

МИНИСТЕРСТВО ОБЩЕГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

О.И. КАРЯКИНА, Т.Н. КАРЯКИНА

ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Учебное пособие

Волгоград 1999

ББК 60.550.44я73

К27

Научный редактор — д-р мед. наук,
проф. Е.А. Меерсон

Рецензент — д-р мед. наук, проф.,
засл. деят. науки РФ А.Ф. Жаркин

Печатается при финансовой поддержке Министерства
труда и социального развития РФ

Карякина О.И., Карякина Т.Н.

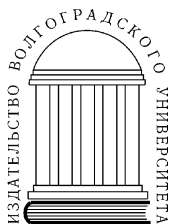
К27 Основы реабилитации инвалидов: Учебное пособие.
— Волгоград: Издательство Волгоградского государствен-
ного университета, 1999. — 88 с.

ISBN 5-85534-229-8

Работа посвящена проблеме реабилитации инвалидов, раскрывает основы частных технологий и методов социальной работы с одной из специфических групп социально-биологического риска — инвалидами с ограничениями различного генеза. В основу концепции технологий реабилитации инвалидов положена социально-экологическая модель социальной работы, наиболее широко и органично интегрирующая аспекты инвалидности как социального явления.

Учебное пособие рассчитано на студентов, осваивающих специальность «Социальная работа».

ISBN 5-85534-229-8



© О.И. Карякина, Т.Н. Карякина, 1999

© Издательство Волгоградского
государственного университета, 1999

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	4
1. Теоретические основы реабилитации инвалидов	6
1.1. Основные направления создания системы реабилитации инвалидов в РФ. Дефиниции основных используемых терминов. Принципы и методы реабилитации инвалидов.....	14
1.2. Профессиональная подготовка и профессиональное образование инвалидов.....	20
1.3. Правовые аспекты реабилитации инвалидов.....	25
2. Медико-социальная экспертиза в системе реабилитации инвалидов.....	39
2.1. Особенности реабилитации инвалидов с детства.....	48
2.2. Особенности реабилитации инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата.....	56
2.3. Особенности реабилитации инвалидов с патологией органа зрения.....	59
2.4. Особенности реабилитации нервно-психических больных.....	61
2.5. Реабилитация инвалидов с заболеваниями внутренних органов.....	63
2.6. Особенности старения и реабилитации пожилых и старых людей.....	67
3. Организационно-методические основы деятельности центров реабилитации инвалидов.....	77
Литература	83

ПРЕДИСЛОВИЕ

Проблема ограничения социально-биологической реализации человека относится к категории сложнейших интегративных аспектов знания о человеке. Его основным акцентом следует считать технологии социальной адаптации и реабилитации. Сколь бы разнообразны ни были причины дезинтеграции развития личности, их результат — дезадаптивные процессы широкого диапазона, осложняющие оптимальные условия интеграции в среде обитания. В этой связи первостепенное значение приобретает поиск оптимальных, эффективных вариантов технологий и методов социализации на всех этапах развития человека с ограниченными возможностями. Профессиональное становление специалиста по социальной работе включает глубокое понимание проблемы инвалидности, четкое знание методов и технологий социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями и, главное, сформированную философию социальной защиты, основанную на восприятии человека как абсолютной самоценной сущности с неисчерпаемым потенциалом духовно-нравственного развития, реализованным в системе гуманистически ориентированного общества.

В основе эффективной реализации любой социальной технологии — концепция деятельной модели личности. Деятельная, т. е. творческая, энергичная личность, — главное условие успешной реабилитации в самых сложных социально-биологических вариантах ограничений.

Проблема социальной реабилитации — масштабное понятие высокоинтегративного смысла. В этой связи раскрытие ее — процесс многоступенчатый, поэтапный.

В методическом плане разработана система изучения проблемы, включающая органично взаимосопряженные разделы концептуального плана и совокупности частных технологий решения многочисленных частных аспектов проблемы инвалидности.

Начиная с основ реабилитации инвалидов, программа представляет последовательную схему разделов: основы адаптации и реабилитации детей-инвалидов, основы адаптации и реабилитации детей с ограниченными возможностями, основы адаптации подростков-инвалидов, содержание и методы соци-

альной работы с инвалидами, содержание и методы социальной работы с пожилыми.

В формировании профессиональной модели специалиста по социальной работе особая роль принадлежит сущностному, фундаментальному разделу — частным технологиям социальной работы, основанным на интегративных концепциях реабилитации и адаптации человека с проблемой. Разработанная кафедрой социальной работы и медицины ВолГУ эколого-социально-биологическая концепция социальной работы обеспечивает инновационные схемы изучения частных технологий социальной работы, определяющие высокую эффективность мер социальной защиты группы, семьи, личности.

Профессор Е.А. Меерсон

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

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

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

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

нием социальной защиты этих граждан должна стать реабилитация инвалидов.

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

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

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

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

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

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

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

ние, передвижение, ориентация, общение, контроль за своим поведением, способность к обучению и трудовой деятельности.

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

Виды деятельности, необходимые для реабилитации инвалидов:

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

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

- 1) предупреждение прогрессирования патологического процесса и восстановление здоровья инвалидов;
- 2) восстановление личности;
- 3) раннее возвращение инвалидов к трудовой деятельности;
- 4) обеспечение возможности для постоянной интеграции инвалидов в общество.

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

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

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

Реабилитация инвалидов — долгосрочный и дорогостоящий процесс, экономический эффект которого не сиюминут-

ный. В определенной степени члены общества, не являющиеся инвалидами, должны отдавать часть благ общества без компенсации со стороны инвалидов. Очевидна необходимость социального партнерства в решении проблем инвалидов и инвалидности, включая реабилитацию инвалидов. Условно реабилитацию инвалидов принято подразделять на медицинскую, социальную, профессиональную. Вышеприведенное разделение реабилитации не только условно, но и принципиально неверно. Если выделять медицинскую реабилитацию и социальную, то тогда, естественно, следует определять медицинский и социальный статусы человека. Правильнее подразделять реабилитацию инвалидов на медицинские меры реабилитации, социальные меры реабилитации, профессиональную реабилитацию.

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

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

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

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

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

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

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

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

Социальные меры реабилитации охватывают практически все вопросы жизнедеятельности инвалидов и включают соци-

ально-бытовую, социально-правовую и социально-психологическую реабилитацию. Ведущими направлениями социально-бытовой реабилитации принято считать медико-социальный уход, пенсии, пособия, обеспечение техническими средствами.

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

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

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

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

Профессиональная реабилитация является многопрофильной и заключается в следующем:

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

Теоретически обосновано и практически доказано, что при адекватном состоянию здоровья и желанию инвалида выборе профессии, а также соответствующей адаптации условий труда

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

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

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

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

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

Инвалид — это лицо, нуждающееся в социальной защите вследствие имеющихся ограничений жизнедеятельности в свя-

зи с нарушением здоровья (проявляющихся в стойком расстройстве функций организма или анатомическом дефекте), приводящих к полной или частичной потере возможности осуществлять самообслуживание, обучение, трудовую деятельность, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением.

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

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

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

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

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

Медицинские меры реабилитации включают:

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

Социальные меры реабилитации инвалида — комплекс мер, направленных на создание условий, позволяющих инвалиду преодолеть ограничение жизнедеятельности путем замещения утраченных функций, а также обеспечивающих поддержание на определенном уровне его здоровья, трудоспособности, бытовой и трудовой адаптации и приспособления внешней среды к возможностям инвалида. Целью социальных мер являются достижение инвалидом независимого образа жизни, восстановление личности.

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

Профессиональная реабилитация инвалида — это многопрофильный комплекс мер, направленных на восстановление

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

Целью профессиональной реабилитации является достижение инвалидом материальной независимости и самообеспечения.

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

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

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

Второй — период мобилизации (фаза реконвалесценции).

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

Значимость того или иного аспекта реабилитационных мероприятий неоднозначна в различные периоды реабилитации. В фазах *конвалесценции* и *реконвалесценции* ведущими являются медицинские меры реабилитации, в фазе *постконвалесценции* на первый план выступают профессиональный и социальный аспекты реабилитации. Для инвалидов характерна третья фаза восстановительного процесса, в силу чего приоритетное направление приобретают профессиональные и социальные реабилитационные мероприятия. Рациональное сочетание различных аспектов реабилитации позволяет добиться высокой эффективности проводимых мероприятий.

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

Реабилитация инвалидов должна основываться на следующих принципах:

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

Реабилитационные меры должны реализовываться через индивидуальные программы реабилитации инвалидов.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида — это комплекс оптимальных для него реабилитационных мер, включающий конкретные виды, формы, объемы и сроки проведения мероприятий, направленных на восстановление и компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, способностей к трудовой деятельности, интеграцию инвалида в общество. Указанная программа должна строиться с учетом всех аспектов реабилитации и при их рациональном сочетании, а также быть многопрофильной. Формирование программы должно быть основано на следующих принципах: индивидуализация, непрерывность, последовательность, преемственность, комплексность и целостность подходов. Разработка программы реабилитации начинается с оценки потребностей инвалида в видах и объеме реабилитационных мер, определения их приоритетности, а также установления этапности в проведении. Указанные задачи решаются в ходе направленной на реабилитацию медико-социальной экспертизы. Индивидуальная программа реабилитации инвалида должна разрабатываться с согласия инвалида уполномоченными на то реабилитационными учреждениями на основании заключения медико-социальной экспертизы и являться официальным документом для получения услуг, предусмотренных в ней. Базовая программа реабилитации

должна представлять собой гарантированный перечень видов, объемов и условий реализации реабилитационных мер, оказываемых инвалиду бесплатно, утверждаемый правительством РФ. Объем реабилитационных мер, предусматриваемых индивидуальной программой, не может быть ниже установленной базовой программы. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос обеспечения себя конкретным видом помощи за счет собственных средств с зачетом стоимости аналогичного вида средств реабилитации, предоставляемых государством. В случае необходимости ему следует оказывать необходимое содействие.

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

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

Потенциальные профессиональные способности инвалида — это такие способности к выполнению профессиональной деятельности, которые могут быть реализованы в конкретных условиях. Потенциальные профессиональные способности инвалида обусловлены, с одной стороны, его психофизиологическим и социально-экономическим статусом, с другой — возможностью общества предоставить инвалиду условия для получения общего и профессионального образования и рабочие места. В оптимальном варианте рабочее место должно соответствовать желанию человека, его профессиональной подготовке, состоянию здоровья и социальным установкам, что реально при определенных социально-экономических и нравственных осно-

вах общества и государства. В действительности имеет место противоречие мотиваций на трудовую деятельность и общество.

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

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

1.2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ИНВАЛИДОВ

Профподготовка и профобразование инвалидов являются важнейшими аспектами их профессиональной реабилитации. Профессиональная подготовка, профобразование на различных уровнях и дополнительное образование инвалидов, как и других граждан, должно осуществляться в порядке и на условиях, определяемых законодательством РФ. Для инвалидов, нуждающихся в соответствии с индивидуальной программой реабилитации в специальных условиях профподготовки и профобразования, должны создаваться специальные федеральные, региональные, муниципальные образовательные учреждения различных типов и видов. Специальные образовательные учреждения

для инвалидов иных организационно-правовых форм должны осуществлять свою деятельность во взаимодействии с государственными службами занятости, образования, социальной защиты на договорных условиях с предварительным их лицензированием. В настоящее время в РФ действует 30 специальных образовательных учреждений системы Минсоцзащиты России. Профподготовку и профобразование инвалидов в специальных образовательных учреждениях следует осуществлять в соответствии с государственными образовательными стандартами на основе образовательных программ, адаптированных для обучения инвалидов. Недопустимо для инвалидов с сохранным интеллектом введение специальных стандартов, что имеет место в настоящее время. Представляется, что только при таком подходе инвалиды на равных началах, как профессионалы, будут конкурентоспособны на рынке труда. Следует отметить, что характер патологии, которой страдает инвалид, во многом определяет его потенциальные возможности для профподготовки и профобразования. Профподготовка и профобразование инвалида в специально созданных условиях является важным фактором предупреждения развития патологического процесса, способствующим компенсации и восстановлению его трудоспособности, а также улучшению морального состояния инвалида. В конечном итоге, все это положительно сказывается на его активной жизнедеятельности. Чтобы повысить эффективность профобразования, необходимо знать, как инвалид приспосабливается к его условиям. Важную роль играет такой критерий оценки рационального профобразования, как адаптация.

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

оно может исчезнуть при неблагоприятном воздействии извне. В профессиональной адаптации инвалидов субъективный фактор приобретает особо важную роль.

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

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

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

Низкий уровень адаптации отражает взаимное несоответствие учащегося образовательной среде: недостаточное приспособление к физическим условиям, неудовлетворительное выполнение учебных и социальных функций в коллективе.

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

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

В период перехода от централизованной к рыночной экономике резко обострилась проблема трудоустройства и поддержания занятости инвалидов. В условиях рыночной экономики статус личности в значительной мере определяется материальной независимостью и возможностью самообеспечения человека. Исходя из этих позиций очевидно, что трудовая деятельность становится во главу взаимоотношений членов общества. Однако инвалид обладает в сравнении со здоровым человеком ограниченной возможностью трудиться, при этом в условиях рыночной экономики он должен быть конкурентоспособным. В этой связи представляется целесообразным сформировать такую систему трудоустройства инвалидов, когда на паритетных началах будут учтены интересы общества и инвалидов, и работодатели не смогут отвергать работников из числа инвалидов. Это становится возможным при сочетании таких факторов, как:

- социально-психологическая положительная ориентация на трудовую деятельность как со стороны самих инвалидов, так и со стороны здоровых членов общества;
- правовое регулирование трудоустройства инвалидов;
- нормативное регулирование взаимоотношений ВТЭК, органов социальной защиты и здравоохранения, учебных заве-

дений по профподготовке инвалидов, бирж труда, предприятий и иных работодателей.

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

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

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

1.3. ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

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

вание техники безопасности и производственной санитарии; проведение широких профилактических мероприятий; меры по оздоровлению окружающей среды; забота о здоровье подрастающего поколения, включая запрещение детского труда, не связанного с обучением и трудовым воспитанием; развертывание научных исследований, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости.

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

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

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

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

не только каждой меры социальной помощи, а всей системы в целом.

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

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

тур, а также системой связи и зависимости между ними, должны быть направлены на такие цели:

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

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

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

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

1 блок — этика и мораль. Этот блок включает:

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

- формирование моральных отношений личности и общества.

2 блок — общественный и личный быт членов общества; включает:

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

3 блок — социально-психологические особенности различных социальных групп и слоев общества, в том числе:

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

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

5 блок — производственная сфера деятельности людей; включает:

- государственное регулирование формирования оптимальной производственной среды, в которой происходит трудовая деятельность людей;

- мониторинг психологии производственной сферы деятельности людей;

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

6 блок — социально-экономические аспекты; включает:

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

- формирование принципов и условий обеспечения экономической самостоятельности членов общества;

- государственное содействие рентабельности трудовой деятельности людей;

- государственное регулирование субсидированной занятости;

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

- формирование целевых программ занятости.

7 блок — социально-правовые аспекты, в том числе:

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

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

- определение правовых принципов социальной защиты населения;

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

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

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

8 блок — охрана здоровья нации; включает:

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

- государственную поддержку организации и развития альтернативных форм медицинского обслуживания населения;

- государственные гарантии сохранения и поддержания санитарно-эпидемиологического контроля, а также служб, оказывающих помощь населению в экстремальных ситуациях;
- государственная стандартизация критериев безопасности труда и внедрения жесткой системы контроля за их соблюдением.

9 блок — культура и просвещение; включает:

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

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

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

Реабилитация инвалидов, осуществляемая в рамках правового пространства, станет реальной основой скоординированных действий различных специалистов, ведомств, государственных и негосударственных структур. Легализованное право

инвалидов на реабилитацию обеспечит этим гражданам надежную гарантию на социальную защиту и равные возможности.

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

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

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

Социальная защита инвалидов — это система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих им условия для преодоления, замещения ограничений жизнедеятельности и направленных на создание

им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

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

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

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

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

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

На государственную службу МСЭ возлагаются:

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

Решения органа Государственной службы МСЭ являются обязательными для исполнения.

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

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

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

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

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

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

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

участков для индивидуального жилищного строительства, ведение подсобного и дачного хозяйства и садоводства.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Законом установлены основные принципы в области социального обслуживания:

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

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

мации личного характера, защиту своих прав и законных интересов, в том числе в судебном порядке.

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

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

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

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

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

2. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

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

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

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

Инвалидность устанавливается при заболеваниях, приведших к необходимости прекратить профессиональный труд на продолжительный период или значительно изменить условия работы.

Профессия — род дающей средства к жизни трудовой деятельности человека, владеющего комплексом специальных теоретических знаний, практических навыков, полученных путем образования, обучения или опыта.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Вторая группа инвалидности устанавливается в том случае, если у больного имеются значительно выраженные функциональные нарушения, хотя и не такие, чтобы обусловить необходимость постоянной посторонней помощи, но в то же время приведшие либо к полной постоянной или длительной нетрудоспособности, либо к такому состоянию, когда отдельные виды труда могут быть доступны только в специально со-

зданных условиях (специальные цеха, участки для трудоустройства инвалидов, работа на дому).

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

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

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

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

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

В основу нового определения инвалидности положена современная концепция оценки последствий болезней и травм

Всемирной организации здравоохранения, которая для практического использования разработала «Международную классификацию нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» (ВОЗ, Женева, 1980 г.). Указанная классификация предлагает трехмерную концепцию последствий болезни. В соответствии с ней основными этапами в развитии болезни являются следующие: в организме под влиянием какого-то фактора возникают те или иные изменения. Причина (этиология) дает начало структурным изменениям органов и функций организма, то есть патологии. Эти изменения называются симптомами и признаками заболевания.

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

Различают следующие виды нарушений:

1. Умственное нарушение, выражающееся в нарушениях интеллекта, памяти, мышления.
2. Другие психологические нарушения, выражающиеся в расстройствах сознания, внимания, нарушения эмоциональной реакции, настроения, психомоторных функций и др.
3. Языковые и речевые нарушения.
4. Ушные нарушения.
5. Зрительные нарушения.
6. Висцеральные и метаболические нарушения, выражающиеся в различных проявлениях заболеваний внутренних органов.
7. Двигательные нарушения.
8. Уродующие нарушения.

По степени выраженности нарушения могут быть легкими, средней тяжести и тяжелыми, временными и постоянными.

ми, может иметь место одновременное наличие двух или нескольких видов нарушений.

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

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

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

Степень снижения имеет несколько градаций:

1-я степень — компенсации имеющегося снижения за счет использования вспомогательных или медикаментозных средств;

2-я степень — необходимость периодической помощи других лиц;

3-я степень — необходимость постоянного ухода ввиду неспособности инвалида при условии использования вспомогательных и медикаментозных средств ориентироваться в обычной среде жизнедеятельности.

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

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

Под способностью к обучению понимается возможность получения образования. Получение образования оценивается по возможности обучения в учебных заведениях общего типа, необходимости обучения в специальных учреждениях. По этим критериям судят о степени ограничения способностей в получении образования. Самой высокой степенью ограничения является отсутствие способностей к обучению.

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

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

Необходимо отметить, что экспертиза наличия, вида, выраженности ограничения жизнедеятельности должна основываться на объективных данных. Обследование больного проводится в ЛПУ системы здравоохранения. На основе анализа всех поступивших в МСЭК материалов, информации, полученной в процессе освидетельствования больного, на заседании комис-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ДЕТСТВА

Инвалиды с детства и дети-инвалиды (до 16 лет) составляют существенную часть в контингенте инвалидов всех категорий. В РФ за последние 20 лет уровень инвалидности с детства увеличился более чем в 3,6 раза и по прогнозам будет увеличиваться и в дальнейшем. В городе он выше, чем в сельской местности; имеются колебания и в зависимости от комплекса социально-экономических, социально-демографических, экономических и медико-социальных особенностей региона. Инвалидность у детей определяется значительным ограничением жизнедеятельности, приводящим к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

Инвалидность с детства устанавливается лицам, у которых она наступила до начала трудовой деятельности — до 16 лет (учащиеся — до 18 лет) — вследствие врожденного или возникшего в детстве заболевания или увечья. Выдача медицинского заключения на ребенка-инвалида возлагается на лечебно-профилактические учреждения, обслуживающие детей. Медицинское заключение и порядок его выдачи регламентируется прика-

зом Минздрава РФ № 117 от 4 июля 1991 года «О порядке выдачи медицинского заключения на детей-инвалидов в возрасте до 16 лет», который был издан в соответствии с законом РСФСР «О государственных пенсиях в РСФСР» во исполнение Распоряжения Совета Министров РСФСР от 11 июня 1991 года № 593-Р. В указанном приказе содержится характеристика патологических состояний и функциональных изменений, дающих право на установление инвалидности сроком от двух до пяти лет.

Состав инвалидов с детства неоднороден. В структуре патологии детской инвалидности (до 16 лет) преобладают психоневрологические состояния (более 60 %), заболевания внутренних органов, опорно-двигательного аппарата, нарушения зрения, слуха. Среди инвалидов с детства более 80 % составляют инвалиды вследствие психических заболеваний и заболеваний нервной системы. В первой группе в подавляющем большинстве умственно отсталые (олигофрены), больные шизофренией, эпилепсией; во второй — с последствиями детского церебрального паралича (ДЦП). Инвалидность с детства устанавливается больным с поражением опорно-двигательного аппарата. Чаще это врожденные физические дефекты (вывихи тазобедренного сустава, аномалии верхних и нижних конечностей, позвоночника, хондродистрофии). К инвалидам с детства также относятся слепые и слабовидящие в результате двустороннего врожденного или приобретенного поражения органа зрения. Среди других причин инвалидности с детства следует назвать врожденные пороки сердца, тяжелые заболевания почек, эндокринные заболевания. Около 80 % инвалидов с детства имеют первую и вторую группу инвалидности. Тяжелая инвалидность обусловлена недостаточно активными реабилитационными мероприятиями на ранних этапах жизни детей, страдающих указанными заболеваниями. Подтверждением этому служит установленный факт, что если с первых периодов жизни ребенка, у которого диагностирован ДЦП, начать последовательное лечение и применить весь широкий набор реабилитационных мер, то к 15 годам 70 % инвалидов, страдающих этим недугом, оставляют коляски и начинают полноценно жить и трудиться.

При разработке реабилитационных мер для инвалидов с детства учитываются принципы, заложенные в международных

документах, большинство из которых ратифицированы РФ.

Принятие Генеральной Ассамблеей ООН Конвенции о правах ребенка 26 января 1990 года гарантирует права, в том числе и детей инвалидов, на достойный уровень жизни, образование, отдых и охрану здоровья. Эту цель преследует и принятый Президентом РФ Указ № 543 «О первоочередных мерах по реализации Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы», а также Постановление Правительства РФ № 848 от 23 августа 1993 года «О реализации Конвенции ООН о правах ребенка и Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей» и Национальный план действия в интересах детей РФ до 2000 года (№ 69 от 31 января 1994 года). Для определения приоритетных направлений государственной политики в отношении реабилитации инвалидов и обеспечения им равных возможностей в соответствии с Указом Президента РФ от 15 октября 1993 года № 1647 осуществляется подготовка государственных докладов и тематических обзоров о положении инвалидов в РФ.

Реабилитация инвалидов с детства, особенно детей-инвалидов, имеет свои особенности, так как она должна обеспечить, учитывая, что речь идет о растущем организме, развитие всех систем и функций, предупредить задержку в росте и развитии ребенка. Поэтому под реабилитацией инвалидов с детства с учетом основополагающих теоретических и методологических положений реабилитации, особенностей этого контингента инвалидов принято понимать систему медицинских, педагогических, психологических, социально-экономических и других мероприятий, направленных на ликвидацию или коррекцию патологических изменений, нарушающих ход нормального развития детского организма, и на максимально полную и раннюю социальную адаптацию ребенка, формирование у него положительного отношения к жизни, обществу, семье, обучению, трудовой деятельности.

Адаптация в широком смысле означает «соответствие», «согласие» человека с окружающим миром и проявляется в способности к выполнению различных ролей и функций, в устойчивости социальных связей, в сформированности навыков общественного существования. Реабилитация инвалидов с детства должна начинаться на самых ранних стадиях болезни, процесс

этот должен осуществляться непрерывно до достижения в минимально возможные сроки максимального восстановления или компенсации нарушенных функций.

К детям-инвалидам чаще всего относятся умственно отсталые, плохо слышащие, глухие, дети с расстройством речи, с нарушением зрения, с серьезными эмоциональными расстройствами, ортопедическими недостатками, с множественными нарушениями и т. д.

В Конвенции о правах ребенка, принятой Генеральной Ассамблеей (1982 г.), указывается, что неполноценный в умственном или физическом отношении ребенок должен вести полноценную и достойную жизнь в условиях, которые обеспечивают его достоинство, способствуют его уверенности в себе и облегчают его активное участие в жизни общества. Для этого ребенку-инвалиду должен быть обеспечен эффективный доступ к услугам в области образования, профессиональной подготовки, медицинской помощи, подготовки к трудовой деятельности и т. д. Указанное должно способствовать наиболее полному вовлечению ребенка в жизнь общества, его культурному и духовному развитию.

Говоря о детской инвалидности, необходимо обращать внимание на этический аспект проблемы. Эксперты ВОЗ рекомендуют оценивать имеющиеся нарушения в результате болезни или других расстройств и возникшие вследствие этого те или иные ограничения жизнедеятельности, а не наклеивать сразу ребенку ярлык инвалида. Под ограничением жизнедеятельности понимается любое ограничение или отсутствие способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста. Это понятие характеризуется чрезмерностью или недостаточностью по сравнению с обычным в поведении или деятельности, может быть временным или постоянным, обратимым и необратимым, а также прогрессирующим и регрессивным.

Предложено выделить шесть основных категорий для оценки характера ограничения жизнедеятельности:

1. Снижение способности адекватно вести себя.
2. Снижение способности общаться с окружающими.
3. Снижение способности передвигаться.
4. Снижение способности действовать руками.

5. Снижение способности владеть телом при решении некоторых бытовых задач.

6. Снижение способности ухаживать за собой.

Контингент с отклонениями в умственном развитии состоит прежде всего из больных олигофрениями различной степени выраженности. Различают дебильность, имбицильность и идиотию. Олигофрения представляет сборную группу нозологических форм заболеваний, ведущим синдромом которых является отставание умственного развития. Следует отметить, что практически любые тяжелые инвалидизирующие заболевания у ребенка при недостаточном или неадекватном лечении могут привести к отставанию в умственном развитии.

Группа с отклонениями в умственном развитии включает детей-инвалидов вследствие энцефалопатий, органического поражения головного мозга, детей с интеллектуальными нарушениями, шизофренией с ранним умственным дефектом, эпилепсией с изменениями личности и отставанием умственного развития, различными заболеваниями центральной нервной системы с сопутствующей задержкой или отставанием умственного развития.

Контингент детей с отклонениями в физическом развитии также неоднороден. Это прежде всего дети с врожденной и приобретенной патологией нервной системы, с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и последствиями травм, а также с хронической патологией носоглотки и врожденными пороками развития лица, с врожденными и приобретенными заболеваниями внутренних органов, с заболеванием органов чувств. Физическое развитие этих детей страдает из-за длительной неподвижности или ограниченной подвижности в результате самой патологии или длительного лечения в условиях постельного режима, развития организма ребенка в условиях хронической интоксикации, гипоксии и гипоксии. Причиной отклонений в физическом развитии детей с врожденной или приобретенной патологией нервной системы являются чаще всего травмы центральной и периферической нервной системы, полученные при родах или в силу разных причин в детском возрасте и приведшие к параличам и парезам конечностей, генерализованным гиперкинезам, нарушению координации и другим дефектам.

Причиной отклонения в физическом развитии детей с различной патологией опорно-двигательного аппарата являются проявления указанной патологии в виде выраженных нарушений функций суставов в результате контрактур, анкилозов, ложных суставов, патологических изменений мышц, вторичных неврологических нарушений, повторных патологических переломов и других изменений.

Заболеваниями внутренних органов, которые чаще всего приводят к отклонениям в физическом развитии, являются врожденные пороки сердца, хронические неспецифические заболевания легких, развивающиеся на фоне аномалий развития бронхо-легочного аппарата, тяжелая патология желудочно-кишечного аппарата, тяжелая патология эндокринной системы, тяжелая патология почек

Выделяют следующие аспекты реабилитации: медицинский, психологический, педагого-воспитательный, профессиональный, социально-бытовой, социальный. Каждый аспект имеет свои задачи и специальные реабилитационные меры. Индивидуальная программа реабилитации для инвалидов с детства разрабатывается по всем аспектам, поэтому она и получила название комплексной, многоаспектной или многопрофильной программы реабилитации.

Уровень реабилитационного потенциала определяется многими факторами, прежде всего особенностями клинической картины, характером протекания адаптивных процессов, уровнем и возможностью компенсации патологического процесса, возрастом и другими как клиническими, так и социальными факторами.

Медицинский аспект комплексной программы реабилитации предусматривает меры лечебно-диагностического и восстановительного характера. Их цель — восстановление нарушенных или утраченных функций. Основой медицинской программы реабилитации является комплексное использование взаимодополняющих средств и методов лечения, физического воздействия, рефлексотерапии, трудотерапии, психотерапии и др.

Особенностью восстановительного лечения инвалидов с детства является то, что начало этого лечения в детском возрасте должно предусматривать не только ликвидацию дефекта, вызванного тем или иным заболеванием, но и стимуляцию раз-

вития функций (двигательной, речевой, психической и др.), задержанного влиянием болезни. Своевременная коррекция нарушенных болезнью функций у детей особенно важна, так как отсутствие или недостаточная коррекция функций у развивающейся личности при реакции на дефект, ограничение движения могут привести к нарушению формирования ее в целом. Особенностью реабилитации инвалидов с детства, с учетом того что она начинается в детском или подростковом возрасте, является то, что проведение медицинской реабилитации невозможно без одновременной педагого-воспитательной. Педагого-воспитательный аспект реабилитации имеет своей целью воспитание, обучение и развитие ребенка для подготовки к жизни в обществе, в семье и к профессиональной деятельности.

По определению, профессиональная реабилитация инвалидов — это научно обоснованный выбор трудового пути инвалида, общественно необходимой профессии, наиболее соответствующей его индивидуальным возможностям, интересам, мотивам личности, а также максимальной эффективности обучения и дальнейшего трудоустройства в выбранной профессии.

Министерствам народного образования РСФСР, высшего и среднего профессионального образования, здравоохранения, социальной защиты и другим было поручено (Постановление Совмина РСФСР от 07.02.1990 г. «О мерах по улучшению социального обслуживания инвалидов в РСФСР») решить следующие вопросы:

- об ограничении противопоказаний для обучения детей в общеобразовательных школах по состоянию здоровья;
- о расширении перечня специальностей и профессий, по которым возможно обучение инвалидов в высших, средних специальных и профессионально-технических учебных заведениях;
- о предоставлении инвалидам преимущественного права поступления в высшие учебные заведения.

В комплексной программе реабилитации инвалидов с детства профессиональная подготовка, профессиональное обучение относятся к так называемому профессиональному аспекту реабилитации, который кроме перечисленных мер реабилитации включает переобучение и рациональное трудовое устройство.

Меры реабилитации в рамках социального аспекта направлены на решение задач материально-бытовой, материально-тех-

нической и социальной поддержки как таковой инвалида с детства и его семьи, члены которой, как правило, являются непосредственными проводниками реабилитационной программы.

Обсуждая вопрос об особенностях реабилитации инвалидов с детства, нельзя не остановиться на роли семьи в этом процессе. Участие членов семьи, особенно матери, оказывается определяющим в результатах реабилитации. Родители должны быть подготовлены к осуществлению реабилитации детей-инвалидов в домашних условиях. Роль социального работника в этих случаях чрезвычайно велика, так как именно от него ждут совета, помощи. Уверенность родителей в успехе реабилитации оказывает влияние на образ жизни ребенка-инвалида, формирует ее уклад, психологический климат, социально-экономическую активность родителей и т. д., что в свою очередь способствует адаптации, успешности обучения и всему процессу интеграции ребенка-инвалида в общество.

Характер реабилитационной работы с инвалидом с детства в семье определяется особенностью заболеваний. Реабилитация инвалидов вследствие заболеваний, приводящих к умственной отсталости, требует систематических, многолетних занятий с целью обучения навыкам самообслуживания и гигиены, в школьном возрасте и далее — дополнительных занятий по овладению школьной программой, профессиональными навыками.

В настоящее время при разработке региональных программ социальной помощи семьям, имеющим инвалида с детства, предусматриваются меры по обучению и инструктажу родителей, методам реабилитации по всем аспектам, материальному обеспечению этих мер, социально-педагогическому патронажу семьи и т. д.

Среди инвалидов с детства подавляющее большинство составляют, как указывалось, больные психическими заболеваниями и патологией нервной системы. В общих чертах представляем процесс реабилитации инвалидов с детства вследствие ДЦП.

Церебральный паралич — полиэтиологическое заболевание, приводящее к поражению центральной нервной системы. Развивается во внутриутробной жизни плода или во время родов. Причины могут быть разными, но непосредственное влияние на мозг оказывает гипоксия во внутриутробном периоде или во время патологических родов. Основными проявлениями

ДЦП являются нарушения функции опорно-двигательного аппарата, психики и речевой сферы. Эти нарушения могут быть в разных сочетаниях и разной степени выраженности. Нарушения опорно-двигательного аппарата могут привести к полной обездвиженности. Что касается состояния интеллекта, то могут быть колебания от полной его сохранности до выраженной умственной отсталости.

Эффективность медицинской и социальной адаптации зависит от того, как рано начинается лечение. Оно должно начинаться при первых проявлениях заболевания и проводится комплексно с использованием медикаментозного, физиотерапевтического, хирургического, ортопедического и других методов. При выборе трудовой деятельности больным с последствиями детского церебрального паралича принимаются во внимание степень нарушения психической деятельности, формы заболевания, способ передвижения, наличие навыков самообслуживания и др.

В осуществлении реабилитационных мер для больных ДЦП чрезвычайно важным является учет необходимости проведения коррекции личностных нарушений, привитие навыков общения. Эту работу проводит специалист-психолог совместно с лечащим врачом и педагогом. Целесообразно эту работу проводить одновременно и с родителями, так как оценка родителями личностных особенностей ребенка, его возможностей часто бывает неадекватной.

2.2. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПОРАЖЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

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

Инвалиды с поражениями опорно-двигательного аппарата составляют до 1/5 всего контингента инвалидов, что опреде-

ляет значимость проведения всех мер эффективной реабилитации, показанных этому контингенту инвалидов.

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

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

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

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

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

Для инвалидов молодого возраста с врожденным недоразвитием или приобретенным поражением опорно-двигательного аппарата важнейшим элементом реабилитации является их профессиональная ориентация и профессиональное обучение. При этом инвалидам третьей группы можно рекомендовать про-

фессии преимущественно умственного труда, в том числе счетно-канцелярские, административно-хозяйственные, а также рабочие профессии, адекватные имеющимся ограничениям и дефектам, труд в массовых профессиях — торговле и обслуживании. Для инвалидов второй группы более приемлема работа на дому, для чего необходим лишь инструктаж.

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

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

Наиболее успешные примеры реабилитации инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата в России были достигнуты в реабилитационных центрах Санкт-Петербурга, Нижнего Новгорода, Иванова, Новокузнецка: в амбулаторном центре и стационарном отделении реабилитации в Нижнем Новгороде при медико-санитарной части автозавода, амбулаторном центре реабилитации текстильщиков в г. Иванове, в территориально-реабилитационной поликлинике № 51 в Санкт-Петербурге. Организация таких учреждений возможна и при других крупных предприятиях, а в современных условиях и в виде территориальных центров реабилитации на основе развития системы страховой медицины.

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

Проведенные расчеты показали, что реабилитация больных и инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата в амбулаторном реабилитационном центре эффективна не только с медико-биологической и социальной точек зрения, но и дает экономический эффект, так как сокращает период временной нетрудоспособности и пребывания на инвалиднос-

ти, значительно уменьшает выплаты по социальному страхованию и из пенсионного фонда.

2.3. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

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

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

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

Инвалиды 1 или 2 группы вследствие заболевания и травмы органа зрения получают права и льготы, установленные специально для слепых — возможность раньше получить пенсию по старости (мужчины — по достижении 50 лет и стажа работы не менее 15 лет, женщины — по достижении 40 лет и стажа работы не менее 10 лет). Слепые освобождаются от уплаты подоходного налога по месту работы, им установлен 6-часовой рабочий день, они имеют право бесплатного проезда внутригородским транспортом.

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

2.4. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

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

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

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

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

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

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

Социально-трудовая реабилитация и рациональное трудовое устройство взрослых олигофренов с осложненными типами

дефекта являются наиболее трудной задачей, которая решается по-разному — в зависимости от типа дефекта. При психопатоподобном дефекте наиболее целесообразна индивидуальная организация труда, при астеническом типе дефекта — групповая организация труда, а при пароксизмальном типе дефекта — надомный труд.

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

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

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

Реабилитация инвалидов вследствие шизофрении, имеющих дефекты психики как следствие исхода и как конечное со-

стояние процесса, осуществляется преимущественно в психоневрологических домах-интернатах.

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

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

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

2.5. РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

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

ции и смерти. 70 % больных ИБС находятся в возрасте старше 60 лет, чаще заболевают мужчины.

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

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

1. Прогрессирующая стенокардия на фоне предшествующего стабильного течения, которая характеризуется внезапным увеличением частоты, интенсивности и продолжительности приступов;

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

3. Стенокардия с часто возникающими приступами острой коронарной недостаточности.

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

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

- 2-й класс — легкая степень стенокардии — приступы появляются при быстрой ходьбе, ходьбе в гору, подъеме по лестнице более чем на 1 этаж или ходьбе в обычном темпе на дли-

тельное расстояние; появляется некоторое ограничение обычной физической активности.

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

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

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

Программа медицинской реабилитации планируется в зависимости от того, в какой стадии находится заболевание. На первом плане в лечении — сосудорасширяющие средства пролонгированного действия, препараты, воздействующие на метаболизм сердечной мышцы и уменьшающие потребность сердца в кислороде. При развитии болевого синдрома назначаются средства быстрого действия — нитроглицерин, валидол. С учетом того, что часто провоцирующим моментом в развитии приступа является эмоциональный фактор, больным рекомендуется применять различные седативные средства и транквилизаторы.

Большое значение в программах реабилитации уделяется физической активности. В зависимости от самочувствия больного, результатов обследования всеми необходимыми при этом заболевании средствами назначается тот или иной режим, щадящий, щадяще тренирующий, тренирующий. Инвалидам вследствие ИБС чаще, чем больным другими заболеваниями, включаются в программы реабилитации психокоррекционные методы, так как психические изменения весьма часто наблюдаются при этой патологии. Установлено что при хронической коронарной недостаточности 1-й степени больным доступен широ-

кий круг профессий. Им противопоказаны только работы, связанные с тяжелым физическим и значительным нервно-психическим напряжением в неблагоприятных производственных условиях. Хроническая коронарная недостаточность 2-й степени является фактором, существенно ограничивающим трудоспособность больных. Больные, выполняющие физический труд средней тяжести и тем более тяжелый или интеллектуальный с большим нервно-психическим напряжением, при невозможности рационального трудоустройства признаются инвалидами 2-й группы, т. е. нетрудоспособными. При хронической коронарной недостаточности 3-й степени выполнение любого труда в производственных условиях противопоказано. Для определенных категорий больных легкий физический или напряженный интеллектуальный труд, выполняемый в свободном темпе и ритме, служит трудотерапией.

Социальные работники чаще встречаются с больным, перенесшим инфаркт миокарда, на этапе его социально-трудовой реабилитации, когда решаются вопросы, связанные с трудоспособностью, трудоустройством, взаимоотношением больного и общества, больного и членов его семьи. Так как инфаркт миокарда — тяжелое заболевание, требующее длительного лечения, то с самого начала возникает вопрос о возможной в дальнейшем инвалидности. Для больных, перенесших инфаркт миокарда, в последние годы врачи МСЭК используют практику пролонгирования сроков временной нетрудоспособности. После истечения 4 месяцев непрерывного лечения в стационаре, санатории, поликлинике с предоставлением листа временной нетрудоспособности лечащий врач направляет больного во МСЭК. Если МСЭК устанавливает, что клинический и трудовой прогноз больного благоприятный, то, несмотря на тяжесть заболевания, инвалидность не устанавливается. Для восстановления трудоспособности МСЭК санкционирует ВКК ЛПУ продолжить указанное лечение еще в течение нескольких месяцев. Такой метод способствует профилактике инвалидности, увеличению числа больных, возвращающихся к трудовой деятельности. На всех этапах послеинфарктной реабилитации необходимо использование методов всех аспектов восстановительного лечения — медицинского, физического, психологического, социального.

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

Для некоторой части больных пороками сердца консервативная медикаментозная терапия является малоэффективной. На определенной стадии заболевания предпринимается хирургическое лечение: митральная комиссуротомия, протезирование клапанного аппарата. Эти больные после операции получают этапное восстановительное лечение, т. е. после хирургического стационара поступают в реабилитационное отделение, местный санаторий, а затем — под наблюдение кардиолога поликлиники. Так как восстановительное лечение продолжается длительное время, больные направляются в МСЭК для определения инвалидности.

2.6. ОСОБЕННОСТИ СТАРЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ

Старость — один из периодов нормального цикла жизни, не прерванный болезнью или насилием. По классификации, принятой ВОЗ и геронтологической ассоциацией, в соответствии с календарным возрастом к пожилым относятся люди в

возрасте 60—74 лет, к старикам — 75—90 лет, к долгожителям — старше 90 лет. В то же время средняя продолжительность жизни в России, достигнув к 1970 году 70 лет, с тех пор неуклонно снижается.

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

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

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

Слуховой анализатор в процессе старения атрофируется. Атеросклеротические изменения органа слуха усугубляют процессы атрофии (изменение слуха фиксируется у 25 % стариков). Морфологические изменения происходят и в нервной системе. Изменяется масса мозга — ее вес и объем уменьшается вследствие атрофических и дистрофических изменений в клетках и их отростках. Такие изменения раньше начинаются в участках коры, отвечающей за высшие функции, далее — в подкорковых образованиях и в спинном мозгу, в периферических нервах. Перечисленные процессы идут неравномерно в разных участ-

ках нервной системы, не одновременно усиливаются благодаря атеросклерозу.

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

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

Снижается также реактивность вегетативной нервной системы, соответственно и сосудистых реакций. Возрастные изменения нервной системы естественно отражаются и на интеллектуальных функциях стареющих людей. Основные процессы, обуславливающие психическую деятельность, — возбудительный и тормозной — ослабевают, они становятся инертными, ослабевает дифференцировочное торможение. Однако темп и выраженность этих изменений зависят как от типа нервной системы (флегматики, холерики, сангвиники), так и от многих факторов прожитой жизни (условия, образование, характер деятельности, перенесенные болезни). Ослабление внутреннего торможения проявляется в многословии, несдержанности, эмоциональной неустойчивости, раздражительности. Ослабление основных нервных процессов лежит в основе снижения психической активности, ухудшения интеллектуально-мнестических функций. К структурным особенностям психического старения относятся относительно большая выраженность снижения наиболее сложных (новых комбинаторных, творческих, интегрирующих, абстрагирующих) видов психической деятельности и относительно большая сохранность тех из них, которые основываются на использовании приобретенного опыта, прочно освоенных понятий и словарного запаса.

Эксперименты выявляют, что наиболее явственны возрастные изменения в тех тестах, где требуется находчивость, воображение, изобретательность, абстрактный анализ, интеграция вос-

приятия в одно целое, особое напряжение внимания и скорость выполнения, отвлеченное мышление. Наибольшая стабильность уровня решения наблюдается при задачах, требующих опыта, прочно освоенных знаний, словарного запаса. Сдвиг в сторону снижения психической активности выражается в сужении объема восприятий, затруднении сосредоточения внимания, замедлении психомоторных реакций. Характерно расхождение между речью и мышлением. При бедности мышления, при оскудении содержательной стороны речи нарастает самостоятельность речевой активности, выхолощенность речевого напора.

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

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

Общими личностными изменениями в старости могут быть чаще всего нетерпимость и консерватизм в отношении всего нового, переоценка положительного опыта прошлого, преобладание неприязненного, недовольного и брюзжащего отношения к окружающим, обидчивость и эгоцентризм, эмоциональное притупление, подозрительность и скупость, черствость при общей ипохондричности. Все эти явления психики говорят о переходе от экстраверсии к интроверсии. Старикам часто свойственно упрямство, недоступность логическим доводам, ригид-

ность суждений наряду с другими вариантами — повышенной внушаемостью и легковерием, слабодушием и чувственностью.

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

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

Обобщая особенности течения неврозов и реактивных состояний в пожилом возрасте, необходимо подчеркнуть следующие основные положения:

1. Малую эмоциональную выносливость и парадоксальность реакций на психотравмы.

2. Роль соматогенных факторов на развитие невротических состояний.

3. Расстройства сна как одного из наиболее частых проявлений.

4. Малую динамичность течения невротических проявлений.

5. Редкую изменчивость синдромов, т. е. переходов, например, от депрессии к паранойе и т. д.

6. Отрицательное влияние на развитие невроза изменений жизненного стереотипа (переезды, уход с работы и т. д.).

7. Затяжное течение.

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

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

В социальном аспекте пожилой возраст характеризуется:

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

Перечисленные социальные факторы оказывают особое негативное воздействие на пожилых людей.

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

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

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

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

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

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

Следующим вопросом, требующим внимания, является роль пожилых людей в семье, ее социально-психологические аспекты. При экономическом анализе семья рассматривается как ячейка, объединяющая лиц, связанных экономически (общим доходом и расходом бюджета). Определенный интерес (при соответствующих коррективах для российской действительности) представляет периодизация жизни семьи, предложенная американскими учеными: жизненный цикл семьи разбивается на 9 этапов:

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

2. Юные молодожены без детей.

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

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

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

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

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

8. Вдовствующее лицо работает.

9. Вдовствующее лицо на пенсии.

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

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

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

Обслуживание и социально-бытовая реабилитация пожилых и старых людей требует прежде всего установления контакта и общения с ними. Общение — явление социальное, проявляется в единичных межличностных взаимодействиях. Дефицит общения у одиноких стариков неблагоприятно влияет на их эмоциональную сферу, психику.

Общение выполняет ряд функций:

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

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

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

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

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

- при возможном выигрыше — вариант борьбы;
- при неопределенности исхода — переговоры и поиск компромисса;

- при неперспективности — поиск выхода из конфликта.

Необходимо знать механизмы взаимодействия в конфликтной ситуации:

- механизм влияния на оппонента (демонстрация, выживание, риск, принуждение, дезинформация);
- механизм научения (распознавание личности и тактики оппонента, расширение наборов типов поведения);
- механизм приближения — избегания;
- механизм оценки (выигрыши, проигрыши).

Отсюда вытекают требования к профессии социального работника, участвующего в стационарных или нестационарных формах обслуживания. Это, во-первых, компетентность — знание законов, правил, приемов работы, психология обслуживания; во-вторых, вежливость и выдержка; в-третьих — призвание к своему нелегкому труду и, соответственно, естественное доброе отношение к подопечным. Социальный работник должен хорошо знать характер подопечных, суметь быстро его определить. Необходима опрятная внешность, аккуратность, веж-

ливость, культура речи, спокойная и невозмутимая благожелательность, без снисходительности. Руководители социальной работы в интернатах и нестационарных учреждениях должны следовать следующим правилам: вести себя ровно с людьми, не бросать слов на ветер, не раздражаться, беречь свое и чужое время, не углубляться в мелочи, понимать настроение подопечных, отмечать их инициативу, хорошую работу; распределять работу по способностям и опыту, не поручать новую работу, пока предшествующая еще не выполнена. Особенно важно в социально-психологической работе в интернатах и в территориальных центрах обеспечить процесс нормальной адаптации пожилых и старых людей, без невротических или астенических синдромов.

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

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

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

Центры реабилитации инвалидов должны выполнять следующие функции:

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

В соответствии с функциями основными задачами центра должны стать:

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

- проведение психокоррекции установок инвалидов на активный образ жизни, труд, общение в семье, обществе и др.;
- осуществление профессиональной ориентации;
- адаптация инвалида к трудовой деятельности;
- подбор инвалидам вспомогательных средств и средств передвижения;
- проведение восстановительного лечения;
- проведение специализации и повышение квалификации специалистов по вопросам инвалидов;
- консультативно-методическая помощь по вопросам реабилитации инвалидов общественным, государственным и иным организациям, инвалидам, лицам, представляющим интересы инвалидов.

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

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

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

Блок «Медицинская реабилитация» должен включать следующие отделения:

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

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

В состав подразделения социально-средовой реабилитации должны быть включены:

1) служба коррекции ограничения передвижения инвалидов, в том числе отделения: протезирования, ортезирования, косметическое, отделение изготовления ортопедической обуви, тьюторов, ортезов и других изделий;

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

3) лаборатория адаптации жилищно-коммуникативных систем и транспорта;

4) социологическая лаборатория;

5) отделение социально-бытовой реабилитации;

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

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

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

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

Блок «Профессиональная реабилитация» должен быть представлен следующими службами:

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

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

Блок «Дополнительной службы» может быть разнообразен по составу служб, входящих в него, что зависит от цели и за-

дач, которые необходимо на них возложить в конкретном центре.

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

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

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

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

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

- клинической лаборатории;
- психологической службы, в которой работают медицинские и социальные психологи;
- отдела профессиональной реабилитации;
- социальной службы, работники которой помогают организовать досуг реабилитантам.

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

Основные подразделения центра и составляющие их службы:

1. Медицинские службы:

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

- служба психокоррекции представлена психологами и психотерапевтами;
- амбулаторная служба, включающая широкий круг специалистов, служб и лабораторий, имеющих в центре.

2. Служба профессионального обучения.

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

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

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

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

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

4. ЛИТЕРАТУРА

Альбер В.О., Болтенко В.В., Галкин В.А. Анализ деятельности домов-интернатов системы социального обеспечения: Метод. рекомендации. М., 1980.

Болдырев А.И., Лепилова О.И., Белова О.П. Реконструктивно-восстановительные операции и протезирование при дефектах кисти в социально-бытовой и трудовой реабилитации: Метод. рекомендации. Л., 1990.

Галкин В.А., Калинина Е.В., Николаева С.Л. Организация трудовой терапии и трудовых процессов пожилых и престарелых, проживающих в домах-интернатах МСО РСФСР: Метод. рекомендации. М., 1978.

Горбунова Н.А., Мегрелян Г.А., Погосов А.В. Медицинские показания к направлению инвалидов на профобучение в учебные заведения МСО РСФСР: Метод. рекомендации. М., 1982.

Горбунова Н.А., Теучеж Р.Х., Осадчик А.И. Формы и методы профессиональной подготовки инвалидов в условиях производства: Метод. рекомендации. М., 1984.

Горбунова Н.А., Осадчик А.И., Кириенко З.Е. Методика разработки перечней профессий для преимущественного замещения инвалидами: Метод. рекомендации. М., 1985.

Горбунова Н.А., Бычкова Э.А., Попкова Р.Ф. Формы и содержание профориентационной работы в учреждениях системы социального обеспечения: Метод. рекомендации. М., 1986.

Дементьева Н.Ф., Доценко Н.М., Беляев В.П. Совершенствование медицинской помощи лицам старших возрастов в начальном периоде адаптации в домах-интернатах: Метод. рекомендации. М., 1988.

Дыскин А.А. Профориентация при рациональном трудоустройстве инвалидов: Обзор. информация / ЦБНТИ МСО РСФСР. М., 1986.

Дыскин А.А., Решетюк А.Л. Здоровье и труд в пожилом возрасте. Л., 1988.

Ермилова Л.К., Жохов В.П., Муравьева Э.В. и др. Трудовое устройство слепых и слабовидящих, проживающих в сельской местности: Метод. рекомендации. Л., 1982. С. 10.

Зетикова В.А., Чепкая Л.М., Филюк В.Ф. Медицинская и социально-трудовая реабилитация лиц, перенесших тяжелую

травму опорно-двигательного аппарата // Проблемы ВТЭ и социально-трудовой реабилитации. Минск, 1978. С. 110-114.

Коркушко О.В. Сердечно-сосудистая система и возраст. М.: Медицина, 1983. С. 176.

Колесник Ф.А., Дыскин А.А., Гринштейн Е.Я. и др. Принципы составления индивидуальных программ реабилитации инвалидов: Метод. рекомендации. Л., 1984.

Коробов М.В., Ермилова Л.К., Дыскин А.А. Оценка тяжести физического труда и ее значение в практике ВТЭ. ЦБНТИ Минсобеса РСФСР, 1978.

Лукияненко А.М. Проблемы экспертизы, реабилитации и трудоустройства инвалидов. М.: Медицина, 1982. С. 272.

Николаева Л.Ф., Аронов Д.М., Гайсслер В.И. Современные достижения в реабилитации больных инфарктом миокарда. М.: Медицина, 1983. С. 270.

Никифоров В.П., Дыскин А.А., Навроцкая Т.П. Социальное положение, трудовая деятельность и образ жизни пенсионеров по возрасту и инвалидов. Формы социально-бытовой помощи: Обзор. информация / ЦБНТИ МСЗ РФ. М., 1994. Вып. 1.

Новицкий А.Г., Миль Г.В. Занятость пенсионеров. Социально-демографический аспект. М., 1981. С. 173.

Положение об инженерно-врачебной бригаде. М., 1984.

Положение о ВТЭК СП РСФСР. 1984.

Танюхина Э.И. Показанные условия трудовой деятельности и их влияние на течение заболевания и трудоспособность больных ишемической болезнью сердца // Показания к рациональному трудовому устройству инвалидов, страдающих атеросклерозом. Л., 1984. С. 6-10.

Танюхина Э.И., Каменков К.А. Первичная инвалидность сельского населения вследствие заболеваний системы кровообращения // Методические и организационные вопросы ВТЭ. Л., 1984. С. 29-34.

Решетюк А.Л., Кривич С.Я., Дыскин А.А. Гигиенические рекомендации по рациональной организации труда пенсионеров по возрасту в спеццехах // Старение. Киев, 1985. С. 121-130.

Ферфильфайн И.Л., Катичев Д.И. Состояние социально-трудовой реабилитации инвалидов офтальмологического профиля в сельской местности УССР и перспективы его совер-

шенствования // Медико-социальные проблемы профилактики инвалидности, ВТЭ и трудоустройство инвалидов и пенсионеров по возрасту в условиях сельской местности. Л., 1984.

Храпылина Л.П. Основы реабилитации инвалидов: Учебно-методическое пособие. М., 1996. С. 146.

Юмашев Г.С., Ренкер К. Основы реабилитации. М.: Медицина, 1973. С. 112.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

Учебное издание

Карякина Ольга Иосифовна
Карякина Татьяна Николаевна

ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Учебное пособие

Главный редактор *А.В. Шестакова*
Редакторы *Т.А. Сус, О.С. Кашук*
Технический редактор *Н.Г. Романова*

ЛР № 020406 от 12.02.97

Подписано в печать 25.05.99. Формат 60х84/16.
Бумага типографская № 1. Гарнитура Таймс. Усл. печ. л. 5,1.
Уч.-изд. л. 5,5. Тираж 100 экз. Заказ . «С» 24.

Издательство Волгоградского государственного университета.
400062, Волгоград, ул. 2-я Продольная, 30.