

### Социальная реабилитация

Преподаватель: Щеткина Ирина Анатольевна, канд. социол. наук, доцент, доцент кафедры социальной работы, заместитель декана СФ ЗабГУ, email: [irinasocio@mail.ru](mailto:irinasocio@mail.ru), тел. 8-3022-32-57-47, деканат СФ.

**В рамках изучения дисциплины вам необходимо сделать конспекты лекций (5 тем), ответить на вопросы семинаров (5 семинаров), выполнить 5 упражнений, быть готовыми обсуждать изученные вопросы во время зачета в режиме онлайн. Все подготовленные материалы необходимо выставить в личный кабинет: одним файлом – конспекты пяти тем, следующий файл – вопросы пяти семинаров, отдельным файлом – ответы по пяти упражнениям. Все задания необходимо выполнять самостоятельно, делиться со студентами своими материалами не рекомендуется, при выявлении случаев идентичных ответов у нескольких студентов, зачет у этих студентов будет приниматься в устной форме. Ответы на вопросы зачета готовят только те студенты, которые не в полном объеме выполняют конспекты и задания.**

**ВНИМАНИЕ!** Подключение на сервисе BigBlueButton <http://disrm1.zabgu.ru/b/fdj-hmy-6pf> будет осуществляться 04.12 в 10.15 (2 пара). Для получения зачета всем студентам необходимо подключиться. Просьба заранее проверить технические возможности для входа на сервис. Инструкция для входа размещена отдельным файлом в материалах по дисциплине.

#### Технические требования:

1. Операционная система версии Windows 7 и выше.
2. Оперативная память не менее 2 Гб.
3. Веб-браузер GoogleChrome илиMozillaFirefox, обновленные до самой новой версии.
4. Веб-камера с микрофоном. (либо Ноутбук со встроенной камерой и микрофоном )
5. Интернет-подключение со скоростью не менее 15-25Мбит/сек.

### Лекционные материалы

#### Задание:

1. Ознакомьтесь с каждой темой и сделайте **краткие** конспект каждой темы в тетрадь или составьте тезисы в электронном виде.
2. Разместите в личном кабинете фото конспектов тетради или электронный файл по всем лекциям.

### **Тема 1. Сущность социальной реабилитации**

Реабилитация является сложным многогранным явлением общественной жизни. В настоящее время термин «реабилитация» достаточно часто встречается в прессе, литературе, научных публикациях и при этом употребляется для характеристики самых различных процессов, что объясняется развивающейся теоретико-металогической базой с одной стороны, жизненной необходимостью с другой. Значение этого термина многоаспектно. В переводе с позднелатинского языка реабилитация (rehabilitate) означает восстановление. В большинстве словарей и энциклопедических изданий приводится несколько значений данного термина, как правило, это медицинское и правовое понятие. Так, например, в словаре иностранных слов «реабилитация – это 1) восстановление в правах; 2) восстановление доброго имени, репутации; 3) восстановление нарушенных функций организма и трудоспособности больных и инвалидов, достигаемое

комплексом медицинских мероприятий». Исторически, термин «реабилитация» исходит от средневекового французского института помилования осуждённого с восстановлением его прежних прав. Впервые этот термин вел французский легист Блейнианус. История развития человечества убедительно свидетельствует о том, что реабилитация как процесс восстановления способностей людей жить и действовать в обществе, представляет собой объективно существующий феномен. Как и всякое объективное общественное явление, реабилитация подчиняется своим законам, со временем меняется, подвергается внешним и внутренним преобразованиям. Особенно интенсивно реабилитация развивается последние десятилетия. В настоящее время она обогащена новыми смыслами, обусловленными изменениям общества к людям с органичными возможностями, наполняется более глубоким содержанием, усложняется современными технологиями, то есть становится качественно другой.

В последние годы получила широкую признательность «социальная реабилитация». В современной науке существует значительное количество подходов к теоретическому осмыслению проблем социальной реабилитации и адаптации лиц с ограниченными возможностями. Понимание социальной реабилитации в процессе осмысления претерпевало существенные изменения. Так, например, в середине двадцатого столетия социальная реабилитация рассматривалась в более узком смысле и трактовалась как интеграция лиц с ограниченными возможностями в социум. Кроме этого она не рассматривалась как самостоятельное явление, а была составляющей частью реабилитации наряду с медицинской, психологической, при этом доминантой был медицинский подход. Реабилитация как отдельная медицинская дисциплина стала развиваться после Второй мировой войны в связи с проблемами возникшими из-за огромного количества инвалидов, оставшихся в разных странах в результате военных действий. Так, например, в 40-е годы прошлого столетия основой медицинской реабилитации в отношении хронических больных и инвалидов были защита и уход за ними, с 50-х годов начала развиваться концепция интеграции больных и инвалидов в обычное общество; особый упор сделан на обучении их, в том числе профессиональном и обеспечение техническими средствами реабилитации. В 1966 году XIX Ассамблея ВОЗ приняла резолюцию о реабилитации. В ней указывалось на значение реабилитации в уменьшении физических, психических и социальных последствий заболеваний, обращалось внимание на необходимость развития реабилитационных служб. В 70-е – 80-е года двадцатого столетия зарождается идея максимальной адаптации окружающей среды под нужды больных и инвалидов, всесторонней законодательной поддержке данных категорий в сфере образования, здравоохранения, социальных услуг и обеспечение трудовой деятельности. Всемирная организация здравоохранения в 1980 году дала определение медицинской реабилитации: «реабилитация» – это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, если это не реально – оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в общество. Упомянутая в цитате «оптимальная реализация», указывает на необходимость

проведения реабилитации нового уровня – социальной. Так происходит переход от медицинского подхода к социальной модели, в рамках которой реабилитация рассматривается как восстановление всего комплекса социальных способностей индивида, в том числе и со стороны физического здоровья. Признание равного права на полноценное участие в жизни общества человека, жизнедеятельность которого связана с его физическими и социальными ограничениями превращает социальную реабилитацию в явление, обеспечивающее наиболее полную духовную, культурную и социальную реализацию и повышение качества жизни реабилитируемого, несмотря на определенную объективную невозможность восстановления утрат и ограничений. Это в свою очередь, значительно расширяет и обогащает теоретико-методологическое понимание сущности и смысла социальной реабилитации. Всеобщей сущностью социальной реабилитации становится восстановление не дефекта, а восстановление развития человека. На данном этапе развития социальной реабилитации объектом процесса являются инвалиды и дети-инвалиды. В отношении этих категорий стала разрабатываться нормативно-правовая база, как на международном уровне, так и на государственном:

- стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (Приказы Генеральной ассамблеи Организации Объединенных Наций от 20.12.1993г.);
- Хартия третьего тысячелетия (принята Генеральной ассамблеей международной реабилитации. Лондон 09.09.1999г.). В этих документах определены основные положения нормативно-правовой базы реабилитационных мероприятий;
- федеральный закон от 24.11.1995г. 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;
- постановление Министерства труда и социального развития России от 1996г., в котором утверждается «примерное положение об индивидуальной программе реабилитации инвалидов» и так далее.

Основной целью социальной реабилитации становится восстановление социального статуса личности, обеспечение социальной адаптации в обществе, достижение материальной независимости.

Принципами социальной реабилитации являются: как можно ранее начало осуществления реабилитационных мероприятий, непрерывность и поэтапность их проведения, системность и комплексность, индивидуальный подход.

К задачам социальной реабилитации относятся:

- 1) восстановление или компенсация утраченных функций организма;
- 2) содействие социально-бытовой адаптации индивида с последующим включением его в окружающую жизнь;
- 3) оказание помощи в определении жизненных перспектив и выборе способов их достижения;
- 4) развитие коммуникативных навыков.
- 5) оказание помощи в достижении морально-психологического равновесия;

б) содействие в профессиональной ориентации и трудоустройстве и другое.

Исходя из выше сказанного, можно сделать вывод о том, что социальная реабилитация определяется как комплекс мер, направленных на восстановление и разрушенных или утраченных индивидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, изменением социального статуса, девиантным поведением личности.

Понимание социальной реабилитации как восстановления развития дает возможность перейти от традиционного ракурса ее направленности на инвалидов и детей-инвалидов на более широкое осмысление по отношению к другим категориям – пожилым гражданам; беженцам; детям из неблагополучных семей; лицам, страдающим алкоголизмом и наркоманией; лицам, подвергшимся насилию; лицам, с наличием у них травматических и посттравматических стрессовых расстройств и так далее. Новый контекст социальной реабилитации приводит к необходимости расширения возможностей адаптации личности к постоянно меняющейся внешней среде. В последние годы в реабилитацию введено понятие «качество жизни». При этом качество жизни рассматривают как интегральную характеристику, на которую надо ориентироваться при оценке эффективности реабилитационных мероприятий.

Процесс реабилитации всегда разворачивается длительно и трудно, требует постоянного участия и контроля его реализации со стороны квалифицированных специалистов, причем их участие должно быть многогранным и невозможно без организации и предоставления социальной, медицинской и иных видов помощи, связанных с трудоустройством, профессиональным самоопределением, обучением, переквалификацией. Важно, чтобы специалисты представляли процесс социальной реабилитации как систему действий по восстановлению или обретению определенных прав клиента, привилегий и обязанностей, систему действий по научению исполнения различных социальных ролей в соответствии с рангом или позициями в группе.

Социальная реабилитация предполагает комплекс мер, направленных на восстановление человека в правах, социальном статусе, улучшение его здоровья, дееспособности. Основными видами реабилитации являются:

- медицинская, включающая в себя комплекс медицинских мер, направленных на восстановление или компенсацию утраченных функций организма. Проводится посредством восстановительного лечения, в том числе протезирование. Это вид реабилитации непрерывно связан с лечебным процессом, эффективность которого зависит от ранней диагностики, восстановительных мероприятий, уровня оказания медицинской помощи, привлечением врачей различных специальностей и многое другое. В большинстве случаев должна осуществляться пожизненно для предотвращения негативной динамики и рецидивов заболевания;
- социально-психологическая реабилитация позволяет успешно адаптироваться в окружающей среде и выполнять соответствующие социальные роли, психологически

защитить себя, достичь необходимого морально-психологического равновесия. Включает в себя мероприятия воспитательного и обучающего характера. Важнейшая цель этой деятельности выявление и устранение последствий психотравмирующего действия, выработка уверенности в собственных возможностях, создание установки на активную самостоятельную жизнь. В ее рамках может осуществляться профессиональная ориентация;

– социально-педагогическая реабилитация – целостный, динамический процесс обучения, воспитания, духовно-нравственного развития и социального становления. Обеспечивает восхождение личности с ограничением к целостной духовной, социальной и культурной жизни. В большей степени применительно к подростковому возрасту – детей из асоциальных семей. Основная направленность данного вида реабилитации – это социальное развитие, что обеспечивает подростков навыкам автономности, взрослости, самостоятельности; коррекция поведения; интеллектуальная деятельность; эмоциональное состояние; получение образования и другое. Социально-педагогическая реабилитация в аспекте своей направленности помогает подростку преодолеть возрастной кризис, выйти на новый качественный уровень общественных отношений. В отношении взрослых педагогическая реабилитация включает в себя подготовку или переподготовку к новой профессии, основой на доступных для них видах продуктивной деятельности. Это осуществляется параллельно с внушением этим лицам уверенности, что полученные ими знания и навыки помогут в трудоустройстве, в сохранении ими социального статуса и материального достатка;

– социально-бытовая реабилитация представляет собой комплекс мер, направленных на восстановление способностей лиц с ограниченными возможностями к самостоятельной деятельности в быту и обеспечивает их интеграцию в общество. Социально-бытовая адаптация состоит из следующих элементов: самообслуживание, самостоятельности передвижения, трудовой деятельности, подготовленности к работе с бытовой техникой и средствами. Она предполагает развитие способности автономно организовать обеспечение себя и своей семьи, социально-экономическую независимость, готовность изменить быт, профессиональную деятельность в соответствии с меняющимися эстетическими, познавательными потребностями и потребностями в самоактуализации (реализации своих целей, способностей, развитии своей личности). Осуществляется по трем основоположным направлениям: консультация, диагностика, коррекция. Социально-бытовая реабилитация проходит в несколько этапов: социальная диагностика, сопровождение клиента для автономности в организации быта, сопровождение клиента для достижения автономности при перемещении в пространстве, сопровождение клиента для достижения его в автономности в трудовой деятельности. Социально –

бытовая реабилитация неотрывно связано со следующим видом реабилитации, так как в процессе деятельности происходит социально-средовая ориентация клиента;

– социально-средовая реабилитация – это процесс, направленный на создание оптимальной среды жизнедеятельности, обеспечение условий восстановления социального статуса и утраченных общественных связей, осмысление окружающей обстановки. Он включает в себя помощь в определении своих жизненных планов и перспектив, в выборе относительного профессионального становления, восстановлении межличностных связей, постановке цели в соответствии с устоявшимися социальными нормами. Социально-средовая реабилитация предполагает формирование социальной среды (в физическом и психологическом смысле), которая выполняла бы реабилитационную функцию и способствовала развитию реабилитационного потенциала личности, восстановлению его социально-ролевой функции, восстановлению личностного статуса индивида. Социально-средовая реабилитация предполагает создание условий для формирования способностей, определяющих уровень социально-средовой ориентированности: способность к общению (умение устанавливать контакты, сотрудничать, переработка и передача информация и т.д.), способность контролировать свое поведение (осознание своего эмоционального состояние, способность к адекватному поведению с учетом социально-правовых норм), способность планировать свою жизнедеятельность (определение жизненных перспектив, умение планировать для достижения своих жизненных целей), способность реализовывать свои планы (основана на применении ресурсов индивида в интересующей его деятельности, на целеустремленности и развитых волевых качествах);

– профессионально-трудовая – это система мероприятий по профессиональной ориентации, профессиональному обучению и трудоустройству. Представляет собой трудоустройство, адаптацию и трудовую деятельность безработных индивидов на конкретном рабочем месте и осуществляется в целях приобретения и совершенствования профессиональных знаний, умений и навыков работы. Включение в трудовую деятельность предполагает развитие внутренней мотивации к профессиональной деятельности с целью самообеспечения и экономической независимости и интеграцию индивида в систему социально-трудовых отношений. Социально-трудовая реабилитация напрямую связана с развитием профессиональной направленности, интересов и склонностей в разных сферах предметно-практической деятельности, поэтому, прежде всего, должен быть определен характер профессиональных требований. Профессиональная реабилитация включает следующие мероприятия, услуги: профориентация (профинформирование, профконсультирование, профотбор; психологическая поддержка профессионального самоопределения; обучение (переобучение) по программам основного общего образования, среднего (полного)

общего образования, начального, среднего и высшего профессионального образования; повышение квалификации; содействие трудоустройству (содействие в трудоустройстве на временные работы, на постоянное место работы, самозанятости и предпринимательству); квотирование и создание специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов; профессионально-производственная адаптация. Трудоустройством осуществляется службами занятости. Трудовая реабилитация это гарантированная государством система мероприятий;

– спортивная реабилитация. Ей последнее время придается большое значение. Это связано с тем, что государство стало начало реализацию долгосрочной программы по формированию здорового образа жизни и повышению ответственности за собственное здоровье. Формирование здорового образа жизни – это новое приоритетное направление национального проекта «Здоровоохранение». Основным направлением коммуникативной программы – формирование идеологии – здоровая Россия. Спортивная реабилитация проводится посредством лечебной физкультуры, участием в спортивных мероприятиях.

Таким образом, исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что реабилитация – это система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мер, направленных на восстановление утраченного физического и психического здоровья, восстановление способностей к бытовой, общественной, профессиональной деятельности, восстановление утраченных социальных связей, возможность интеграции в социум. Реабилитация может быть достигнута только в результате совокупности действий в рамках всех названных выше направлений реабилитации, потому что только в ходе их реализации возможно истинное и полное восстановление способностей индивида к социальному функционированию. Поэтому можно говорить, что понятие «социальная реабилитация» является обобщенным, выражающим итоговое качество форм и направление. Подводя итог теоретическому анализу сущности и структуры социальной реабилитации следует вывод о том, что этот процесс является целостным и комплексным; выпадение или пропуск того или иного вида реабилитации не только ведет к ущемлению социального функционирования для личности, но также и к неэффективности, неполной реабилитации в тех направлениях, которые были реализованы, так как они нередко взаимовлияют друг на друга. Это объясняется как целостностью человеческой личности, все стороны и проявления которой взаимосвязаны, так и целостностью социального бытия. Социальная реабилитация – процесс, который имеет начало, но не имеет конца. Однако она не должна быть направлена на то, чтобы сформировать иждивенца, довольствующегося социальным статусом получателя. Весь комплекс мероприятий должен быть направлен на восстановление и развитие активного социального субъекта, личности, способной к волевым усилиям, трудовой мотивации, саморазвитию.

### *Тема 3. Медицинская реабилитация*

**Реабилитация в медицине** (лат. *rehabilitatio* – восстановление) – комплекс медицинских, педагогических, профессиональных и юридических мер, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма и трудоспособности больных и инвалидов.

**Реабилитация как процесс** помощи недееспособным имеет длительную историю. Она возникла и развивается как ответная реакция общества на социально-экономический и моральный ущерб, наносимый ему процессом инвалидизации населения, а цель реабилитации – поиск средств восстановления количества и качества здоровья, восстановления или компенсации утраченных функций, восстановления или адаптации к их утрате. В течение многих лет специалисты различных специальностей во многих лечебных учреждениях создавали свои узко направленные программы реабилитации при неврологических, кардиологических, травматологических и др. патологиях. Из-за разобщенности представителей данного направления медицины долгое время не были сформированы единые нормативно-правовые основы, база знаний и программы подготовки специалистов по проблемам реабилитологии.

Накопленные знания, специально разработанные методики, а главное, насущная необходимость в комплексной реализации программ, направленных на сохранение здоровья здорового человека послужили основой создания самостоятельного научно-практического направления в медицине – **восстановительной медицины**.

Под восстановительной медициной в настоящее время понимается система научных знаний и практической деятельности, направленных на сохранение и восстановление функциональных резервов человека, сниженных в процессе неблагоприятного воздействия факторов среды и деятельности, или в результате болезни - на этапе выздоровления (ремиссии).

**Восстановительная медицина**, как наука, изучает закономерности процессов сохранения и восстановления функциональных резервов человека путем динамической оценки и коррекции состояния здоровья на всех этапах профилактики.

Структурно восстановительная медицина объединяет два основных направления деятельности и соответствующие структуры в системе медицинских учреждений:

Оздоровление или сохранение, восстановление и укрепление здоровья здоровых или практически здоровых людей, а также лиц, имеющих обратимые функциональные нарушения или предболезненные расстройства. Объектом восстановительно-оздоровительных мероприятий в данном направлении являются пониженные функциональные резервы организма, а целью – устранение функциональных нарушений и воссоздание здоровья.

Медицинская реабилитация больных людей и инвалидов. Отличительной чертой лиц данного контингента является наличие соматических заболеваний и необратимых морфологических изменений в органах и тканях. Восстановительное лечение в данном случае направлено на увеличение функциональных резервов, компенсацию нарушенных функций, вторичную профилактику заболеваний и их осложнений, восстановление сниженных трудовых функций и возвращение дееспособности.

Корректирующие технологии восстановительной медицины включают: Воздействие на организм природными и преформированными физическими факторами (физиотерапия, бальнеотерапия, курортология).

- Лечебная физкультура и массаж.
- Лечебное и оздоровительное питание.
- Гомеопатические методы.
- Методы традиционной медицины.
- Психотерапевтические методы.
- Биоэнергoinформационные технологии.
- Прочие немедикаментозные лечебно-профилактические технологии.

**Физиотерапия** – область клинической медицины, изучающая лечебные свойства природных и искусственно создаваемых физических факторов и разрабатывающая способы их применения для лечения и профилактики болезней, а также для медицинской реабилитации.

**Бальнеотерапия** (от лат. *balneum* – ванна, капание) – совокупность методов лечения, профилактики и реабилитации, основанных на использовании минеральных вод или лечебных грязей.

**Курортология** (курорт + греч. logos учение) - область медицины, изучающая воздействие природных лечебных факторов на организм человека и разрабатывающая методы и организационные формы их использования с лечебными и профилактическими целями как на курортах, так и во внекурортных учреждениях.

**Лечебная физкультура** – метод лечения, профилактики и реабилитации, основанный на использовании физических упражнений (гимнастики, спортивно-прикладных упражнений, спортивных игр).

**Массаж** (от франц. massage) – совокупность приемов механического дозированного воздействия на какие-либо участки поверхности тела человека, произведенных с помощью специальных приборов или руками с лечебной или профилактической целью.

**Лечебное питание** (син. диетотерапия, от греч. diaeta – режим питания) – метод лечения и профилактики болезней, основанный на применении специально разработанных (по количеству, химическому составу, калорийности и методам кулинарной обработки) пищевых рационов (диет) и определенного режима питания.

**Гомеопатия** - особый способ лечения острых и хронических заболеваний при помощи специально приготовленных лекарств, содержащих очень малые дозы исходного лекарственного сырья природного происхождения. Гомеопатию отличает от официальной медицины (аллопатии) строго индивидуальный подход к пациенту и представление о любой болезни как о страдании всего организма в целом.

Слово "гомеопатия" в буквальном смысле означает "подобный болезни". Такое название новому методу лечения около двухсот лет назад дал создатель гомеопатии - известный врач и фармацевт своего времени, профессор Лейпцигского университета Христиан Фридрих Самюэль Ганеман (1755 - 1843). Проводя различные эксперименты с лекарственными растениями и минералами, в 1796 г. Ганеман сформулировал основной закон гомеопатии: подобное лечится подобным, т.е. при болезни помогает то лекарство, которое у здорового человека вызывает симптомы, подобные этой болезни.

**Традиционная медицина** включает практический опыт по способам и средствам лечения, накопленный обществом и передающийся от поколения к поколению. Традиционная медицина имеет глубокую историю и основана на многовековом опыте народа.

В настоящее время (по разным источникам) к традиционной медицине относят: акупунктуру, гомеопатию, мануальную терапию, традиционную диагностику, традиционные системы оздоровления, фитотерапию и лечение другими средствами природного происхождения, а также биоэнергоинформационную терапию.

**Натуротерапия** – это широкое понятие, используемое для многоотраслевого подхода к проблемам здоровья с помощью натуральных средств (апитерапия, фитотерапия, гирудотерапия и другие методы, разрешенные к применению Минздравом России).

- **апитерапия** – метод натуротерапии, заключающийся в использовании в лечебных целях медоносной пчелы и продуктов ее жизнедеятельности.

- **фитотерапия** – метод лечения заболеваний с помощью лекарственных средств растительного происхождения, содержащих комплексы биологически активных веществ.

- **ароматерапия** – применение растительных экстрактов в виде эссенций или эфирных масел для лечения болезней за счет эффективного воздействия на эмоции и настроение пациента.

- **гирудотерапия** – лечебное применение медицинских пиявок.

**Психотерапия** (от греч. psyche – душа + therapeia – лечение) – это область применения психологических методов и средств для решения разных форм психологических проблем, лечения психических отклонений и психосоматических заболеваний.

**Биоэнергоинформатика** (от лат. bios - жизнь, informatio - информация, разъяснение и греч. energeia - энергия) - научное направление, изучающее информационно-энергетические взаимодействия в природе и обществе. Биоэнергоинформатика опирается на синтез естественных, гуманитарных и философских наук, а также на современные и древние эзотерические знания человечества. В мировоззренческом плане биоэнергоинформатика базируется на эволюционном приоритете взаимодействий во Вселенной перед материально-энергетическими взаимодействиями. Биоэнергоинформатика как научное направление сформировалась в 1970-х годах в ряде стран (Россия, США, Англия, Япония).

**Биоэнергоинформационная терапия** - это метод лечения человека при помощи воздействия на него торсионного поля. Торсионное поле действует на каждую клетку организма, тем самым воздействует на весь организм в целом. Выздоровление идет через восстановление природной активности организма.

#### *Тема 4. Градостроительная среда и транспортная инфраструктура для лиц с ОВЗ*

Важная задача современного общества состоит в выявлении и устранении барьеров, препятствующих полноценной жизнедеятельности инвалидов. Для обеспечения нормальной жизнедеятельности инвалидов необходимы комфортные условия, создание условий беспрепятственного передвижения, которое основывается на устранении строительных барьеров, дающего возможность свободного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры: жилым, общественным, производственным зданиям, сооружениям и помещениям, местам отдыха и досуга.

Наличие тяжелого физического дефекта формирует у человека определенное отношение к своему заболеванию, что существенно сказывается на социальной активности. Субъективная оценка тяжести состояния является фактором, детерминирующим различную степень социальной активности.

Круг интересов инвалида столь же широк, как у здоровых людей. Можно предположить даже, что он более широк, чем у здорового населения, что объясняется психологически – попыткой компенсировать свой дефект, сделать свою среду обитания более разнообразной. Все жизненно важные потребности инвалидов связаны с необходимостью приспособления среды обитания к анатомическому дефекту и функциональным нарушениям с целью устранения барьеров и создания для инвалидов равных возможностей.

Среда обитания инвалида на уровне макросреды включает городскую инфраструктуру с возможностью досягаемости наиболее нужных объектов быта, культуры, здравоохранения, социального обслуживания и др. Имеется в виду такое расположение объектов, которое позволяет инвалиду достичь их беспрепятственно, самостоятельно.

Решение этого вопроса связано с рациональной планировкой микрорайона, который должен иметь бестранспортные зоны, зоны безопасного перемещения инвалидов, приближение торговых предприятий, учреждений здравоохранения и других объектов к местам наиболее массового заселения лицами, имеющими различные дефекты.

Осуществление трудовой и общественно полезной деятельности инвалидов, получение образования, проведение досуга сопряжены с необходимостью передвижения, пользования транспортом, пешеходными дорожками и тротуарами, входами, лифтами, спусками в подземные переходы и т.д. На этом пути встречаются непреодолимые препятствия, которые заставляют инвалидов ограничивать свою жизнедеятельность.

Вопросы доступной для инвалидов среды жизнедеятельности прописаны в Законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (ст. 15, 16).

Основными нормативными документами для проектирования доступной для инвалидов среды жизнедеятельности являются строительные нормы и правила (СНиПы), а также ведомственные строительные нормы и правила (ВСН).

Устранение градостроительных барьеров для инвалидов с патологией опорно-двигательного аппарата создает условия для облегчения их передвижения. Эти условия включают оборудование пешеходных путей, их покрытий, установку пандусов и специальных лестниц, выделение мест для личных автотранспортных средств инвалидов. Указанные условия изложены в ВСН-62-91. Они касаются уклонов пешеходных дорожек и тротуаров, которые предназначаются

для пользования инвалидами на креслах-колясках. Уклоны не должны превышать: продольный – 5%, поперечный – 1%. Считается, что в местах пересечения пешеходных путей с проезжей частью улиц и дорог высота бортовых камней тротуара должна быть высотой не менее 2,5 см и не превышать 4 см. Не допускается в местах переходов применение бортовых камней со скошенной верхней гранью или съездов, сужающих ширину проезжей части.

В жилых районах и микрорайонах вдоль пешеходных дорожек и тротуаров предусматриваются не реже чем через 300 метров места отдыха со скамейками.

Опасные для инвалидов участки и пространства огораживаются бортовым камнем высотой не менее 5 см.

Поверхности покрытий пешеходных путей и полов помещений в зданиях и сооружениях, которыми пользуются инвалиды, должны быть твердыми, прочными и не допускать скольжения.

Для покрытия пешеходных дорожек, тротуаров и пандусов не допускается применение насыпных, чрезмерно рифленых или структурированных материалов. Покрытие из бетонных плит должно быть ровным, а толщина швов между плитами – не более 1,5 см.

Ковровые покрытия должны плотно закрепляться, особенно по краям ковров. Толщина покрытия из ворсового ковра не должна превышать 1,3 см с учетом высоты ворса.

Ребра решеток, устанавливаемых на путях движения инвалидов, должны располагаться перпендикулярно направлению движения и на расстоянии друг от друга не более 1,3 см.

Предупреждающая информация для людей с полной или частичной потерей зрения о приближении к препятствиям (лестницам, пешеходному переходу, окончанию островка безопасности и пр.) обеспечивается изменением фактуры поверхностного слоя покрытия дорожек и тротуаров, направляющими рельефными полосами и яркой контрастной окраской.

Устройство, предупреждающее об опасности слабовидящих, может представлять собой ребристую поверхность шириной 6–100 см и высотой 3–4 см.

В местах перепада уровней между горизонтальными участками пешеходных путей или пола в зданиях и сооружениях предусматривается устройство пандусов и лестниц.

В исключительных случаях допускается предусматривать винтовые пандусы. Длина промежуточных горизонтальных площадок винтового пандуса по внутреннему его радиусу должна составлять не менее 2 м.

В начале и в конце каждого подъема пандуса следует устраивать горизонтальные площадки шириной не менее ширины пандуса и длиной не менее 1,5 м. При изменении направления пандуса ширина горизонтальной площадки должна обеспечивать возможность поворота кресла-коляски.

По внешним боковым краям пандуса и площадок предусматриваются бортики высотой не менее 5 см.

Ступени лестниц на путях движения инвалидов делаются глухими, ровными, без выступов и с шероховатой поверхностью.

Ширина проступей принимается: для наружных лестниц – не менее 40 см, для внутренних лестниц в зданиях и сооружениях – не менее 30 см; высота подъема ступеней: для наружных лестниц – не более 12 см, для внутренних – не более 15 см.

По обеим сторонам пандуса или предназначенного для передвижения инвалидов лестничного марша предусматриваются ограждения высотой не менее 0,9 м с поручнями.

На путях движения пешеходов, в общественных местах, на дорогах, улицах и площадках, особенно на перекрестках, в парках, на станциях и остановках общественного транспорта устанавливаются информационные указатели, предупреждающие инвалидов о строительных барьерах, а при необходимости — и об имеющихся опасностях.

Визуальная информация располагается на контрастном фоне на высоте не менее 1,5 м и не более 4,5 м от уровня пола или поверхности пешеходного пути.

В общественных местах массового посещения и скопления людей предусматривается возможность дублирования визуальной и звуковой информации.

Для обеспечения удобств передвижения людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата все остановочные пункты внешнего транспорта должны быть, в зависимости от вида транспорта и конкретных градостроительных условий, оборудованы приспособлениями для удобства съезда и въезда в транспорт.

Учитывая трудности передвижения инвалидов в креслах-колясках, а также лиц с физическими недостатками и престарелых рекомендуется примерно через 60 м создавать площадки для отдыха и размещать скамейки для сидения. Независимо от конкретной планировочной структуры объемно-пространственного решения эти площадки должны иметь размер 2,1 x 2,1 м, что позволит обеспечить поворот коляски и свободное маневрирование по всем направлениям.

При устройстве наружных уличных лестниц необходимо наряду со ступеньками предусмотреть пандус-съезд в связи с тем, что в городах со сложным рельефом при уклонах от 15 до 30% преодоление перепадов высот рекомендуется осуществлять с применением фуникулеров, а при уклонах свыше 30% использовать подвесные канатные дороги, необходимо при проектировании остановочных пунктов данных видов транспорта предусматривать ровные площадки, учитывающие возможность маневрирования инвалидов в креслах-колясках, а также создавать все необходимые условия для отдыха и передвижения лиц с физическими недостатками и престарелых. Салоны вагонов фуникулера и подвесных дорог должны быть оборудованы специальными устройствами для фиксирования положения кресла-коляски. При максимальных потоках до 500 чел./час и продольных уклонах свыше 30% необходимо на отдельных направлениях передвижения пешеходов предусматривать применение лифтовых подъемников.

В местах перепада уровней, где невозможно устройство пандуса, следует предусматривать установку лифтов или специальных подъемников, приспособленных для самостоятельного пользования инвалидами на креслах-колясках.

Во всех зданиях, помещения которых, расположенные выше первого этажа, предназначены для пользования инвалидами на креслах-колясках, следует предусматривать лифты, кабины которых должны иметь размеры не менее: Ширину – 1,1 м; глубину 1,5 м; ширину дверного проема – 0,85 м.

Лифты должны иметь автономное управление из кабины и с уровня этажа, имеющего непосредственный на улицу.

В зданиях высотой 3 и более этажей, помещения которых рассчитаны на посещение или проживание инвалидов следует предусматривать установку не менее одного лифта с глубиной кабины не менее 2,1 м, обеспечивающего во время пожара, землетрясения и других чрезвычайных ситуаций возможность эвакуации инвалидов, не способных к самостоятельному передвижению по лестницам и пандусам, а также транспортировки пожарных и спасательных подразделений.

Выход из лифта на первом этаже следует предусматривать в холл или вестибюль, отделенный от других помещений противопожарными перегородками и дверями, снабженными закрывателями.

Величина перепада уровней между полом кабин лифта и площадкой лифтового холла не должна превышать 0,025 м.

Кабины лифтов, предназначенных для транспортировки инвалидов, должны быть обеспечены экстренной аварийной двухсторонней связью с диспетчерским пунктом. Кнопки вызова и управления его движением должны находиться на высоте от пола не более 1,2 м. Расположенный в кабине лифта аппарат двухсторонней связи должен снабжаться устройством для усиления звука, а при необходимости – устройством для получения синхронной визуальной информации.

На располагаемых в пределах территории жилых районов открытых стоянках автомобилей, а также около учреждений культурно-бытового обслуживания населения, предприятий торговли и

отдыха, спортивных зданий и сооружений, мест приложения труда следует выделять места для личных автотранспортных средств инвалидов.

На автомобильных стоянках при специализированных зданиях и сооружениях для инвалидов следует выделять для стоянки личных автомашин инвалидов не менее 10% мест, а около учреждений, специализирующихся на лечении больных и восстановлении опорно-двигательных функций, – не менее 20% мест. Стоянки с местами для автомобилей инвалидов должны располагаться на расстоянии не более 50 м от общественных зданий, сооружений, жилых домов, в которых проживают инвалиды, а также входов на территории предприятий, использующих труд инвалидов.

Площадки для остановки специализированных средств общественного транспорта, перевозящих инвалидов, следует предусматривать на расстоянии не более 100 м от входов в общественные здания и не более 300 м от жилых зданий, в которых проживают инвалиды.

Социальную реабилитацию инвалидов невозможно представить без возможности передвижения, которая является одной из главных сфер жизнедеятельности. Оно дает возможность посещения различных объектов бытового, культурного, производственного, образовательного и спортивного назначения.

Ограниченные возможности передвижения инвалидов обусловлены наличием анатомо-физиологических дефектов нервной и костно-мышечной системы, с одной стороны, и архитектурных и строительных барьеров – с другой.

Наиболее сложные проблемы, с которыми приходится сталкиваться инвалиду, возникают в тех случаях, когда он проживает в городе. Огромные территории города, разбросанность учреждений культурно-бытового обслуживания, удаленность мест проживания от места учебы, работы, зон отдыха, всевозможные строительные-архитектурные барьеры — все это вынуждает инвалида постоянно находиться перед дилеммой: оставаться дома или с огромными трудностями, часто рассчитывая только на постороннюю помощь, покинуть свою квартиру.

Анализ существующей практики перевозки пассажиров, в том числе пассажиров-инвалидов, в общественном транспорте – автобусах, трамваях, метро, поездах пригородного и дальнего сообщения, речных, морских и воздушных судах – показал непригодность отечественного общественного транспорта к перевозкам пассажиров-инвалидов в связи с определенными особенностями технологии их перевозки, сказывающейся на объемно-планировочных и конструктивных решениях транспортных средств.

Эти особенности объясняются наличием отличных от здоровых людей (по параметрам и технологии передвижения которых созданы транспортные средства) локомоторных функций и способностей, биологических, антропологических и анатомических параметров, а также наличие у пассажиров-инвалидов функциональных и технических средств, влияющих на биомеханические параметры.

Анализ технологии пользования транспортом показал, что она имеет ряд ключевых позиций, отражающих ее специфику:

- конструктивные элементы транспортных средств;
- приспособления, обеспечивающие процесс "посадки-высадки";
- специальное оборудование пассажирских салонов независимо от вида транспорта;
- система обеспечения, безопасности пассажиров-инвалидов;
- информационно-коммуникативная система;
- система обеспечения жизнедеятельности пассажиров-инвалидов;
- специальная система средств индивидуального пользования.

В целях повышения уровня социальной активности инвалидов, их реабилитации и трудоустройства необходимо создание доступных условий их перевозки в транспортных средствах, а также создание доступной комплексной системы транспортного обслуживания по схеме «от дома

до конечного пункта назначения». Осуществление данного принципа на практике является очень сложной проблемой ввиду вовлечения в транспортную систему таких составляющих элементов, как внутриквартальные дороги, тротуары, переходы, остановки транспортных средств, вокзалы и привокзальные площади, собственно транспортные средства, информационные элементы, функциональные и технические средства для приспособления предметов внешней среды к возможностям инвалида.

К общим положениям в отношении технических требований, обеспечивающих доступность, относится положение о необходимости соответствия индивидуальных вспомогательных технических средств тем приспособлениям (устройствам), которые должны быть установлены на транспорте. Индивидуальные вспомогательные приспособления, которыми пользуются инвалиды, являются универсальными, стандартизованными, апробированными в многолетней практике пользования ими. К приспособлениям, которые должны быть введены на транспортных средствах, лишь разрабатываются требования, поэтому первым должно быть отдано предпочтение.

К частным положениям, рассматриваемым в концептуальном плане, относятся те, которые распространяются на конкретные действия инвалида либо с инвалидом в конкретных условиях: обеспечение посадки-высадки, входа-выхода, размещение в салоне и обеспечение безопасности пользования люками, лестничными маршами, площадками, туалетами и т. д. В частности, встает вопрос о возможности самостоятельных действий инвалида с помощью специальных дорогостоящих приспособлений, создание которых не всегда осуществимо.

Альтернативным подходом может быть использование постороннего лица (сопровождающего, специального вспомогательного персонала и др.). В этом случае неправомерна постановка вопроса о социальной реабилитации инвалида.

Применительно к типу дефекта каждая степень функциональных расстройств требует различных вспомогательных устройств.

В группе лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата, например функций нижних конечностей, при умеренно выраженной степени функциональных расстройств инвалид пользуется опорной тростью, при выраженной — костылями, при значительной выраженности — креслом, коляской.

В соответствии с указанными критериями определяется необходимость приспособления транспорта к потребностям инвалида:

- человеку с тростью необходимы низкие ступени при входе-выходе, в салоне обычно достаточно сиденья, никаких специальных приспособлений для него не требуется;
- человеку с костылями необходимо для доступа к транспорту оборудование автобуса (троллейбуса) специальными низкими ступеньками при входе (выходе), в салоне – удобное место с возможностью фиксации костылей;
- человеку на кресле-коляске необходимо обеспечить вход (выход) в городской транспорт специальным подъемником (рамкой), оборудовать специальную площадку в салоне (автобуса, троллейбуса) с фиксатором кресла-коляски.

В группе лиц с нарушениями зрения при умеренно выраженной степени функциональных расстройств человек пользуется очками, при выраженной – ориентирующей тростью, при значительной выраженности функциональных расстройств (полная слепота) – ориентирующей тростью и сопровождающим лицом либо собакой-поводырем.

При определении потребности инвалида и патологией органа зрения в приспособлении транспортных средств (систем) следует исходить из тех специфических особенностей, которые обусловлены поражением зрительной системы, обеспечивающей наибольшую часть информации человеку об окружающем мире.

Слабовидящий инвалид нуждается для передвижения, использования транспорта в изменении величины, контрастности, цветовой гаммы, яркости освещения предметов, в том числе указателей, ограничителей, транспортных элементов и т. д., которые позволяют им использовать, дифференцировать, отличать различные транспортные средства (световое табло, бегущая строка, контрастная окраска ступеней, платформ и др.).

У слепого человека функция зрительного анализатора до известной степени замещается развитием иных анализаторных систем, прежде всего кожного и чувствительного.

На использовании функции кожной чувствительности и слуха в основном базируются вспомогательные тифлотехнические средства и приспособления, помогающие слепому при передвижении («звуковые» знаки у переходов, на остановках, у входа в транспортные средства; внутренние и наружные звуковые информаторы; рельефные (брайлеровские) подписи внутри транспортных средств и на вокзалах; электронные системы открывания дверей и др.).

Для человека с полной утратой зрения доступ к общественному транспорту возможен лишь с посторонней помощью.

В группе лиц с патологией слуха при умеренно выраженной степени функциональных расстройств человек пользуется усилителями звука, при выраженной – при значительной выраженности – компенсирует утрату слуха зрительной информацией (световой, цветовой, печатной).

Для обеспечения доступа к транспорту слабослышащему человеку, пользующемуся слуховым аппаратом, требуются такие специальные приспособления, как усилители звука в салоне, для обеспечения дорожной информацией.

Для человека с полной глухотой при доступе к транспортным средствам требуется более сложная зрительная сигнализация (световая, цветовая), электронная визуальная информация в транспортных салонах (о маршруте следования, остановках, времени прибытия и т. д.), визуальная информация на остановках, пешеходных путях.

В группе лиц с интеллектуальным дефектом, при умеренно выраженной его степени, доступ к пользованию транспортными средствами обеспечивается сформированными в процессе обучения навыками — знаниями маршрута, названиями остановок пункта следования.

Для лиц с выраженной и значительно выраженной степенью интеллектуального дефекта доступ к транспортным средствам возможен лишь с помощью сопровождающих.