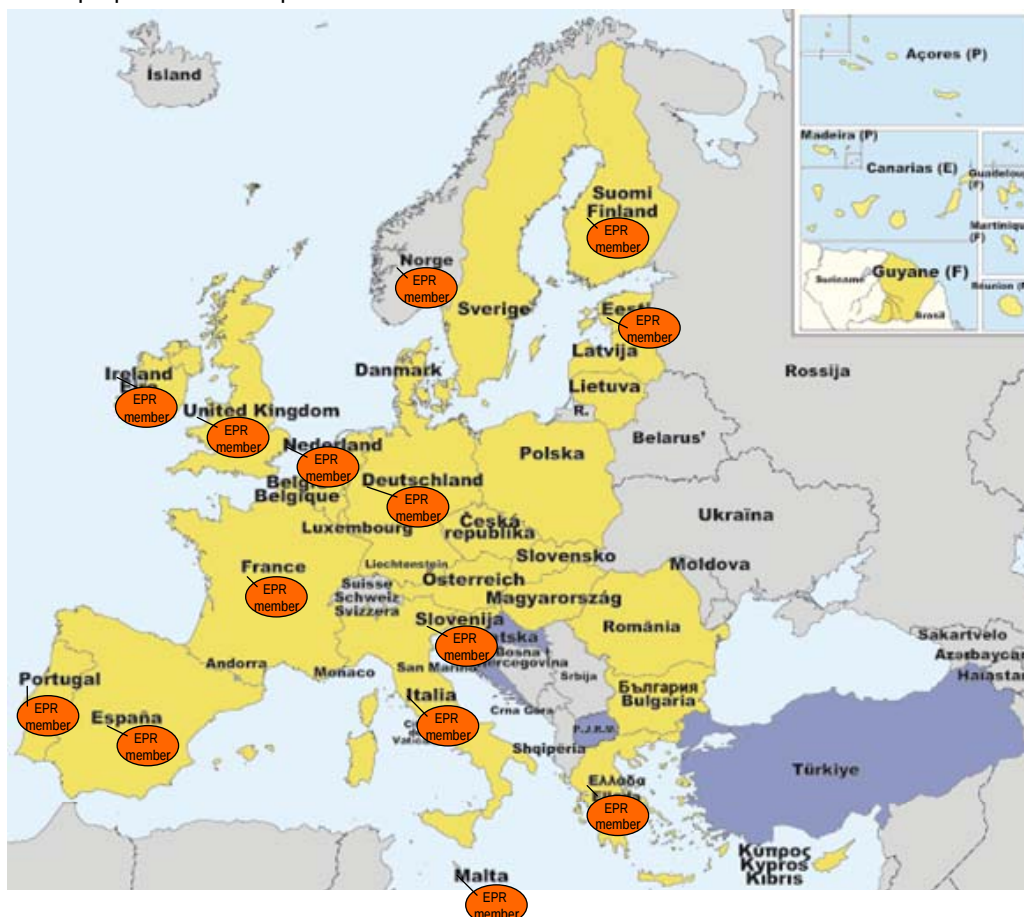
¹ Члены ЕПР предоставляют целый спектр услуг для инвалидов и других социально незащищенных общественных групп, наиболее значительной частью которых являются услуги по профессиональному обучению и развитию.

1.3. Размер и распределение организаций по странам

Размер и географическое покрытие сети

В настоящее время ЕПР состоит из 22 организаций-членов из 14 стран Европы (13 стран-членов Европейского Союза и 1 страна, не входящая в состав ЕС). Членство в ЕПР ежегодно предоставляет образовательные услуги более 50 000 студентам. Более 25000 профессиональной в сфере ПОР и реабилитации работают по всей Европе. Далее показывается географическое покрытие сети ЕПР:

Рисунок 1: географическое покрытие сети



Критерии членства в организации

Членство в ЕПР не ограничивается странами Европейского Союза, в организацию могут вступать и представители других европейских стран. Все члены должны предоставлять реабилитационные услуги инвалидам и/или другим группам риска (пожилым, бездомным, представителям этнических меньшинств, эмигрантам, бывшим заключенным, безработным и т.д.). Все организации должны принять видение и миссию ЕПР и соответствовать следующим критериям:

Применять подход к деловому администрированию, который отражен в эффективности реабилитационных услуг; анализ затрат/ пользы; ориентированность на цель и результаты; применение подхода по управлению качеством

Применять модель вмешательства, основанную на техническом и методологическом подходе, при этом необходимо быть высоко квалифицированным в сфере ПОР и реабилитации, иметь высокопрофессиональных сотрудников в штате организации, которые могли бы участвовать в мероприятиях ЕПР

Вовлекать клиентов и заинтересованные стороны в разработку и предоставление услуг

Типы членства

Все члены ЕПР стремятся играть «ведущую роль» в предоставлении услуг инвалидам в своих странах. Для всех них услуги в сфере ПОР составляют значительную часть их деятельности. При этом ЕПР разграничивает два типа членства: полноправные члены и кандидаты в члены организации, в зависимости от профиля и потенциала организации.

Полноправное членство

Полноправными членами являются отдельные частные некоммерческие поставщики услуг. Полноправные члены являются официальными основателями ассоциации и представлены в Совете Директоров и других структурах управления ЕПР. В этом отношении они обладают прямыми полномочиями по принятию решений относительно стратегии и мероприятий ассоциации. Полноправный член может получить все возможные услуги и преимущества в рамках ЕПР, особенно подчеркнутые в документе «Центральный план действий».

Форма заявки может быть получена в секретариате ЕПР, ее необходимо заполнить и вернуть в секретариат вместе с информационным пакетом (брошюрами, дисками, PR материалами и т.д.). Далее подготавливается приглашение исполнительному директору организации-заявителя на участие в заседании Совета директоров и проведение презентации собственного центра. Делегация Совета директоров затем посещает организацию-заявителя для того, чтобы оценить потенциал и обсудить мотивацию и намерения организации, связанные с членством в ЕПР. Затем заявка должна быть единогласно принята членами Совета директоров ЕПР.

Кандидаты в члены ЕПР

Кандидатами в члены ЕПР могут быть отдельные частные некоммерческие поставщики услуг или зонтичные организации. Ежегодный взнос таких членов составляет 5000 евро. Кандидаты в члены имеют доступ ко всем продуктам и услугам, предоставляемым ЕПР в рамках документа «Перечень услуг и возможностей», также они могут участвовать во всех мероприятиях. Однако, такие организации не представлены в Совете директоров и лишь иногда могут принимать участие в заседаниях Совета в качестве наблюдателей. Такие организации обязаны присылать представителя на заседания координаторов Центра. Причинами кандидатства в члены организации являются: Прохождение испытательного срока в случае, если организация затем хочет стать полноправным членом

Предоставление возможности для активного участия в деятельности сети ЕПР тем организациям, которые не могут вынести финансового бремени полноправного членства

2. Экспертный опыт ЕПР за прошедшее время

2.1. Основные достижения

ЕПР может похвастаться рядом достижений за последние 15 лет своей деятельности в секторе профессионального обучения и развития на европейском уровне. Эти достижения и текущая деятельность связаны с тремя основными стратегическими целями: профессиональное развитие, исследования и инновации, связи с общественностью. Перечень задач, которые необходимо решить, приводится далее:

Достижения в сфере профессионального развития

Организация и деятельность Европейской Академии Реабилитации (ЕАР), которая:

Предлагает систематический подход к развитию человеческих ресурсов в секторе ПОР и реабилитации

Предлагает полный перечень адаптированных развивающих программ, которые разработаны для обеспечения профессионального превосходства на всех уровнях организаций, предоставляющих услуги.

Обладает такими форматами обучения как: ряд интерактивных обучающих семинаров для профессионалов-практиков, специализированные семинары для директоров, малые дискуссионные группы по проблемно-ориентированному проектному обучению; обмены и стажировки для обучения сотрудников на рабочем месте

Создала широкую сеть международных экспертов, обладающих специальными знаниями и навыками в сфере ПОР

С 1999 по 2006 гг. Программа Продолженного Обучения (ППО) для специалистов в сфере ПОР, затем Европейская Академия Реабилитации организовала порядка 40 целевых международных обучающих семинаров для более 1000 разных специалистов в сфере ПОР по целому ряду тем, при этом использовалась целая гамма современных форматов/методов обучения

В дополнение к этим обучающим задачам ежегодно ЕПР организует 2-3 масштабных информационных мероприятий, каждое для 100-150 участников, представляющих сектор ПОР (в основном, профессионалов, но также и других заинтересованных сторон, таких как пользователи услуг, работодатели, разработчики политики)

Достижения в сфере Исследований и Инноваций

Разработка инструментов, моделей и методов продвижения успешной интеграции инвалидов в образовательные условия и программы, тем самым способствуя их социальному вовлечению
Организация и действие Центра Управления Информацией (ЦУИ), в обязанности которого входит сбор и распространение передового опыта организаций-членов ЕПР в сфере ПОР, социальных услуг и реабилитации

Организация и действие Европейского Показателя Качества в Реабилитации (EQRM) и Европейской Системы обеспечения качества социальных услуг (EQUASS), которые направлены на определение и оценку превосходства и передового опыта в сфере ПОР и реабилитации

Проведение нескольких успешных европейских проектов в сфере ПОР

Проведение серии исследований, публикация документов по обучению и анализу в сфере профессионального развития и обучения

Достижения в плане связей с общественностью

Организация ряда европейских мероприятий (конференций, семинаров, тренингов), направленных на повышение информированности по различным темам, а также на продвижение идеи взаимодействия в сфере профессионального обучения и развития

Развитие широкой контактной базы с основными значимыми заинтересованными сторонами на национальном и европейском уровнях в сфере обучения и развития: университетами и институтами, Европейской Комиссией (в особенности, Директорат по образованию и культуре, директорат по вопросам занятости, социальным связям и равным возможностям), европейскими агентствами (Европейский центр развития профессионального обучения -CEDEFOP и Европейский Фонд улучшения жизненных и рабочих условий -EUROFOUND), органы сертификации программ дальнейшего образования и т.д.

Публикация основных документов, в которых продвигаются интересы поставщиков образовательных услуг, состоящих в сети ЕПР и всего сектора

ЕПР значительно представлена на уровне разработки политики в сфере инвалидности в Европе за счет участия в группе высокопоставленных представителей стран-членов, где представляет интересы своих членов, связанные с профессиональным обучением и развитием

ЕПР обладает консультативным статусом при Совете Европы, где продолжает свою работу в сфере инклюзивного обучения

ЕПР взаимодействует с CEDEFOP и в настоящее время рассматривается агентством в качестве эксклюзивного партнера для предоставления экспертной оценки в сфере ПОР

Необходимо подчеркнуть, что ЕПР вся деятельность и достижения должны соответствовать Миссии организации: Перерабатывая мировое разнообразие в силу, ЕПР является инновационной силой и генератором опыта, повышающего качество услуг в сфере ПОР и реабилитации. В качестве общепризнанного влиятельного форума поставщиков услуг в Европе при поддержке социально незащищенных групп, которые она обслуживает, ЕПР постоянно воплощает улучшения и внедряет изменения

2.2. Общий опыт членов ЕПР и описание структуры организации, ее методов работы и опыта межнационального взаимодействия.

Коллективный опыт членов ЕПР

При выборном членстве 20 опытных организаций Европы ЕПР не стремится представлять весь сектор ПОР/реабилитации, скорее она продвигает «передовой опыт» в данной сфере. За многие годы ЕПР подтвердила, что имеет и ноу-хау и деятельностный потенциал для того, чтобы играть заметную роль в сфере инвалидности и услуг ПОР, предоставляемых инвалидом и другим незащищенным группам. Членами ЕПР являются «лидирующие» организации своих стран, что связано с высоким качеством предоставления услуг, потенциалом по предоставлению экспертной оценки и тем влиянием, которое они имеют на национальном уровне на разработку политики и развитие сектора. Общность членов ЕПР дает значительный экспертный опыт в сфере ПОР, реинтеграции, исследования и развития, инноваций и дистанционного обучения. Этот опыт связан не только с развитием теоретических моделей и методов, но также с их тестированием, проведением практической оценки на местах для решения таких проблем как: безграмотность, отсутствие профессиональных навыков, безработица, дискриминация и исключение из жизни общества. В таблице далее приводится перечень услуг, предоставляемых членами ЕПР:

Организация ²	Обучение и развитие	Профессиональная реабилитация	Здравоохранение и Социальный уход	Спорт и культура	Трудоустройство и занятость
Centre de Réadaptation de Mulhouse (CRM) Франция	✓	✓	✓	✓	
Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG) Португалия	✓	✓	✓		✓
Fundación ONCE Испания	✓	✓		✓	✓
Josefs-Gesellschaft (JG) Германия	✓	✓	✓		✓
National Learning Network (NLN) Ирландия	✓	✓		✓	✓
Opera Don Calabria (ODC) Италия	✓	✓	✓	✓	✓
SRH Learnlife AG (SRH) Германия	✓	✓	✓		
Stichting Revalidatie Limburg (SRL) Нидерланды	✓	✓	✓	✓	
RehabCare (RC) Ирландия			✓		✓
Pluryn Werkenrode Group (PWG) Нидерланды	✓	✓	✓	✓	✓
Durapart Норвегия	✓	✓			✓
Institute for Rehabilitation (IR) Словения		✓		✓	✓
Assoc. of Voc. Rehabilitation Enterprises (AVRE) Норвегия	✓	✓			✓
Astangu Rehabilitation Centre (ARC) Эстония	✓	✓	✓	✓	✓
Eden Foundation Мальта	✓	✓		✓	✓
Heliomare Нидерланды	✓	✓	✓	✓	✓
Pulmonary Association Heli Финляндия	✓	✓	✓	✓	✓
Theotokos Foundation Греция	✓	✓	✓	✓	✓
Technische Jugendfreizeit und Bildungsverein (tjfbv) Германия	✓	✓			✓
Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS) Франция	✓		✓		✓
Chaseley Trust Великобритания			✓	✓	
Momentum Великобритания	✓	✓	✓		✓

Все члены ЕПР разделяют ценности равенства, равных возможностей и гражданских прав своих клиентов. Они стремятся к достижению полного вовлечения уязвимых людей учитывая максимальные их возможности и предоставление им доступа к высоко качественным личным услугам. В качестве поставщиков услуг члены ЕПР организуют предоставление эффективных ориентированных на результат профессиональных образовательных услуг, услуг в сфере занятости и здравоохранения. Эти услуги доступны всем, все их могут приобрести, они надежны, их предоставление характеризуется прозрачностью и постоянством. Они включают в себя профессиональное обучение и развитие, (ре)интеграцию, специализированное и общее

² Для получения описаний каждого из членов ЕПР необходимо обратиться к прилагаемым ежегодным отчетам.

образование, услуги для пожилых, инвалидов и детей, образование для взрослых, консультационные услуги и поддержку представителей этнических меньшинств, (бывших) заключенных и других социально изолированных групп. Члены ЕПР работают в тесном партнерстве с потребителями услуг. Участие является одним из ключевых принципов их работы. Практически все члены ЕПР имеют внешнюю аккредитацию того или иного рода (ISO, EFQM, EQRМ, EQUASS, различные национальные системы и знаки признания) – факт, подтверждающий качество их услуг. Поставщики социальных услуг получают дополнительные преимущества за счет того, что они придерживаются Европейской Социальной Модели. Они вовлечены как в реализацию политики (т.е. предоставление услуг), так и в ее разработку (т.е. работу по защите и продвижению интересов). Их знания и опыт, а также уникальное положение, которое они занимают, находясь между политиками, принимающими решения и пользователями услуг, делают поставщиков услуг значимыми действующими силами в борьбе против социального исключения и бедности, в борьбе за социальную целостность. Более того, поставщики услуг являются экспертами по мобилизации социального капитала, а также своеобразными лабораториями, где разрабатываются и тестируются инновационные социальные политики. Поставщики услуг зачастую первыми обнаруживают недостатки различных политик в сфере противодействия бедности и социальному исключению, а также обладают значительным опытом по разработке и формулированию эффективных способов реакции на политические проблемы на начальной стадии реализации. Учитывая важную роль сектора с точки зрения возможностей по трудоустройству, поставщики социальных услуг не только действуют в качестве инструментов реализации прав человека, но и вносят значительный вклад в достижении лиссабонских задач.

Структура ассоциации

Организационная структура (далее представлена на рисунке) ЕПР строится на основе трех основных направлений деятельности – Профессиональное развитие, Исследования и инновации, Связи с общественностью – и состоит из 5 уровней – руководящий, управленческий, оперативный, уровень распространения и непосредственно целевая группа. Важно отметить, что организации-члены и их сотрудники, а также сам сектор являются целевыми группами и благополучателями деятельности ЕПР и все остальные четыре уровня функционируют лишь в данном контексте. Руководство и распространение организовано на общем уровне для всех направлений деятельности при помощи одним и тех же организаций и механизмов. Руководство – это эксклюзивная функция Исполнительной дирекции, а распространение происходит как на уровне ЕПР, так и на центральном уровне. Более конкретное управление выстраивается непосредственно по каждому направлению деятельности, эта функция находится в руках меньших по размеру организаций, состоящих из нескольких директоров и экспертов. Уровень управления несет полную ответственность и имеет право принимать решения в рамках стратегической и финансовой матрицы развития, согласованной Советом Директоров. Они также координируют различные мероприятия в рамках каждого конкретного направления деятельности. Оперативный уровень состоит из команд и отделов, непосредственно осуществляющих решение задач, и организуется для мероприятий в рамках направления деятельности. Функционирование основных структур на руководящем, управленческом, оперативном уровнях и уровне распространения показано далее. Секретариат ЕПР оказывает поддержку всем организационным структурам на всех уровнях и по всем направлениям деятельности.

Рисунок2: Организационная структура ЕПР



- Совет директоров – это орган, отвечающий за принятие решений в ЕПР. Его основная задача – руководить всеми основными мероприятиями ЕПР и определять стратегические, финансовые и организационные матрицы развития организации. Совет директоров принимает отчеты по каждому из трех основных направлений деятельности и работе в рамках определенной матрицы. Совет директоров состоит из Исполнительных директоров всех полноправных членов ЕПР, которые принимают участие в заседаниях совета. Заседания Совета проходят ежеквартально для обсуждения и принятия политики и деятельности ЕПР. Координаторы центров (полноправных членов) в качестве связующих звеньев между ЕПР и ее центрами в других странах также посещают заседания и участвуют в дискуссиях.

- Исполнительный комитет – это подгруппа совета директоров, которая состоит из президента, вице-президента, человека занимавшего должность президента, непосредственно перед действующим и еще один назначенный член совета. Основными обязанностями исполнительного комитета являются подготовка политических решений совета директоров (включая разработку повестки дня) и руководство деятельностью брюссельского секретариата от имени совета директоров.

- Управляющий комитет Европейской академии реабилитации (ЕАР) состоит из ведущих руководителей в сфере ПОР, экспертов по кадровой политике и научных сотрудников. Комитет контролирует всю деятельность по образованию и обучению. У него есть долгосрочные обязанности, такие как внедрение «запросо-ориентированного» подхода в деятельность ЕАР и консультация по организации Центра по Управлению Знаниями (КМС). Комитет регулярно отчитывается перед исполнительным комитетом. ЕАР – это виртуальная структура, которая использует логистические возможности всех организаций-членов ЕПР и секретариата ЕПР.

- Совет Европейской сети поставщиков услуг в сфере трудоустройства и реабилитации (ENSPER) – организация, действующая в качестве комитета по связям с общественностью, которая руководит и координирует всю деятельность по лоббированию интересов и непосредственно отвечает за: определение общей стратегии по связям с общественностью в Европе и представлением по каждому из векторов; организацию команд лоббирования и мониторинг их деятельности; определение основных вех политики, законодательства и недавних разработках по секторам ПОР и реабилитации. Задачи совета и его обязанности также могут приниматься во внимание советом директоров.

- Команды проекта осуществляют большую часть мероприятий в сфере исследований и развития. Эти команды состоят из экспертов из различных центров-членов, которые формируются на основе следующих принципов:

Состав ограничен и зависит от качеств, необходимых для выполнения задач

Каждый член команды играет определенную роль и имеет перед собой ряд задач для достижения общей цели

Резюме экспертов должны быть одобрены рабочей группой по исследованиям и развитию

Участие накладывает обязательства по выполнению задач в соответствии с конкретным планом деятельности

Все вложенные ресурсы (человеческие, временные, расходы на путешествия и т.д.) заложены в бюджет.

Каждая команда по проекту возглавляется проектным менеджером, который является основным контактным лицом и руководит деятельностью и встречами группы. Секретариат ЕПР предоставляет управленческую и административную поддержку каждой команде по проекту.

- Команды лоббирования помогают в реализации стратегии ЕПР в сфере связи с общественностью. Команды лоббирования могут создаваться от случая к случаю, имея при этом конкретную четкую задачу, связанную с конкретным мероприятием или публикацией важного документа. С другой стороны некоторые команды имеют более постоянный статус. Секретариат ЕПР играет ведущую роль в лоббировании, но также вовлекаются и эксперты организаций-членов. На национальном уровне организации-члены используют свои обычные каналы лоббирования для продвижения результатов работы ЕПР.

- Координаторы центров: все полноправные члены и кандидаты в члены имеют в своем составе координатора, который является связующим звеном между уровнем ЕПР и центром. Координаторы центров распространяют информацию ЕПР в своей организации и активно участвуют в реализации решений, принятых советом директоров по организациям-членам. Их двойная роль включает в себя усиление/обеспечение того, что центр вкладывает свои ресурсы в реализацию инициатив ЕПР и получает при этом максимальную выгоду от инвестиций за счет распространения результатов ЕПР. Координаторы проводят два пленарных заседания в год, но могут организовать дополнительные

неофициальные или двусторонние встречи на других мероприятиях ЕПР которые они посещают (например, совет директоров). В их организации у них есть следующие обязанности:
 Ответственность за поддержание контактов и обмен информацией между директорами, всеми уровнями организации, секретариатом ЕПР и другими центрами ЕПР
 Реализация решений совета директоров на уровне центра
 Выработка идей и способствование активной позиции ЕПР
 Координация организации встреч ЕПР в своем центре.

Методы работы

ЕПР характеризуется тремя направлениями деятельности (см. рисунок, приведенный далее) – Профессиональное Развитие, Исследования и Инновации и Связи с Обществом, которые отражают задачи миссии организации. Данные направления деятельности тесно взаимосвязаны, что способствует взаимному их развитию и обеспечивает целостность всей деятельности ЕПР. По каждому направлению деятельности существует «меню стандартных услуг и возможностей», которое доступно для всех организаций-членов ЕПР. Эти стандартные услуги скорее продиктованы существующими возможностями в том плане, что они разработаны секретариатом ЕПР и доступны каждому специалисту. На втором уровне ЕПР предлагает своим полноправным членам «центральный план действий» (ЦПД), который определяет, что центр хочет получить от членства в ЕПР и описывает каждое действие, которое нужно предпринять для достижения задач центра. Этот запросо-ориентированный индивидуальный подход начинается с внутренней оценки потребностей и содержит описание действий по всем трем направлениям деятельности. На внешнем уровне три направления деятельности касаются всего сектора ПОР по отношению к инвалидам и другим социально-неблагополучным группам людей, включая и поставщиков услуг, не являющихся членами организации и политиков.

Рисунок 3: деятельность и услуги ЕПР

Услуги и деятельность ЕПР	Профессиональное развитие	Исследования и инновации	Связи с общественностью
Внешние мероприятия	 Программы обучения Аккредитация	 Предоставление консультаций	 Влияние на политику Сбор информации
Центральные планы действий полноправные члены	Обучение управленческим навыкам Качество Самостоятельное направление обучения Стажировки персонала	Обмен положительным опытом Сравнительный анализ Внедрение новых услуг Разработка стратегии	Финансирование Европейского Союза Анализ европейской политики Репрезентативность Выстраивание партнерских отношений
Меню стандартных услуг и возможностей все члены	Управление семинарами Ежегодные конференции Взаимные визиты Снижение гонораров	Центр управления знаниями Информационный бюллетень Участие в проектах Снижение гонораров	Мероприятия по СО Электронный бюллетень по СО Возможности финансирования Отношения с общественностью Условия для проведения встреч

Стратегия ЕПР находит правильный баланс между деловой философией «стоимости денег» и принципом внутренней солидарности у членов ЕПР. Более того, этот подход объединяет ЕПР предоставляющую услуги ее собственным членам, и ЕПР, стремящуюся играть ведущую роль на европейском уровне. Методы работы ЕПР требуют активного участия и вклада для того, чтобы эта инициатива была значима для всех заинтересованных и вовлеченных сторон. Следовательно, важно, чтобы организации-члены рассматривали деятельность ЕПР как значимую часть их собственной организационной стратегии. Другом основополагающей составляющей методов работы

ЕПР является уверенность в том, что сила и опыт сети заключается в ее членах, а не в структуре ассоциации. ЕПР не является отдельной организацией с собственной целью, она – просто инструмент, призванный способствовать развитию партнерских отношений и совместным проектом ее членов.

Опыт межнационального взаимодействия

С 1992 года ЕПР и сеть ее членов получили значительный опыт межнационального сотрудничества через ряд форумов и таких мероприятий как: обучение в сфере профессионального развития; международные конференции, семинары и тренинги; совместные проекты; взаимные визиты и программы стажировок сотрудников; и т.д. Значимость и эффективность этих мероприятий обеспечивается практическим взаимодействием между членами, а также лидерской и координационной ролью секретариата.

Одной из основных сфер деятельности ЕПР является реализация международных проектов в сфере профессионального обучения и развития, а также проведению исследований в сфере инвалидности. Некоторые проекты заключаются в проведении исследования ради самого исследования; другие представляют собой проекты консультационной или технической поддержки. В этой связи необходимо отметить, что вовлечение ЕПР в проекты обуславливается ее миссией, т.е. решение об участии в проектах принимается исходя из того, помогает ли оно достижению масштабных стратегических целей ассоциации. За последние годы секретариат ЕПР получил значительный опыт управления и администрирования проектов, что, несомненно, является преимуществом при реализации межнациональных задач в конкретных действиях в конкретных национальных ситуациях. Инструменты, которые ЕПР выработала за годы для поддержки межнационального взаимодействия, заключаются в наличии базы данных экспертов, базы данных опыта, полученного в прошлых проектах и центра управления знаниями, в котором через Интернет можно найти или зарегистрировать передовой опыт сети.

Опыт и экспертизу ЕПР можно продемонстрировать при помощи списка проектов и резюме ключевых экспертов. Необходимо особенно отметить 3 действующих проекта: «вовлекая изолированных: к продвижению идеи европейского взаимодействия в сфере ПОР для инвалидов (PROVET)»; «реализация системы обеспечения качества и укрепление взаимодействия в сфере профессионального обучения и развития (EQUAVET)»; «оптимизация стратегии интеграции инвалидов в работу (Opti-Work)». Члены ЕПР – это те организации, которые вне ЕПР вовлечены во всевозможные национальные и международные проекты в рамках программ и фондов, таких как EQUAL, Leonardo da Vinci, Европейский Социальный Фонд (ESF), Шестая Программа по Исследованиям (FP6) и в результате имеют собственную широкую сеть контактов.

3. Сильные характеристики способа функционирования ЕПР

Выраженные и измеримые результаты

Не смотря на тот факт, что не всегда напрямую можно измерить конкретные результаты международного взаимодействия, ЕПР смогла описать услуги, возможности и преимущества, которые она предлагает своим членам в достаточно емкой конкретной форме. Одной стороны это помогает ЕПР более эффективно распределить ограниченные ресурсы на те мероприятия, которые напрямую используются ее членами. С другой стороны, это обеспечивает то, что существующие результаты членства в ЕПР на самом деле признаются в качестве таковых и потому более видны менее выраженные преимущества и побочные результаты членства в международной сети. Наконец определение измеримого ряда возможностей и результатов делает более возможным определение обязанностей конкретных членов при переводе их в конкретные преимущества их центров. Четко определенные вложенные ресурсы и полученные результаты являются очевидными для секретариата ЕПР и организаций-членов и несомненно ведут к лучшим результатам.

Конкретные мероприятия, которые непосредственно влияют на достижение стратегических целей организаций-членов

Мероприятия ЕПР всегда практически ориентированы и направлены на поиск конкретных решений ежедневных проблем, с которыми сталкиваются поставщики услуг. Более того, запросо-ориентированный адаптированный подход обеспечивает то, что действия ЕПР являются не только дополнительными шагами или инициативой отдельных сотрудников, но частью организационной стратегии поставщика услуг в сфере ПОР. Тот факт, что различные действия ЕПР запрашиваются руководством и официально утверждаются генеральным директором, несомненно, усиливает этот статус. Эффективное использование результатов становится легче если действие ЕПР считаются интегрированной частью стратегического развития центра или составляющей ежедневной профессиональной деятельности сотрудника организации. Эта парадигма автоматически изменяет

ситуацию, при которой центры рассматривают участие в деятельности ЕПР как повинность, а не как преимущество.

Позиционирование ЕПР в центрах

Члены ЕПР предпринимают усилия по продвижению ассоциаций в качестве возможности для многих, а не привилегии для избранных. Недавний опыт некоторых действий ЕПР показал, что создание маленькой местной команды (в центре) для реализации деятельности ЕПР мотивирует самого участника, приводит к лучшим результатам и является великолепным инструментом по применению результатов в работе центра. Другим способом усиления ЕПР в организации-члене является постоянное ее упоминание во внутренних документах (например, внутренний информационный бюллетень, ежегодный отчет, тексты речей, веб-сайт, использование логотипа на фирменном бланке, сертификат о членстве в ассоциации и т.д.) и проведение мероприятий ЕПР.

Обеспечение использования при помощи мониторинга и оценки

Индивидуальные усилия по мониторингу и оценке большой акцент делают на том как результаты деятельности используются центром на практике и как можно стимулировать побочные эффекты. Этот активный подход уже доказал свою эффективность, при этом предполагается консультационная функция, а не просто мониторинг и оценка. Таким же образом коллективная оценка и обсуждения с генеральными директорами стимулируют реальное использование результатов деятельности в рабочих программах. Следующие основные результаты следует применять и использовать на уровне центров в разных странах: разработанные методы и инструменты; полученный положительный опыт; экспертиза и знания в профессиональной сфере; информация и доступ к ресурсам; выстроенные контакты и партнерства.

Представленность в данной сфере и потенциал к распространению

ЕПР активно вовлечена в процесс разработки политики на европейском уровне в сфере ПОР за счет участия в группе представителей стран членов ЕС по вопросам инвалидности на высшем уровне и в качестве НКО имеет статус участника в Совете Европы. Кроме того, ЕПР в настоящее время рассматривается CEDEFOP как признанная организация, предоставляющая конкретные экспертные услуги в сфере профессионального обучения и развития. ЕПР также является членом Всемирной Сети Прикладных Исследований и Информации в Сфере Инвалидности (GLADNET). ЕПР выстроила отношения с основными европейскими заинтересованными сторонами, которые получают публикации и отчеты ЕПР и регулярно приглашаются к участию в мероприятиях ЕПР. Это такие заинтересованные стороны как политики, образовательные учреждения, исследовательские институты, поставщики услуг и другие репрезентативные НКО.

В результате своей сильной представленности в данной сфере ЕПР использует каналы распространения для передачи результатов проекта и их трансформации в устойчивые продукты, которые затем используются во всей Европе. Генеральный секретарь сети поддерживает тесные контакты со всеми организациями-членами ЕПР на постоянной основе. Еще одним преимуществом в рамках данного проекта является то, что ЕПР представлена во многих странах различными организациями – будь то члены ассоциации или ее партнеры. Члены ЕПР – это ведущие поставщики услуг в своих странах, которые при необходимости могут легко предоставить дополнительную поддержку или планы по продолжению.

4. Стратегия и методы в реализации рабочей программы ЕПР

Ключевые задачи стратегической матрицы развития ЕПР (2007-2010) представлены ниже

Рисунок 4: Ключевые задачи стратегической матрицы развития ЕПР



Основная сложность в деятельности каждой международной сети заключается в переводе доступных инструментов и потенциала сети в конкретные преимущества для каждой организации-члена. Это предполагает наличие уверенности в том, что сеть – это лишь средство достижения цели, а общая задача состоит в обеспечении того, чтобы все члены были удовлетворены результатами своего членства и верили, что за свои деньги получают достаточную выгоду. В то же время миссия многих европейских сетей, как и ожидания их членов, включают в себя развитие сектора на национальном и европейском уровне.

В секторе ПОР эта проблема становится все более и более выраженной в последние годы, так как ожидания профессионалов от международного взаимодействия выросли, а ресурсы сократились. Следовательно, Европейская Платформа реабилитации периодически проводит оценку собственного функционирования и результатов, и за последние годы смогла выработать эффективные стратегии и методы, направленные на постоянное улучшение. Стратегии и методы, показанные ранее, на самом деле позволили ЕПР достигнуть решения своих задач, связанных с собственными членами и основными партнерами в секторе ПОР.

Запросоориентированный подход, в котором делается акцент на профессиональное развитие

Ключевой бизнес и основная миссия ЕПР делают акцент на подготовке профессионалов и постоянном улучшении услуг и методов в сфере ПОР для инвалидов и других социально уязвимых групп населения. Это предполагает то, что деятельность ЕПР весьма практически ориентирована и направлена на поиск конкретного решения ежедневных проблем, с которыми сталкивается поставщик услуг. Полностью понимая важность желания высшего руководства, акцент на профессиональном развитии значит, что необходимо вовлекать все уровни персонала в различных организациях – членах.

Для обеспечения того, что вся деятельность ЕПР соответствует потребностям специалистов, ЕПР приняла индивидуализированный подход, который начинает применяться с рассмотрения ситуации в конкретном центре и попытки найти решение через действия ЕПР/ сети. Этот метод предполагает более акцентированный и менее дорогой способ работы и повышает шанс на то, что решение будет найдено и применено. Генеральный секретарь или Старший консультант ЕПР один раз в год посещает всех полноправных членов для проведения внутренней оценки интересов, ожиданий и потенциальных преимуществ. Для достижения этого консультант ЕПР на местах обсуждает с различными ключевыми лицами организации их стратегические задачи и запланированные мероприятия, чтобы выяснить, как ЕПР может помочь достижению их целей. Результаты этой оценки потребностей становятся основой для деятельности ЕПР и переходят в Центральные планы деятельности. Это весьма трудоемкий и долгий, но эффективный подход. Рисунок на следующей странице показывает его этапы:

Рисунок 5: индивидуальное предоставление услуг полноправным членам ЕПР



Широкий перечень признанных методов/ форматов профессионального развития

С 2002 года ЕПР совместно с несколькими университетами руководит деятельностью Европейской Академии Реабилитации (ЕАР). ЕАР внедрила систематический подход к развитию кадров в секторе ПОР, при котором различные форматы профессионального развития уже были оценены. Различные мероприятия ЕПР скоординированы с точки зрения своего содержания, что означает то, что специалисты-реабилитологи могут наметить для себя карьерный путь и выбрать специально разработанные программы обучения. Модульный подход позволяет гибко подходить к обучению каждого специалиста. На основе меню действий и форматов специалист может создать тот набор курсов и предметов, который необходим именно ему.

5. Распределение заданий среди членов при реализации рабочей программы ЕПР

Честное сбалансированное распределение задач между членами, вовлеченными в реализацию рабочей программы, важно для обеспечения их способности выполнять их задачи и обязанности, а также для выработки их мотивации и приверженности общему делу. Потому при разработке рабочей программы ЕПР консультируется со своими членами и получает у них согласие на их участие. Следующие элементы составляют основу здоровых взаимоотношений между партнерами:

Сеть отдельных ведущих организаций

Европейская платформа реабилитации отличается от большинства европейских сетей тем, что членство в ней ограничено ведущими организациями и существуют определенные условия по качеству, потенциалу и влиянию. Вместо того, чтобы претендовать на представление всего сектора, основной задачей ЕПР является объединение «центров превосходства», которые стремятся к большему, нежели простое предоставление услуг в сфере ПОР, и хотят значительно влиять на развитие сектора. Это непосредственное членство могущественных организаций сказывается на оперативном потенциале и целостности политики. То, что генеральные директора полных организаций-членов входят в состав совета директоров, позволяет ЕПР мобилизовать значительные ресурсы, а также обеспечить точное выполнение решений ЕПР.

Акцент на партнерстве как части членства

Концепция членства как партнерства с другими центрами делает сильный акцент на идее солидарности. Не смотря на множество различий, члены ЕПР разделяют схожие цели и ценности и хотят помочь друг другу при взаимодействии с постоянно развивающейся средой поставщиков услуг в сфере ПОР. Это предполагает то, что члены готовы совместно учиться и развиваться, что само по себе предполагает передачу опыта и ноу-хау другим членам. Следовательно, все члены ЕПР согласились открывать свои документы и разработки для использования другими членами, включая стажировки специалистов из других центров. Во-вторых, члены ЕПР должны активно участвовать в деятельности различных структур ЕПР, так как это единственный способ для получения конкретных преимуществ от членства в ассоциации. Более того, членство в ЕПР основывается на принципах «отдавай и бери» и «совместное обучение и развитие», а польза от межнационального взаимодействия может проявиться лишь в непосредственном участии различных центров в мероприятиях сети.

Непосредственное вовлечение и чувство собственности мероприятий у членов-организаций

Кроме участия с точки зрения опыта (см. раздел выше), программа работы ЕПР на 2008 год и план действий на 2008-2010 гг. также отражают вовлечение членов в проведение или организацию мероприятий. Для того, чтобы сеть стала реальностью и для стимулирования концепций близости ЕПР всегда стремилась найти баланс между организациями мероприятий в своей штаб-квартире в Брюсселе и проведением мероприятий на территории своих членов. Более того, мероприятия членов обычно происходят непосредственно на территории организации, а не в гостинице или конференц-зале, что дает участникам возможность лично увидеть как работают тот или иной центр. Распределение обязанностей по организации мероприятий среди членов в основном основывается на принципах ротации и сбалансированного распределения ролей. Другие критерии более связаны с конкретным опытом, который есть у определенной организации, или особой ситуацией (например, страна – председатель Евросоюза, важный юбилей организации, и т.д.)

6. Управление

Следующие факторы помогают ЕПР успешно выполнять свою управленческую роль:

Стабильная устойчивая сеть

Учитывая выборный подход к членам организации и высокую их мотивацию, изменение состава членов ЕПР весьма ограничено. Это позволило членам организации с 1992 года получать опыт международного взаимодействия в весьма устойчивой среде. Стабильный состав и длительный опыт создали организационные и личные связи которые значительно укрепляют взаимное сотрудничество и коммуникацию между членами сети с одной стороны и между членами и секретариатом с другой. Еще одной сильной стороной является то, что ЕПР имеет очень четкий всеми разделяемый взгляд на миссию и задачи сети, ее стратегическую матрицу развития, план действий и программу работы, которые представлены в приложении к партнерскому соглашению. Эти принципы и способ работы были разработаны при консультациях со всеми членами организации.

Созданные структуры

Не смотря на философию что основная сила сети заключается в потенциале и опыте ее членов, ЕПР придерживается принципа при котором сильный секретариат в Брюсселе становится двигателем сети. Следовательно, совет директоров еще в 2000 году решил усилить секретариат с точки зрения персонала и помещений, а также централизовать все жизненные функции сети, такие как IT поддержка, бухгалтерская отчетность, логистика и официальное представительство. На сегодняшний день секретариат ЕПР состоит из 5 сотрудников и нескольких старших консультантов, работающих неполный день. При этом он отвечает за разработку и реализацию деятельности сети. Расположенный в центре ЕС в Брюсселе под руководством генерального секретаря секретариат действует как основной интерфейс для организаций-членов ЕПР и внешних заинтересованных сторон. По отношению к реализации предложенного плана действий секретариат ЕПР предоставляет значительные гарантии своевременного выполнения высококачественных мероприятий, для этого удостовераясь в том, что и внутренние и внешние действующие силы четко проинструктированы и находятся под контролем. ЕПР оправдывает свои значительные инвестиции в профессиональную структуру поддержки тем, что международное взаимодействие сегодня слишком комплексно, дорогостояще и в то же время слишком важно, чтобы рисковать и осуществлять непродуктивные действия.

Как уже описывалось в разделе А Совет директоров – это орган, принимающий решения в ЕПР. Его основной задачей является руководство всей деятельностью ЕПР и определение стратегических, финансовых и организационных матриц развития ЕПР. Совет директоров состоит из исполнительных директоров всех полноправных центров и ежеквартально проводит заседания для обсуждения и принятия политики и деятельности ЕПР. Исполнительный Комитет состоит из президента, вице-президента, предыдущего президента и одного из членов совета директоров. Комитет контролирует (на ежеквартальных заседаниях) ежедневную деятельность ЕПР.

В каждой из организаций-членов сети ответственная роль принадлежит координатору центра, который действует как связующее звено между сетью и организацией. Координаторы центров распространяют информацию ЕПР в своей организации и активно реализуют решения совета директоров на уровне центра. Их двойственная миссия заключается в обеспечении вклада ресурса центра в инициативы ЕПР и максимальный возврат по инвестициям за счет распространения и применения результатов ЕПР. Координаторы проводят два пленарных заседания в год для получения информации о деятельности ЕПР, внесения предложений по улучшению и стимулирования взаимного сотрудничества между членами сети.

Значимые инструменты и механизмы коммуникаций

Из своего опыта ЕПР поняла, что четкая и своевременная коммуникация является важным фактором успеха для реализации любой международной деятельности. Подробное информирование партнеров, качество документации и последующая реакция являются ключевыми детерминантами в осуществлении высококачественной своевременной деятельности. Потому ЕПР (в дополнение к выше описанным инструментам) определила ряд инструментов для обеспечения гладкого взаимодействия и коммуникации между своими членами. Дополнительным преимуществом стало то, что с самого начала ЕПР сделала английский единственным рабочим языком, что значительно повысило эффективность коммуникации. Для того, чтобы специалисты из всех стран могли участвовать в мероприятиях ЕПР на высшем уровне, ежегодно организуются двухнедельные летние

школы английского языка, где особый акцент делается на терминологии сектора ПОР и инвалидности.

Простым, но эффективным методом обеспечения четкой реализации деятельности по рабочей программе является первоначальное подписание прозрачных соглашений по задачам, обязанностям и финансам всех вовлеченных сторон. Это предполагает определение контактных лиц для каждого мероприятия, что не только определяет обязанности, но и способствует коммуникации. Диаграмма Ганта служит основой для данных соглашений и постоянно обновляется секретариатом ЕПР в качестве способа контроля за реализацией подробного плана работы.

Инструмент управления проектом используется через интерактивный веб-сайт, а информационный бюллетень регулярно информирует членов о деятельности ЕПР. Продукты, результаты деятельности и передовой опыт ЕПР распространяются при помощи более специализированного инструмента под названием «центр управления знаниями». Это он-лайн база данных помогает специалистам сети определить в дружественной манере (различные функции поиска и стандартные шаблоны) доступный опыт в ЕПР, включая контактные данные для получения дополнительной информации. Центр управления знаниями используется при поиске партнера, а также для определения консультантов и поиска новых идей и подходов.

Для получения дополнительной информации обращайтесь:

Европейская платформа реабилитации - European Platform for Rehabilitation (EPR)

15 Rue de Spa, 1000 Brussels, Belgium

Tel: +32 2 736 54 44; Fax: +32 2 736 86 22

Email: martin.ohridski@epr.eu ; Website: www.epr.eu

Европейские программы финансирования: преимущества и недостатки участия в проектах

*Европейская платформа реабилитации,
Дэвид Малдун*

I. ВВЕДЕНИЕ

Кроме структурных денежных средств, выделяемых на региональном уровне, Европейская Комиссия напрямую из Брюсселя администрирует множество программ финансирования, которые имеют конкретные правила и отвечают государственным ожиданиям. В сфере инвалидности к финансированию проектов со стороны ЕК все больше обращаются НКО, стремясь ввести в свою работу инновационные решения и повысить качество услуг, разработать новые подходы и методики, а также охватить новые целевые аудитории. Европейская Комиссия недавно презентовала «новое поколение» программ по финансированию проектов на 2007-2013 гг. Они заменили цикл программ, реализуемых в 2000-2006 гг., и предложили организациям, функционирующим в сфере инвалидности, широкий выбор возможностей для финансирования обучения, развития и распространения деятельности, как на национальном, так и на Европейском уровне.

Для сферы инвалидности особый интерес представляют четыре новые программы на 2007-2013 гг.: ПРОГРЕСС, Общественная программа трудоустройства и социальной солидарности, заменяет существующие общественные программы и бюджетные статьи в сфере трудоустройства, социального включения и социальной защиты, создания достойных рабочих условий, равенства полов и анти-дискриминации.

Комплексная программа повышения мобильности и сотрудничества в обучении, продолжающемся всю жизнь и новая Программа Темпус Плюс будут нацелены на финансирование деятельности в сфере профессионального образования и обучения.

Седьмая программа исследований (FP7) объединяет все Европейские программы, связанные с проведением исследований, под одной крышей, играя важнейшую роль в достижении целей роста, конкурентоспособности и трудоустройства.

Новый Европейский социальный Фонд (ESF) обращает особое внимание на возвращение на рынок труда инвалидов, как особо уязвимой группы людей с очень низкой оплатой труда. Европейский социальный Фонд также включает Общественную Программу EQUAL.

В данном отчете приводится анализ преимуществ и недостатков финансирования проектов, а также дается список некоторых услуг, касающихся финансирования, которые организация может предложить.

II. ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРОЕКТОВ: ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ

Очевидно, что финансовые средства играют не последнюю роль в принятии решения о том, подавать или не подавать заявку на финансирование проекта. Однако решение должно всегда быть основано на сбалансированной оценке между финансовыми средствами и нефинансовыми дополнительными результатами и рисками.

2. ПРЕИМУЩЕСТВА

2.1 Получение финансовых средств

Проект может принести материальную выгоду и покрыть рабочие расходы или хотя бы часть расходов. В рамках проекта могут покрываться разные виды издержек, оказывающих разное влияние:

Зарплаты для сотрудников

Для организации, реализующей проект, это означает, что расходы на зарплату будут покрываться за счет проекта (ставки покрытия варьируются в зависимости от программы и страны), а сопутствующий результат носит форму дополнительной выгоды. В том случае, если гонорар больше, чем издержки на зарплату (например, в коммерческих проектах), организация может взять предельный гонорар и извлечь выгоду, пригласив к участию экспертов.

Административные расходы

В большинстве проектов предлагается включить в бюджет административные расходы в размере от 5% до 10% от общей суммы. Эта сумма выплачивается единовременно и не требует подтверждающей документации. Так как обычные административные расходы (телефон, почта, и т.п.) покрываются за счет бюджета организации, эта сумма на административные расходы может рассматриваться как прямой доход.

Финансирование текущей деятельности

В том случае, когда проекты имеют отношение к работе, и без того выполняемой организацией, (например, проведение заседаний, ежегодных конференций, семинаров), покрытие расходов также может рассматриваться как прямой доход, даже если это не дополнительные средства, а просто сокращение издержек. Наиболее распространенными издержками являются транспортные расходы и расходы на выплату суточных; также часто возмещаются организационные расходы и расходы на перевод.

2.2 Дополнительные результаты

Получение практических знаний и опыта

Это один из важнейших дополнительных результатов участия в проектах. Большинство проектов нацелено на развитие инновационных услуг и методик, которыми может воспользоваться и сама организация. В этом отношении наиболее интересными проектами являются проекты Евросоюза, так как в других частях мира проекты нацелены на передачу практических знаний, а не на развитие инновационных решений. Полученные таким образом практические знания и опыт считаются институциональным преимуществом на центральном уровне, что отличается от опыта, полученного на индивидуальной основе сотрудниками, участвующими в проекте.

Обучение персонала и средства поощрения

Было доказано, что все сотрудники, которые участвуют в проекте в качестве специалистов, приобретают новый опыт. Даже когда речь идет об обучении или передаче практических знаний, специалисты смогут разобраться в существе вопроса в ходе его пояснения другим людям, а также специалист должен глубже изучить предмет в ходе подготовки к проекту. Многие сотрудники находят участие в проекте интересной сменой деятельности, и считают это наградой или знаком отличия. Однако это утверждение будет справедливо только в том случае, если для участия в проекте выделяется достаточно времени (это становится частью рабочих обязанностей), а не тогда, когда специалист должен выполнять всю работу в проекте вдобавок к своим рабочим обязанностям. Особенно в тех проектах, где выплачивают гонорар, необходимо включить новые обязанности в обычную работу специалиста.

Сетевые взаимодействия

В связи с «Европенизацией» данной деятельности организации, а также сотрудники должны будут все больше использовать международные личные связи. Техническое обеспечение и международные проекты дают прекрасную возможность выстроить взаимоотношения с потенциальными партнерами, т.е. с другими организациями, частными экспертами, государственными властями на федеральном и международном уровне.

Престиж и репутация

Очевидно, что сотрудничество с международными организациями, например с Европейской Комиссией или Всемирной Организацией Труда (ВОТ) прибавляет организации надежности и улучшает ее престиж. По мере того, как составляется эффективное описание реализованных проектов, все больше клиентов будут доверять организации, в то время как сама организация начнет занимать выдающееся место на международной арене.

3. НЕДОСТАТКИ

Требующие больших затрат процедуры тендера с низкой вероятностью успеха

Подготовка проектных предложений требует очень много времени, а шансы на успех невелики. В том случае, когда проводятся подготовительные встречи или посещение организации, возможны значительные издержки. В случае с объемными и комплексными проектными предложениями/тендерами, для организации выгоднее выбрать партнера (субподрядчика), а работа и издержки на составление проектного предложения будут покрываться основателями проекта.

В том случае, если организация принимает решение самостоятельно подготовить предложение, следует тщательно исследовать шансы на успех и решить, достаточно ли у организации есть времени и ресурсов для того, чтобы написать качественное проектное предложение. Когда процесс подготовки предложения уже начат, его нельзя обратить вспять, и нет ничего хуже того, чтобы прямо перед сроком сдачи проектного предложения организация вдруг осознает, что предложение не будет готово вовремя, из-за того, что не хватило времени, или иных (человеческих) ресурсов. Лучше вообще не начинать процесс подготовки предложения, чем начинать с низкими шансами на успех. Следует помнить, что очень часто проектные предложения оказываются неудачными. Считается, что если одно из трех проектных предложений принято, это хорошие шансы на успех.

Ненадежность нанимающих органов

Работа с крупными международными организациями, например с Европейской Комиссией, подразумевает и такие недостатки, как бюрократия. Многие правила и процедуры остаются неясными и двусмысленными. Хуже того, в зависимости от отдела или от менеджера, их по-разному истолковывают. Появление некоторых проблем можно предотвратить или решить при условии, что: имеется глубокое понимание процедур; неформальные и частые контакты с менеджерами, работающими в нанимающей организации, чрезвычайно точное и аккуратное ведение финансов.

III. УСЛУГИ, СВЯЗАННЫЕ С ФИНАНСИРОВАНИЕМ

В том случае, если организация специализируется на проведении программ финансирования, она также может предлагать ряд сопутствующих услуг своим клиентам/членам. Типичная услуга по консультированию включает:

- Информацию о программах финансирования (семинары, предупреждения, электронный новостной бюллетень);
- Обзор соответствующих программ финансирования, существующих в секретариате;
- (Помощь) в написании проектного предложения;
- Поиск и связь с партнерами, которые войдут в консорциум;
- Роль партнера проекта;
- Встречи с нужными должностными лицами;
- Распространение результатов проектов.

1. Определения и задачи

Так же, как существует множество разных форм и видов инвалидности и пособий, существуют разные термины для описания разных явлений. Лишь в нескольких странах принят стандартный термин для общего, комплексного обозначения инвалидности, например, в Германии, Испании, Италии и Португалии.

Более того, существует комплексное описание инвалидности в контексте законодательных актов против дискриминации, например в Акте против дискриминации инвалидов в Великобритании. В связи с этим, однако, указывается, что, из-за отличающихся индивидуальных стремлений, целью не является стандартизация различных определений, которые можно найти в разных актах. Что касается политики устранения неравенства, комплексное описание инвалидности было включено в Шведский федеральный акт по устранению неравенства инвалидов, который пока не вступил в силу.

В соответствии с такими стандартизированными терминами, инвалидность появляется в случае функционального нарушения или в случае, когда какой-либо фактор ограничивает участие человека в жизни общества. В этом случае дается ссылка на «нормальную» степень активности или участия в зависимости от возраста, пола, или преобладающих социальных и культурных условий. В большинстве стран нет таких стандартизованных комплексных определений; там используются различные определения в виде условий, необходимых для получения пособий.

Как правило, в разных странах различают три основных вида нарушений: физические, психологические и умственные. Иногда упоминаются другие виды нарушений, например сенсорные или психосоциальные, как, например, в Люксембурге. В этом случае, «нарушение» описывается как отклонение от принятого состояния здоровья, потеря навыков, поражение или аномалия. Степень инвалидности и условия проживания инвалидов (дома, в интернате и т.п.) также служат разграничивающим критерием в некоторых странах.

2. Формирование законодательства в сфере инвалидности

Законодательство в сфере инвалидности разных стран обычно регламентируется в нескольких, в некоторых случаях в многочисленных законах, относящихся к пособиям (например, в Дании, Франции, Исландии, Лихтенштейне, Португалии, Финляндии). Во Франции, Нидерландах и Финляндии законодательство в сфере инвалидности или реабилитационная система определяются как «комплексные». В Люксембурге используется термин «общепринятая политика», иллюстрирующий тот факт, что законы в пользу инвалидов относятся к самым разным сферам. В Австрии законодательство в сфере инвалидов считается «межведомственным вопросом». Однако в Италии, Ирландии, Португалии и Испании все же существует обстоятельное законодательство в сфере инвалидности.

• Критерии определения инвалидности

Соответственно, в различных правовых документах и положениях существует множество критериев для некоторых требований; ниже следует описание некоторых критериев:

Во-первых, прогнозируемая *продолжительность* нарушения является важным критерием для определения инвалидности, с одной стороны, либо заболеванием или последствием несчастного случая с другой стороны. В некоторых странах временные границы четко обозначены (например, шесть месяцев), в то время как в других странах говорится о предположительно долгой или постоянной инвалидности. Здесь отличается только Греция, в которой законы о пособиях применимы как к предположительно долгосрочным инвалидам, так и к людям, имеющим временное нарушение вследствие болезни или несчастного случая.

В некоторых странах законы о пособиях применяются в зависимости от *причины* или *типа* инвалидности (например, во Франции, Люксембурге, Финляндии). В этом случае используются два критерия: первый - *степень нарушения* или *степень инвалидности* (в Дании, Германии, Франции, Лихтенштейне, Люксембурге, Финляндии), и второй - *возраст* инвалида (в Ирландии, Люксембурге, Финляндии). Так, критерий для законов о пособиях, например в Бельгии и во Франции звучит как *снижение или потеря самостоятельности среди пожилых людей*. Другие критерии относятся к *нарушению физических или умственных способностей* (Дания, Бельгия, Франция, Люксембург), или

к снижению способности *выполнять повседневные обязанности*, к которым также относится снижение мобильности или потребность в помощнике (Лихтенштейн, Люксембург, Великобритания).

Недееспособность (невозможность работать) или неспособность зарабатывать (инвалидность) также являются критерием для определения инвалидности во многих странах (Дания, Франция, Лихтенштейн, Люксембург, Норвегия, Швейцария, Финляндия, Великобритания). Часто пенсии для людей, неспособных работать и зарабатывать (инвалидов), отличаются от пособий для людей, возможности которых ограничены (Дания, Норвегия, Франция, Лихтенштейн). В этом случае профессиональное обучение или профессия человека до появления инвалидности будет считаться критерием.

Некоторые страны в своих законах о пособиях четко обозначают последствия инвалидности. В частности, данный аспект подчеркивают в Дании, Португалии и Швейцарии. В Датской системе, например, берется «социальная модель» и учитывается общее положение инвалида, а не только отдельные категории инвалидности. В Португалии, например, пособия назначаются не только на основании различных видов инвалидности, но и на основании бедственного положения в связи с нарушением. Швейцарский акт «BehiG», который пока не вступил в силу, нацелен, среди прочего, на изменение факторов окружающей среды, которые будут полезными не только для инвалидов. В Акте учитываются те последствия инвалидности, которые возникают в случае взаимодействия с окружающей средой. В других странах назначение пособий происходит на основании разных факторов, и кроме вышеупомянутых последствий инвалидности, также учитываются причина и тип инвалидности, возраст или образование.

- *Организация*

В большинстве стран за проведение политики по работе с инвалидами отвечают Министерства социальных дел. За профессиональную реабилитацию часто несет ответственность Министерство труда. В некоторых странах политика в сфере инвалидности регулируется на федеральном уровне, например, в Бельгии, Германии, Австрии и Швейцарии. Несмотря на то, что в этих странах Федерация несет полную ответственность и имеет законодательную власть, некоторые аспекты помощи инвалидам и системы реабилитации остаются в компетенции Федерального государства, где принимаются Федеральные акты. Другими словами, существуют отдельные сферы компетенции. В зависимости от вида, пособия распределяются либо на муниципальном или региональном уровне, либо на государственном уровне.

- Страховые пособия, например пенсия по инвалидности, и в связи с этим, пособия на профессиональную реабилитацию, обычно регулируются государственными учреждениями. Исключение составляют только Лихтенштейн и Швейцария, где страхованием от несчастных случаев и медицинским страхованием занимаются частные организации, имеющие государственную лицензию.
- В большинстве стран профессиональной ре-интеграцией безработных инвалидов занимаются городские центры занятости.
- Медицинские пособия для инвалидов могут подпадать под категорию здравоохранения или страхования от несчастных случаев (в Германии, Лихтенштейне, Люксембурге), либо выдаваться городскими общественными учреждениями здравоохранения (Дания, Финляндия).
- Солидарные пособия в виде предоставления социального обслуживания или, в некоторых случаях, в виде выплат материальных средств, в основном назначаются на региональном или муниципальном уровне.

Таким образом, различные реабилитационные или обеспечивающие учреждения несут ответственность за разные виды пособий. Это могут быть национальные учреждения или публично-правовые корпорации (страховые пособия), либо правительственные учреждения - центры занятости или отделы социального обеспечения (солидарные пособия). Часто социальные услуги и услуги здравоохранения предоставляются частными организациями на контрактной основе.

- *Координация и сотрудничество*

Из-за вышеупомянутой сложности законодательства в сфере инвалидности некоторые страны приняли законы, регулирующие конкретные положения социальных законов на благо инвалидов, координируя выплату пособий, распределяя сферы ответственности и налаживая взаимодействие. Такие законы служат рамками для законов о пособиях (Германия, Испания, Франция, Лихтенштейн, Люксембург, Австрия, Финляндия). В Нидерландах Министерство здравоохранения и социального обеспечения состоит в комитете и сотрудничает с четырьмя другими министерствами. Комитет обсуждает вопросы формирования, развития и координации государственной политики в сфере инвалидности. В Португалии Национальный Секретариат реабилитации и интеграции, созданный в

рамках Министерства социальной защиты и труда, координирует и разрабатывает национальную политику по профилактике, реабилитации и интеграции инвалидов.

В Бельгии и Исландии, с другой стороны, не существует формально учрежденных процедур, координирующих политику по работе с инвалидами. В Бельгии, тем не менее, существуют различные неформальные меры по обеспечению согласованной политики в сфере инвалидности, тогда как в Исландии формальное взаимодействие двух Министерств не считается необходимым, так как каждое Министерство отвечает за отдельные сферы. В Лихтенштейне возникает проблема пособий, которые частично совпадают в разных сферах, в результате чего пособия могут выдаваться дважды, либо их выплата будет задержана в связи с необходимостью проверки, не было ли данное пособие уже выплачено. Можно предположить, что такие побочные явления могут возникать в сложных структурированных системах и других стран. Тем не менее, в Дании и Исландии изначально исключают появление таких проблем.

3. Пособия

Комплексные системы социальной поддержки, существующие в разных странах, заключаются в предоставлении самых различных пособий. Мы разберем некоторые основные вопросы, благодаря чему нам не придется приводить детальные разъяснения каждого отдельного пособия в соответствующих странах. Выделяются несколько видов пособий: страховые пособия, компенсация особых расходов и пособия на реабилитацию.

▪ Сохранение дохода

Сохранение дохода представляет собой денежное пособие, которое выплачивается, с одной стороны, в виде дополнения к зарплате работника-инвалида (во Франции), либо для поддержания дохода (временного) в виде переходного пособия в течение прохождения реабилитации (в Германии, Исландии, Швейцарии, Финляндии). Инвалиды, которые не работали или перестали работать из-за своей инвалидности, получают постоянное пособие для поддержания дохода.

В этой ситуации применимы как страховые пособия, так и пособия по поддержанию достаточного уровня дохода. В некоторых странах четко указывается, что необходимым условием для получения постоянных пособий является тот факт, что все возможные меры по ре-интеграции были исчерпаны (в Дании, Швейцарии, Финляндии). В Норвегии предлагается разделить пенсию по инвалидности на постоянное и временное пособие. Временное пособие выплачивается в том случае, если есть надежда вернуться на работу. В некоторых странах гарантированный минимальный доход связан с активной позицией. В Дании, Италии или Люксембурге, например, усилия самого человека по обеспечению средств к своему существованию путем выполнения посильной работы считается необходимым условием для выплаты пособий по обеспечению минимального дохода или социальной пенсии.

▪ Компенсация

Во многих странах выплачиваются компенсационные пособия на особые расходы, например, фармацевтические товары, медицинские препараты, приспособления (Дания, Исландия, Финляндия, Швейцария, Швеция), либо на компенсацию затрат на личного помощника, в виде пособий по уходу (Швейцария, Великобритания). Такие компенсационные пособия часто привязаны к конкретным условиям: в Испании, например, пособие на перемещения или компенсация транспортных издержек зависит от степени инвалидности и от дохода. В Норвегии базовое пособие (на покрытие особых расходов) и пособие по уходу уменьшаются в том случае, если они выплачиваются в дополнение к пенсии по государственному страхованию. В Швейцарии пенсии по инвалидности, которые должны обеспечивать все базовые потребности человека, дополняются в зависимости от дохода дополнительными пособиями, которые выплачиваются в кантонах. В Исландии пособие по инвалидности, которое выплачивается как дополнение к пенсии по инвалидности (оба пособия зависят от степени инвалидности) зависит от дохода. Во Франции, компенсационное пособие зачитывается в счет других пособий или пенсий. И, наконец, в Португалии, пособие на получение специального образования варьируется в зависимости от дохода.

Индивидуальные бюджеты представляют собой особую форму компенсационных пособий, которые дают людям возможность самостоятельно организовать оказание помощи и собственного обслуживания. В Бельгии и Нидерландах, например, индивидуальный бюджет выдается по требованию, либо выдается конкретной группе людей.

▪ *Реабилитация*

Многочисленные пособия выплачиваются на реабилитацию или ре-интеграцию инвалидов. В связи с этим, в некоторых странах проводят различие между профессиональной и медицинской реабилитацией, в то время как в других странах различают профессиональную, медицинскую и социальную реабилитацию.

Значимость профессиональной реабилитации акцентируется в следующих аспектах:

- Проф.подготовка, в частности возможность получения проф.образования, прохождения курсов, трудоустройство в обществах работы для инвалидов.
- Поддержка мер по приспособлению рабочего места.
- Рекомендации для агентств по трудоустройству и для самого человека.
- Субсидии для работодателей, которые принимают на работу инвалидов, а также система квот, по которой компании должны принять на работу определенный процент инвалидов.

За проведение медицинской реабилитации отвечают либо организации долгосрочного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев, либо учреждения здравоохранения. задачи медицинской реабилитации включают обычное медицинское обслуживание: лечение, санитарный транспорт и фармацевтические препараты, а также обеспечение вспомогательных средств, особого лечения и обучения.

Наконец, пособие по социальной реабилитации может представлять собой особый вид помощи, например, уход или консультирование, которые улучшают способности человека к взаимодействию с окружающей средой; создание возможностей, которые помогут инвалидам стать наиболее самостоятельными, а также обеспечение вспомогательных устройств и препаратов. С другой стороны, социальную реабилитацию можно рассматривать как общий термин для вышеперечисленных разных сфер. Сюда входят как пособия по поддержанию дохода, компенсация особых расходов, так и пособия по профессиональной реабилитации.

4. Участие в жизни общества

В течение Европейского Года Инвалидов одним из центральных вопросов был вопрос участия инвалидов в жизни общества и равные возможности для инвалидов. Эта цель поддерживается через согласование правовой структуры, с одной стороны, и через целевые программы и реформы, с другой стороны.

• *Правовая структура*

Как правило, в конституциях стран запрещается дискриминация, среди прочих признаков, и по признаку инвалидности. В Люксембурге и Финляндии, например, общий запрет на дискриминацию поддерживается санкциями, прописанным в уголовном законодательстве (в Нидерландах также планируется ввести такие санкции). К тому же, защитить инвалидов от проявлений дискриминации можно путем принятия конкретных законодательных актов, запрещающих дискриминацию, таких, которые уже существуют во Франции и Великобритании, и готовятся к принятию в Бельгии, Испании и Норвегии. В связи с этим, в Исландии, например, существует Акт об инвалидности 1992 года, в котором прописан принцип анти - дискриминации.

Более того, в Германии, Ирландии и Швейцарии, например, существуют конкретные акты о равных возможностях для инвалидов. В новой конституции Греции, которая была принята в 2001 году, есть указание на обязанность государства заботиться об инвалидах. В Швеции, например, в 2000г. принят национальный план действий, в котором четко прописаны задачи в сфере инвалидности.

• *Меры*

Законоположения должны обеспечивать доступ к образованию и трудоустройству, услугам и товарам, зданиям и транспорту таким образом, чтобы на пути людей не стояли барьеры, и равный доступ был гарантирован всем. В этом случае, следует упомянуть подход, в рамках которого вопросы инвалидности решаются на всеобщем уровне во всех сферах. Более того, особое внимание уделяется подходу приведения к стандарту; данный подход включает меры, способствующие:

- Участию на рынке труда;
- Устранению барьеров в общественных местах;
- Реализации принципа «амбулаторное лечение вместо стационарного лечения» и созданию возможностей для проживания в малых общинах;

Улучшению качества социального обслуживания путем введения стандартов и сертификации.

Создание доступной среды жизнедеятельности согласно Конвенции ООН по правам инвалидов

*Европейская платформа реабилитации,
Ян Спорен*

1. Предисловие

Конвенция ООН по правам инвалидов, а также ее факультативный протокол были приняты 13 декабря 2006 года в штаб-квартире ООН в Нью-Йорке, и открыты для подписания 30 марта 2007 года. Всего Конвенцию подписало 82 государства, 44 государства подписали факультативный протокол, и Конвенция была ратифицирована. Это первый в истории случай, когда Конвенцию ООН в день ее открытия подписало такое количество государств. Это первый всеобъемлющий договор по правам человека, написанный в 21 веке, и первая конвенция по правам человека, открытая для подписания региональными интеграционными организациями. Она отмечает «сдвиг парадигмы» в отношении и подходах к инвалидам.

Конвенция создавалась как инструмент в сфере прав человека с ясно выраженной направленностью на социальное развитие. В ней дается подробная классификация инвалидов и утверждается, что все люди с разнообразными формами инвалидности должны иметь все человеческие права и основные свободы. В ней объясняется и определяется то, каким образом все категории прав применяются к инвалидам, а также обозначаются те сферы, в которых для инвалидов были внесены изменения, чтобы они могли пользоваться своими правами, и те сферы, в которых права инвалидов нарушались, и в которых необходимо усилить защиту прав.

2. Доступность: руководящий принцип Конвенции

По сути, доступность означает равный доступ для всех. Если инвалидам не доступны здания и услуги, имеющиеся в обществе, они никогда не будут полноценно участвовать в жизни общества. Однако практически в каждом обществе существуют многочисленные препятствия и барьеры, мешающие инвалидам. К ним относятся лестницы, отсутствие информации в доступной форме, например, написанной на азбуке Брайля или на языке жестов, а также услуги, предоставляемые в такой форме, которая не понятна инвалидам. В то время как наиболее дорогостоящие меры обеспечения доступности, обозначенные в Конвенции, могут осуществляться постепенно, существует также ряд недорогих и не требующих совершенствования технических мер обеспечения доступности, которые могли бы иметь быстрое благоприятное воздействие. Принцип доступности относится ко всем сферам деятельности в рамках Конвенции. Например:

2.1. Физическая среда жизнедеятельности

Доступная физическая среда жизнедеятельности приносит пользу всем, не только инвалидам. В Конвенции говорится, что необходимо принять меры, чтобы устранить препятствия и барьеры как внутри, так и снаружи зданий: школ, медицинских учреждений и производственных помещений. Сюда относятся не только сами здания, но и тротуары, бордюры, а также барьеры, препятствующие свободному пешеходному движению.

3.2. Транспорт

Транспорт является существенным элементом, необходимым для независимой жизни, и также как и другие люди в обществе, инвалиды рассчитывают на то, что транспорт сможет доставить их из одного пункта в другой. Под словом транспорт подразумевается вся транспортная инфраструктура: самолеты, автобусы, такси, поезда. Часто транспортные средства являются недоступными для инвалидов (неприспособленные автобусы, ж/д станции и т.д.). Транспорт имеет прямое отношение и к другим правам инвалидов: доступ к транспорту дает инвалидам доступ к получению других прав, и наоборот.

В долгосрочном плане Конвенция предусматривает, что весь транспорт будет доступен всем людям. Безотлагательные меры, которые должны быть приняты, должны обеспечить инвалидам беспрепятственное пользование общественным транспортом. Так, необходимо, чтобы водители автобусов или пригородных поездов объявляли все остановки с целью информирования пассажиров о том, где они находятся, чтобы разрешалось провозить в транспорте служебных собак, а также чтобы были размещены знаки для слепых на языке Брайля.

3.3. Информация

Доступ к информации дает множество преимуществ всем гражданам общества. Доступ к информации подразумевает все виды информации. В любой стране люди используют самые разные виды информации для принятия решений в повседневной жизни. В зависимости от страны, это может быть как просто возможность прочитать товарный ценник, так и возможность физически войти в зал где проводится собрание, прочитать буклет с информацией, понять расписание автобусов, прочитать записку от школьного преподавателя или просматривать страницы в Интернете. Социальные барьеры, такие как предрассудки, недоступная инфраструктура и недоступные виды информации больше не должны стоять на пути инвалидов к получению и использованию информации в повседневной жизни. В большинстве стран в законодательстве не предусмотрены законы о доступности форматов (например, шрифт Брайля, аудио-форматы, язык жестов), либо доступность веб сайтов. Даже если в законодательстве и приняты меры, на практике такие услуги, как правило, не оказываются. Конвенция призывает государства принять законы и меры, которые позволят инвалидам получить доступ к информации, которая влияет на их повседневную жизнь. Сюда относится и предоставление информации по службам экстренной помощи.

3.4. Общественные учреждения и службы

Конвенция призывает государства разработать принципы, обеспечивающие доступность общественных учреждений и служб. Правительство должно подавать пример, обеспечивая полноценное участие инвалидов в обществе. Например, если инвалид придет в общественную поликлинику, что необходимо учесть для того, чтобы он получил такое же обслуживание, как и другие пациенты? Подобный анализ или аудит доступности следует провести для всех общественных служб. Возможно, необходимо создать пандусы, знаки на языке Брайля, привлечь переводчиков с языка жестов или ввести скрытые субтитры на общественном телевидение. Анализ следует проводить с участием самих инвалидов.

3. Статьи по доступности

Статья 3 Конвенции (Общие Принципы) гласит, что «доступность» является одним из принципов настоящей Конвенции. Статья 9 полностью посвящена вопросу доступности:

Статья 9 «Доступность»

1. Чтобы наделить инвалидов возможностью вести независимый образ жизни и всесторонне участвовать во всех аспектах жизни, государства-участники принимают надлежащие меры для обеспечения инвалидам доступа наравне с другими к физическому окружению, к транспорту, к информации и связи, включая информационно-коммуникационные технологии и системы, а также к другим объектам и услугам, открытым или предоставляемым для населения, как в городских, так и в сельских районах. Эти меры, которые включают выявление и устранение препятствий и барьеров, мешающих доступности, должны распространяться, в частности:

a) на здания, дороги, транспорт и другие внутренние и внешние объекты, включая школы, жилые дома, медицинские учреждения и рабочие места;

b) на информационные, коммуникационные и другие службы, включая электронные службы и экстренные службы.

2. Государства-участники принимают также надлежащие меры к тому, чтобы:

a) разрабатывать минимальные стандарты и руководящие ориентиры, предусматривающие доступность объектов и услуг, открытых или предоставляемых для населения, вводить их в действие и следить за их соблюдением;

b) обеспечивать, чтобы частные предприятия, которые предлагают объекты и услуги, открытые или предоставляемые для населения, учитывали все аспекты доступности для инвалидов;

c) организовывать для всех вовлеченных сторон инструктаж по проблемам доступности, с которыми сталкиваются инвалиды;

d) оснащать здания и другие объекты, открытые для населения, знаками, выполненными азбукой Брайля и в легко читаемой и понятной форме;

e) предоставлять различные виды услуг помощников и посредников, в том числе проводников, чтецов и профессиональных сурдопереводчиков, для облегчения доступности зданий и других объектов, открытых для населения;

f) развивать другие надлежащие формы оказания инвалидам помощи и поддержки, обеспечивающие им доступ к информации;

g) поощрять доступ инвалидов к новым информационно-коммуникационным технологиям и системам, включая Интернет;

h) поощрять проектирование, разработку, производство и распространение изначально доступных информационно-коммуникационных технологий и систем, так чтобы доступность этих технологий и систем достигалась при минимальных затратах.

> Источник: текст Конвенции можно найти на русском и английском языке здесь: <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=150>

Доступность в Интернете

Предпринимается множество усилий в сети Интернет для того, чтобы улучшить доступность к сети для более чем полмиллиарда инвалидов в мире. В данном отчете представлен обзор доступности Интернета, который может быть использован в программах, реализуемых отдельными лицами, организациями или компаниями.

1. Что такое доступность?

Доступность означает способность быть достаточно гибким для того, чтобы учесть потребности и предпочтения каждого пользователя. В контексте Интернета, доступность означает, что компьютерными технологиями и Интернет ресурсами может воспользоваться большее количество людей. Доступность в Интернете обычно подразумевает участие инвалидов. Также доступность в Интернете может учитывать тех людей, чьи информационные инфраструктуры или возможности не развиты или их нет.

2. Зачем нам доступность?

Доступность в Интернете означает, что максимальное количество людей будет иметь возможность использовать Интернет ресурсы. Доступные Веб страницы, например, расширят потенциальную аудиторию сайта до миллионов человек, имеющих ограниченные возможности или плохое сетевое соединение.

В некоторых странах доступный Интернет прописан в законе. Например, в Соединенных Штатах, согласно Акту о правах американцев инвалидов, требуется вносить разумные приспособления для работников инвалидов, что также касается и доступности Веб сайтов.

Доступные страницы выгодны не только инвалидам, но и остальным пользователям. Например, программное обеспечение для чтения экрана и диктовки, созданное для слепых пользователей, можно также использовать для создания и вычитки документов.

Доступность помогает в достижении общественных целей полноценного участия и равенства.

3. Вопросы доступности

В данном отчете разбираются три основных вопроса, связанных с доступностью в Интернете: доступность самого Интернета, доступность электронной почты и адаптивные технологии.

3.1. Доступность Интернета

Доступность Интернета подразумевает, что веб страницы будут доступны для чтения и понимания, с использованием адаптивных технологий в случае необходимости. Слепые и слабовидящие пользователи больше других страдают от того прогресса, который происходит в графической природе веб сайтов. Но есть и хорошие новости: разработчики веб сайтов могут сделать веб страницы как доступными, так и визуально выраженными, с помощью эффективного и простого языка Hypertext Markup Language (HTML), используемого в программировании.

3.2. Доступность электронной почты

Для очень многих людей доступ к электронной почте все еще остается роскошью. Несмотря на то, что цена за пользование Интернетом снижается, многие пользователи все еще платят значительные суммы за каждый килобайт полученной почты. Доступность электронной почты подразумевает ее разумное использование.

3.3. Адаптивные технологии

Любая технология, с помощью которой инвалид может получить доступ к компьютерным ресурсам, считается адаптивной технологией. Такие «электронные пандусы» могут являться либо программами, либо аппаратными средствами. Трудность состоит в том, чтобы сделать адаптивную технологию частью базовой конфигурации, чтобы все компоненты работали в бесперебойном порядке. Это позволит иметь доступ к компьютерам и приложениям, не требуя внесения значительных изменений.

3.4. Причины недоступности в Интернете

Существует множество ситуаций, в которых Интернетом не смогут пользоваться все желающие. Например:

Слепые или слабовидящие пользователи, использующие программное обеспечение для чтения экрана будут не в состоянии расшифровать веб-страницы с нечитаемыми графиками и вставками.

Отсутствие подключения к Интернету, либо соединение очень медленное. В данном случае, пользователь платит дополнительно за получение почты.

Видео-ролики могут быть недоступными для расшифровки в том случае, если нет субтитров (для глухих и слабослышащих), или же нет аудио сопровождения (для слепых и слабовидящих).

Решения, предложенные в данном отчете, помогут улучшить доступность, и направлены на разработчиков и пользователей. Здесь также представлены другие концепции и интересные разработки, позволяющие сделать компьютерные технологии доступными для всех.

4. Решения

Существует несколько технологий, с помощью которых можно повысить доступность Интернет-ресурсов, в частности электронной почты и веб-страниц. Решения предложены для трех сфер: адаптивных технологий, доступности веб-страниц и доступности электронной почты.

4.1 Адаптивные технологии

Адаптивные технологии являются одним из наиболее важных и необходимых условий для того, чтобы инвалиды могли пользоваться компьютерными технологиями. Сюда относятся модификация или модернизация компьютерных программ и «железа» с целью обеспечения альтернативных методов ввода-вывода. Модификации могут быть как достаточно простыми, например, регулировка высоты компьютерного стола, так и очень сложными, например, устройство ввода информации, координируемое движением глаз. Такие «электронные пандусы», (пандус – своеобразный съезд/подъем с перилами, позволяющий инвалидам в кресле-коляске перемещаться в обход ступеней), дают возможность инвалидам пользоваться компьютерами, в результате чего они также могут иметь доступ к Интернету.

Обычные адаптивные технологии – это программы, считывающие или описывающие информацию на экране, программы, увеличивающие шрифт или меняющие цвет информации на экране, а также специальные устройства-указки и устройства для ввода информации.

В Центре «Трейс R&D» университета Висконсина представлены вспомогательные средства, которые разделены на несколько категорий. Центр «Трейс R&D» получил множество наград за свою работу в сфере разработки адаптивных технологий. Две созданные в Центре базы данных в Интернете – ABLEDATA and TraceBase – содержат более 18 тысяч программных продуктов для инвалидов. Базы данных можно найти здесь: <http://tracecenter.org>.

Проект доступности Интернета ([Universal Internet Access Project](#)) – это совместное предприятие Канадской Комиссии общественного обслуживания и Ресурсного Центра адаптивных технологий университета Торонто. Этот веб-сайт дает практические примеры адаптивных технологий для инвалидов.

Корпорация Microsoft разработала веб-страницу по вопросам доступности для инвалидов ([Accessibility and Disabilities page](#)), на которой представлены вспомогательные устройства, совместимые с продукцией компании: <http://www.microsoft.com/enable/products/aids.htm>. Интересные разработки также можно найти здесь: [Sun Microsystems's Accessibility page](#), [IBM's Special Needs page](#), и [Apple's Universal Access of Mac OS 9](#).

Фонд Юрия Рубинского также имеет адаптивные технологии: на сайте [WebAble](#), <http://www.yuri.org/webable>.

4.2. Доступность электронной почты

В тех странах, где соединения очень медленные и/или дорогие, люди пользуются Интернетом очень экономно: они отключают графические изображения во время работы в Интернете, а также пишут и читают электронные письма, когда находятся вне Интернета. Однако они не могут контролировать все, например, размер электронных писем, которые они получают.

В данном случае наиболее очевидным решением проблемы будет соблюдение отправителями «этикета электронной почты». Электронные письма, отсылаемые в те страны, где скорость соединения медленная, должны быть короткими и конкретными. Приложения, содержащие текст или картинки, следует посылать только в том случае, если они на самом деле необходимы, и отправлять их следует в сжатом виде. Один из источников, где можно получить информацию о

скорости Интернет-соединения в разных странах, это Международная страница доступности электронной почты [International E-mail Accessibility](#).

4.3. Доступность веб страниц

В Интернете были найдены многочисленные источники, призывающие разработчиков сайтов делать сайты доступными. Однако, создается все больше веб сайтов со сложными графическими изображениями, не имеющими альтернативных описательных методов. Такие сайты нацелены на привлечение обычных пользователей, и совершенно не учитывают потребности, например, слабовидящих людей.

В начале 1998 г. Консорциум Всемирной Сети (КВС), [World Wide Web Consortium](#), расположенный в Кембридже, штат Массачусетс, США, начал программу доступного Интернета [Web Accessibility Initiative \(WAI\)](#). КВС был создан с целью разработки общих условий, способствующих улучшению функциональной совместимости программ и аппаратных устройств, а также развитию Всемирной Сети. Программа доступного Интернета нацелена в первую очередь на развитие форматов данных с целью повышения доступности Интернета. Офис международных программ, созданный для того, чтобы наблюдать и направлять ход реализации Программы доступного Интернета, должен разрабатывать рекомендации, заниматься просветительской деятельностью в данной сфере и налаживать международные связи.

Результатом работы стала разработка веб страницы, содержащей рекомендации [Web Accessibility Initiative \(WAI\) - Page Authoring Guidelines](#), на которой описываются достижения в сфере доступности в "HTML 4.0 Recommendation". Теперь все изображения должны иметь либо текст в альтернативном формате, либо описание картинок в режиме, когда графические изображения отключены. HTML 4.0 также дает возможность получения более детального текстового описания карт, схем, таблиц и графиков. Услуга, предоставляемая в рамках программы доступного Интернета «HTML Validator Service» <http://validator.w3.org/> среди всего прочего помогает разработчикам сайтов выработать привычку создания ALT (альтернативного) содержания.



Еще одна примечательная программа, поощряющая доступные сайты и присуждающая премию '4-star Bobby Approved!' – это веб сайт [CAST: Bobby](#), который можно посмотреть здесь: <http://www.cast.org/bobby>. CAST - Центр Прикладных Специальных Технологий, является некоммерческой организацией, задача которой состоит в продвижении инновационных путей использования компьютерных технологий. Их бесплатная Интернет услуга, а также оценочная программа, которую можно загрузить бесплатно, могут проанализировать содержание веб страницы и отметить те сферы, которые необходимо улучшить. Система 4-star (4 звезды) была заменена эмблемой 'Bobby Approved!' (одобрено Бобби), которая основана на рекомендации HTML 4.0 Recommendation.

Проект доступности Интернета ([Web Access Project](#)) Национального Центра Доступности СМИ, расположенный здесь: <http://ncam.wgbh.org/webaccess> – дает сайтам возможность разместить свой символ доступности в том случае, если они прилагают усилия для того, чтобы соответствовать условиям Программы Доступного Интернета [Web Accessibility Initiative \(WAI\) Page-Authoring Guidelines](#).

> Источники

Ниже приводятся несколько источников, где можно найти подсказки и рекомендации к тому, как сделать веб сайты доступными. Несмотря на то, что на этих сайтах используются разные подходы к дизайну веб страниц, рекомендации в основном похожи.

Создание доступных веб страниц, Союз Доступных Технологий –

<http://www.ataccess.org/ATResourceLibrary/WWW%20Access/default.html>

10 HTML заповедей университета Торонто – <http://www.utoronto.ca/atrc/rd/html/commandments.html>

Сделай свою веб страницу доступной, автор Арт Хедли (Art Hadley) –

<http://www.ukans.edu/~arnet/make.htm>

Электронные пандусы: как создать доступный веб сайт, автор Лесли М. Кемпбелл и Синтия Д.

Уоддел (Leslie M. Campbell and Cynthia D. Waddel) - <http://www.icdri.org/CynthiaW/ecc.htm>

Рекомендации AT&T's по доступности - http://www.att.com/style/wc_access.html

[Yahoo's links for Web Accessibility](#)

Ассоциация инвалидов в Сингапуре «ENABLEnet», дает ссылки, имеющие отношение к доступности -

<http://www.dpa.org.sg/>