

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ
БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

**СЕМЕЙНЫЙ
СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ
ЦЕНТР: ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ**

Сборник методических и учебных материалов

Под редакцией Я.В. Власова, М.В. Чуракова

Самара, 2014

**ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ
БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ**

**«СЕМЕЙНЫЙ СОЦИАЛЬНО-
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР:
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ»**

Сборник методических и учебных материалов

2014

**«Семейный социально-реабилитационный центр: образовательные программы»
Сборник методических и учебных материалов / Под. ред. Я.В.Власова. - Самара, 2014.
– 120 с.**

Пациенты с неврологическими заболеваниями – социально уязвимая группа. Ряд заболеваний, одним из которых является рассеянный склероз, в отсутствие диагностики и лечения приводят к потере дееспособности. При этом ухудшается качество жизни не только самого пациента, но и его окружения. А ведь больные чаще всего – люди самого активного возраста, на которых рассчитывают члены семей – дети, родители. Кроме того, фактическое исключение заболевшего из жизни общества - отсутствие возможностей выходить из дома, работать, общаться, растить детей, самореализовываться, приводит к эскалации заболевания и часто – к гибели пациента.

Реабилитация инвалидов является стратегической основой социальной политики в отношении инвалидов в Российской Федерации. Она рассматривается как система и процесс восстановления нарушенных связей индивидуума и общества, способов взаимодействия инвалида и социума. И все же социальная реабилитация является самым неотработанным разделом в плане медико-социальных работ в большинстве регионов России. Не отлажены механизмы юридической помощи, социально-психологического и медико-социального патронажа, работы по бытовой и социальной адаптации инвалидов.

Предлагаемая книга объединяет опыт работы общественных пациентских организаций, защищающих права людей, страдающих от тяжелого хронического заболевания «рассеянный склероз». Активный поиск форм работы, попытки проведения разноплановых защитных мероприятий позволили сети пациентских организаций создать к сегодняшнему дню относительно стройную систему реабилитации пациентов. Одним из ключевых узлов этой системы является модель Семейного социально-реабилитационного центра. В настоящем издании собраны образовательные программы и методическо – учебные материалы такого центра.

Книга будет полезна для прочтения врачам-неврологам, специалистам в области реабилитации, организаторам здравоохранения, представителям неправительственных организаций, работающих в сфере защиты прав пациентов.

Настоящее издание осуществлено на средства субсидии из федерального бюджета на государственную поддержку социально ориентированных некоммерческих организаций, предоставленной Министерством экономического развития Российской Федерации Общероссийской общественной организацией инвалидов больных рассеянным склерозом на основании Соглашения № С-823-ОФ/Д19 от 11 декабря 2013 г.

Подписано в печать 05.02.2014 г.

Формат А4 210 х 297.

Усл. печ. л. 7. Тираж 1000 экз.

Отпечатано в ООО «Мечта»,

443066, Самарская обл., г. Самара, ул. Советской Армии, д. 99, оф. 14.,

тел (846) 222 01 99, 229 75 45.

© Общероссийская общественная организация инвалидов больных рассеянным склерозом.

© Министерство экономического развития Российской Федерации.

МАТЕРИАЛЫ ПРОГРАММЫ «СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ В ПЕРЕДВИЖЕНИИ»	4
МАТЕРИАЛЫ ПРОГРАММЫ «СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ИНВАЛИДОВ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ»	20
МАТЕРИАЛЫ ПРОГРАММЫ «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ОГРАНИЧЕНИЯМИ В ПЕРЕДВИЖЕНИИ»	46
МАТЕРИАЛЫ ПРОГРАММЫ «АДАПТИВНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ДЛЯ ИНВАЛИДОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ОГРАНИЧЕНИЯМИ В ПЕРЕДВИЖЕНИИ»	58
МАТЕРИАЛЫ ПРОГРАММЫ «ОКАЗАНИЕ ПАТРОНАЖНОЙ ПОМОЩИ»	72
МАТЕРИАЛЫ ПРОГРАММЫ «ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СОЦИАЛЬНЫХ ПОМОЩНИКОВ»	85
ПРИЛОЖЕНИЯ	94

МАТЕРИАЛЫ ПРОГРАММЫ «СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ В ПЕРЕДВИЖЕНИИ»

Социально-бытовая реабилитация (СБР) – один из эффективных путей социальной адаптации инвалида. Это направление предполагает в основном оказание комплекса бытовых услуг, необходимых людям с ограниченными возможностями. По версии Министерства Труда и Социального Развития РФ социальная реабилитация инвалидов представляет собой систему и процесс восстановления способностей инвалида к самостоятельной общественной и семейно - бытовой деятельности, которые включают в себя социально-средовую ориентацию и социально-бытовую адаптацию.

Социально-бытовая адаптация - это система и процесс определения оптимальных режимов общественной и семейно-бытовой деятельности инвалидов в конкретных социально-средовых условиях и приспособления к ним инвалидов

Социально-средовая ориентация - система и процесс определения структуры наиболее развитых функций инвалида с целью последующего подбора на этой основе вида общественной или семейно - общественной деятельности.

Мероприятия по социально-бытовой адаптации включают:

- информирование и консультирование инвалида и его семьи;
- “адаптационное” обучение инвалида и его семьи;
- обучение инвалида: персональному уходу (самообслуживанию); персональной сохранности; овладению социальными навыками;
- обеспечение инвалида техническими средствами реабилитации и обучение пользованию ими;
- адаптацию жилья инвалида к его потребностям.

Мероприятия по социально-средовой ориентации включают:

- социально-психологическую реабилитацию (психологическое консультирование, психодиагностику и обследование личности инвалида, психологическую коррекцию, психотерапевтическую помощь, психопрофилактическую и психогигиеническую работу, психологические тренинги, привлечение инвалидов к участию в группах взаимоподдержки, клубах общения, экстренную (по телефону) психологическую и медико-психологическую помощь);
- обучение:
 - общению;
 - социальной независимости;
 - навыкам проведения отдыха, досуга, занятиями физкультурой и спортом.
- оказание помощи в решении личных проблем;
- социально-психологический патронаж семьи.

В идеале мероприятия по СБР должны осуществляться в реабилитационных учреждениях в соответствующих отделениях и кабинетах.

Так, кабинеты социально-средовой ориентации должны производить

- определение наиболее развитых функций инвалида с целью последующего подбора на этой основе вида общественной или семейно-общественной деятельности;
- проведение социально-психологического тестирования;
- определение потребности инвалида в различных видах социальной помощи;
- осуществление психосоциальной реабилитации инвалида и психологического консультирования по личностными и эмоциональным проблемам;
- осуществление психологической помощи семье инвалида;
- проведение социо-культурных реабилитационных мероприятий инвалида;
- реабилитацию инвалида методами физической культуры и спорта;

- предоставление реабилитационных услуг с целью обеспечения социальной независимости и социального общения, решения личных проблем;
- обеспечение юридической и правовой помощи инвалидам.

Кабинет социально-бытовой адаптации необходим для

- оценки возможности независимой жизнедеятельности;
- проведения социально-средовой диагностики, включая:
 - оценку нуждаемости и тестирование для обеспечения техническими средствами реабилитации,
 - проведение социально-бытовой диагностики,
 - определение потребности и обучение инвалида навыкам семейной-бытовой деятельности в конкретных социально-бытовых условиях и приспособление к ним инвалидов,
 - обучение жизненным навыкам, включающим персональный уход (внешний вид, гигиена, одежда, диета, забота о здоровье, уход за зубами и др.) и персональную сохранность (безопасность в доме – пользование газом, электричеством, ванной, лекарствами и т.д.);
- обучение социальным навыкам, включающим элементы социального поведения (посещение магазинов, посещение предприятий общественного питания, распоряжение деньгами, пользование транспортом и др.),
- обучение навыкам самостоятельного проживания – подготовка к независимому образу жизни (обучение пользованию бытовыми приборами),
- выработки навыков независимого образа жизни с помощью упражнений и технических приспособлений,
- подбора инвалиду технических средств реабилитации,
- разработки индивидуальных решений вопросов адаптации к инвалиду жилищно-коммунальных условий).

При проведении социально-бытовой диагностики изучается:

- участие инвалида во всех обычных общественных взаимоотношениях (семья, друзья, соседи и коллеги);
- общение с окружающими, возможность пользования телефоном, телевизором, радио, компьютером, возможность чтения книг, журналов и др.;
- семейное положение инвалида, ролевое положение инвалида в семье, психологический климат в семье, межличностные отношения вне дома;
- соблюдение инвалидом морально-этических, социально-правовых, санитарно-гигиенических норм;
- возможность инвалида заниматься культурой, физкультурой, спортом, туризмом и др.;
- социально-экономическое положение инвалида, его жизненные установки;
- благоустроенность жилья, наличие вспомогательных приспособлений для самообслуживания;
- способность инвалида выполнять обычные житейские процедуры, в том числе такие действия, как:
 - уборка квартиры,
 - ручная стирка,
 - выжимание и глажка белья,
 - возможность встать с постели, лечь в постель,
 - одеться и раздеться,
 - ухаживать за зубами,
 - умыться, принять ванну,
 - готовить пищу,
 - принять пищу,

- пользоваться туалетом или судном,
 - стричь волосы, ногти, брить бороду и усы или наводить макияж,
 - передвигаться по дому и вне дома и др.;
- способность инвалида обеспечивать персональную сохранность (пользоваться газовыми и электрическими домашними приборами, спичками, кранами, лекарствами и др.);
 - способность инвалида вести независимое существование (посещать магазины, предприятия бытового обслуживания, совершать покупки, обращаться с деньгами).

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

Специалист по социальной реабилитации, проводя социальное обследование инвалида на дому, должен осуществлять:

- оценку социально-бытовых условий;
- оценку способности инвалида самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены.

Базой для СБР инвалида является восстановление или приобретения им навыка самообслуживания. Для обучения навыкам самообслуживания может использоваться жилой модуль, оснащенный техническими средствами реабилитации (МТСТ РФ, 2000).

Сроки обучения для инвалида индивидуальны.

Обеспечение инвалида техническими средствами реабилитации включает;

- подбор модели технического средства с учетом ИПР;
- обучение инвалида (если нужно – членов его семьи) навыкам пользования техническим средством;
- мелкий ремонт и сервисное обслуживание технического средства.

Для эффективного проведения СБР в реабилитационных учреждениях должны быть созданы помещения, оснащенные техническими средствами реабилитации, так называемый “жилой модуль”, содержащий:

- прихожую,
- жилую комнату,
- спальню,
- кухню,
- туалетную комнату с ванной,
- комнату средств передвижения.

Прихожая должна быть оборудована мебелью и вешалками, доступными для инвалида, пользующегося креслом-коляской, различными приспособлениями для одевания и раздевания (рожками для обуви и приспособлениями для снятия ботинок, держателями одежды, крюками для одевания и раздевания и др.)

Жилая комната должна иметь домашние принадлежности и приспособления для дома и домашнего хозяйства (стол, функциональные кресла, в том числе кресла для больных артродезом; кресла и сиденья со специальным механизмом, помогающим вставать с кресла или садиться в кресло, в том числе “катапультные” кресла и сиденья; кресла-шезлонги и кресло-диваны; специальную мебель для сиденья; упоры (подставки) для ног и опоры стопы, культы; чертежные и рисовальные столы, а также в ней может быть оборудован уголок для работы на компьютере (стол для компьютера, компьютер с периферией, в том числе вводные и выходные блоки и принадлежности компьютеров, пишущих машинок, и калькуляторов, например, блоки распознавания речи, специальные клавиатуры и системы управления для инвалидов с поражением опорно-двигательной системы; принтеры больших знаков или шрифта Брайля; приспособления для

перекладывания бумаги, держатели рукописи; опоры предплечья, специальные программное обеспечение и др.).

В жилой комнате должно быть оборудовано “учебное” рабочее место для инвалидов с двигательными нарушениями, отвечающее требованиям эргономики, письменный стол с изменяющейся поверхностью с комплектом приспособлений для чтения и письма; регулируемый стул; вспомогательные средства для рисования и почерка (ручки, карандаши, кисточки, устройства для письма, устройства для переворачивания листов, подставки для книг и держалки для книг и др.). Для слабовидящих и слепых должны быть представлены сигнатурные направляющие устройства и сигнатурные штампы, рамки для письма, приборы для письма по Брайлю, калькуляторы с крупной печатью, голосовым выводом, тактильные средства для математики, счетные доски и др.

В жилой комнате должны быть продемонстрированы специальные открыватели и закрыватели дверей, окон, занавесок, жалюзи; специальные замки, дверные сигнализаторы для предупреждения слепых о наличии открытой двери и др.

Дизайн жилой комнаты, расположение в ней мебели и предметов должны соответствовать принципам эстетики и эргономики, наглядно демонстрируя доступность жилья для инвалида.

Спальня должна быть меблирована функциональной кроватью, кроватным подъемником, кроватным и прикроватным столом, кроватными поручнями и поручнями для самоподнимания, веревочными лестницами, колесами и ремнями для подъема инвалида, кресло-коляской с санитарно-техническим оснащением, подкладным судном, противопролежневым матрасом, покрывалом, подушкой, при необходимости впитывающая простынь, впитывающая салфетка, подкладки различного размера.

В спальне могут демонстрироваться средства для одевания и раздевания (вспомогательные средства для одевания носков и колготок, держатели одежды и др.).

Кухня должна быть оснащена кухонной мебелью, доступной для инвалида на кресло-коляске. На кухне должны быть:

- вспомогательные средства для приготовления пищи и напитков (средства для взвешивания и измерения, резки, рубки, чистки продуктов, бытовые электрические машины, средства для варки и жарки);
- вспомогательные средства для ведения домашнего хозяйства (совки, щетки, губки, пылесосы, вакуумные очистители, половые швабры и др.);
- вспомогательные средства для открывания бутылок, банок, для захвата и удержания, держатели щеток, “хваталки”;
- вспомогательные средства для помощи при еде и питье (термосы, дозаторы сахара, специальные ножевые изделия, специальные кружки и стаканы, чашки и блюдца, подносы для бутербродов, нажимные резак и др.).

В туалетной комнате должны быть:

- вспомогательные средства для отправления естественных надобностей (кресло-стульчаки с колесиками, туалетные сиденья-возвышения с откидными или фиксирующими приспособлениями, самоподнимающиеся туалетные сиденья, туалетные подлокотники и спинки, коробка-дозаторы туалетной бумаги и др.);
- вспомогательные средства для умывания, купания, принятия душа (кресла и табуреты для душа, противоскользкие маты для ванны, душевые маты; мочалки, губки и щетки с рукояткой, мыльные дозаторы, средства для обсыхания тела и др.);
- поручни;
- специальные сиденья для ванны;
- подъемник для ванной;
- средства гигиены людей с тазовыми нарушениями (дайперсы, подкладки)
- специальная раковина и регулируемое зеркало, которыми может пользоваться инвалид на кресло-коляске и др.

В отдельной комнате должны быть представлены технические средства для передвижения:

- трости для ходьбы, в т.ч. белые трости для слепых;
- трости трехопорные (триподы), четырехопорные (квадриподы), пятиопорные;
- костыли (локтевые, с опорой на предплечья, подмышечные);
- ледоступы;
- рамы для ходьбы (ходунки);
- прогулочные, комнатные кресло-коляски, кресло-коляски с электроприводом;
- приспособления для кресло-колясок и др.

В том случае, когда отделение социальной реабилитации является специализированным (для инвалидов по зрению или слуху), жилой модуль должен иметь более широкий спектр тифлосредств или сурдосредств.

Весь жилой модуль должен быть действующим, в нем должно проводиться информирование и консультирование по техническим средствам реабилитации, их подбор, обучение пользованию. В зависимости от сложности нарушенных функций и имеющихся ограничений жизнедеятельности для обеспечения инвалида техническим средством требуется от 1 – 2 до 10 и более посещений. Назначение технических средств реабилитации с занесением в ИПР производит инженер по техническим средствам реабилитации. Обучение инвалида предусматривает, что специалист по реабилитации и социальный работник разъясняют и показывают приемы пользования техническим средством, помогают инвалиду в его тренировке, отработке навыков и умений. Техник по техническим средствам помогает инвалиду в освоении сложных технических средств и осуществляет их подгонку к потребностям инвалида, а в случае необходимости – и мелкий ремонт (МТСП РФ, 02.07.2001, №54; НГР: В0102360, методические рекомендации МТСП РФ, 2000).

Обслуживание инвалида на дому может выявить необходимость организации жизни инвалида в быту, включая архитектурно-планировочное решение проблемы адаптации помещения к потребностям инвалида. Оно может включать перепланировку жилых помещений и санитарно-гигиенических помещений с заменой раковин, унитаза, душа, ванны или их переоборудование; переоборудование газовой(электро)-плиты; установку дополнительной сигнализации (в т.ч. домофона); снятие порогов; расширение дверных проемов; установку поручней; установку пандусов и др.

Социально-средовое обучение как важнейшая часть коммуникативной направленности в реабилитационном процессе проводится в основном психологом. Оно включает обучение социальному общению, социальной независимости и социализации.

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

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

- оптическими средствами (лупы, бинокли и телескопы, расширители поля зрения, призматические очки и др.);
- телефонами (телефоны с текстовым вводом-выходом, в том числе телефоны с Брайлеровским текстом, громкоговорящие телефоны, индикаторы набора телефонного номера, головные телефоны);
- внутренними разговорными устройствами;

- средствами связи “лицом к лицу” (наборы и шаблоны букв и символов, генераторы голоса, головные усилители индивидуального пользования, слуховые трубки и др.);
- средствами сигнализации (звуковой информатор (“электронная сиделка”), системы подачи сигнала тревоги и др.).

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

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

Социализация инвалида – процесс освоения инвалидом социально значимых норм, ценностей, стереотипов поведения, их корректировка при освоении различных форм социального взаимодействия. Под социализацией также понимается освоение инвалидами знаний, навыков, стереотипов поведения, ценностных ориентаций, нормативов, обеспечивающих их полноценное участие в общепринятых формах социального взаимодействия.

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

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

Обучение должно включать адаптационные консультирование и организацию социального участия инвалида, оно должно подготовить инвалида к адекватным ответам на требования окружения и активным воздействиям на него.

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

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

У инвалидов в возрасте 16-25 лет наличие ограничения жизнедеятельности может усугубить трудности жизнеобеспечения и общения, имеющиеся в этом возрасте, что может вызвать изменение личности, ее социальную изоляцию и привести к асоциальному поведению. Программа социализации инвалидов этого возраста должны быть направлены

в сторону преодоления имеющихся ограничений жизнедеятельности, на поиск путей реализации собственных возможностей.

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

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

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

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

Мероприятия по социально-культурной реабилитации инвалидов могут включать:

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

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

Социо-культурная реабилитация должна проводиться таким образом, чтобы стимулировать инвалидов к активным формам рекреации, что будет способствовать их социализации. Культурный организатор может использовать традиционные формы рекреации (посещение театров, кинотеатров, музеев, концертных залов; просмотр развлекательных телепередач; участие в массовых досуговых мероприятиях и др.). При этом обязательно должна учитываться доступность зданий для инвалидов. Возможны специфичные для инвалидов развивающие рекреационные формы (арт-терапия, театральное искусство для лиц с поражением опорно-двигательного аппарата, искусство скульптуры для лиц с нарушением зрения, живопись, графика, музыка для лиц с нарушением слуха, с поражением опорно-двигательной системы). Приемлемая и привлекательная досуговая деятельность должны обеспечить инвалидам возможность справиться с имеющимися ограничениями жизнедеятельности.

Рекреация должна обеспечивать интеграцию инвалида в общую социо-культурную среду, для чего культурный организатор и специалист по социальной реабилитации должны взаимодействовать с имеющимися в районе проживания инвалида специальными учреждениями культуры (клубами, библиотеками, театрами и др.), общественными организациями инвалидов, благотворительными обществами и др.

Реабилитацию инвалидов методами физической культуры и спорта осуществляет специалист по физической культуре и спорту. В его задачи входят:

- информирование и консультирование инвалида по этим вопросам;

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

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

Реабилитационное учреждение может использовать те виды физкультуры и спорта, которые можно организовать с учетом требований к помещению, оборудованию, спортивному инвентарю и т.д. Например, оборудование соревнований атлетов с поражением опорно-двигательного аппарата должны включать спортивные протезы, спортивные коляски и др. Для занятий физкультурой необходимы различные тренажеры, тредмил, велоэргометр. Все занятия физкультурой и спортом должны проводиться под наблюдением врача-специалиста по реабилитации и медицинской сестры.

Реабилитационный процесс СБР может включать в себя реабилитацию инвалидов через оказание общедоступных видов бытовых услуг.

Самарское отделение Общероссийской организации инвалидов больных рассеянным склерозом СОРС проводило опрос среди инвалидов, членов организации о необходимости проведения тех или иных услуг для инвалидов. Анкетирование было проведено среди 356 инвалидов в возрасте 19 – 48 лет, имеющих в 82% (292 человека) случаев I-II группы инвалидности, из которых 62% (181 человек) передвигаются на креслах-колясках и 27% (79 человек) прикованы к постели и несколько лет не выходят из дома. Проблема оказания стоматологической помощи для 78% инвалидов входит в число наиболее трудноразрешимых проблем.

Оказание стоматологических услуг полностью отсутствует в списке услуг, оказывающихся инвалидам по льготным тарифам. Если же инвалид все-таки попадает на приём к стоматологу, то возникает целая проблема с оказанием ему помощи, т.к. кабинеты стоматологов не приспособлены к приему подобного контингента пациентов.

Из тех инвалидов, которые прикованы к постели, стоматологическую помощь получали менее 5% пациентов. Нуждаемость же в подобных услугах среди этой группы людей достаточно велика, т.к. из-за неправильного или недостаточного питания инвалиды, прикованные к постели и годами не покидающие своей комнаты, имеют различные заболевания ротовой полости.

Трудности, связанные с патологическими процессами полости рта у инвалидов являются одной из самых давних сложностей реабилитационного процесса. Поражения зубов и десен, как правило, обусловлены не только характером принимаемой пищи, но и являются показателями уровня здоровья организма в целом. Ротовая полость – это не только «зеркало состояния внутренних органов», но и детектор обменных процессов. Обменные процессы у людей, имеющих группу инвалидности по наличию заболевания, отличаются от «здоровых». Эти изменения ведут за собой длительные хронические воспалительные процессы ротовой полости, что вызывает у людей дискомфорт, появление болей, неприятного запаха изо рта. Хронические очаги инфекции в пораженных зубах и деснах вызывают болезнетворные процессы в желудочно-кишечном тракте. Постоянные боли и беспокойство, трудности с питанием и общением приводят к развитию психологических изменений. Все это вызывает возникновение хронических стрессовых состояний, которые поддерживаются конкретными болезнетворными состояниями.

Реабилитировать, то есть вернуть такого человека «в социум», не решив его проблем крайне трудно. Отсутствие ощущения комфорта, закомплексованность, неудовлетворенность собой и окружающими не даёт возможность повысить качество жизни инвалида даже в том случае, когда его материальные и технические потребности относительно удовлетворены.

В настоящее время десятков видов стоматологической помощи для инвалидов применяется лишь экстренное удаление зубов. Подобный вид услуг оказывается льготно и на дому. К сожалению подобный радикальный подход не может быть использован в реабилитационном процессе, т.к. нуждаемость в экстракции зубов среди инвалидов со стоматологическими проблемами составляет примерно 8% (по данным опроса, проведенного СОРС). Кроме того, это малоэффективный способ решения стоматологических вопросов. Основной упор необходимо сделать на терапии. Лечение зубов и десен инвалидам на льготных основаниях в специально созданных условиях, вне всякого сомнения, помогут реабилитации этих людей и возвращению их в социум.

Можно привести интересный опыт СОРС, которым еще в 2001 году был открыт и функционировал стоматологический кабинет для оказания услуг инвалидам. Услугами кабинета ежемесячно пользовались примерно 150 человек. Производилась попытка диспансеризации инвалидов со стоматологическими проблемами. По окончании года было отмечено, что среди инвалидов, получивших помощь стоматолога, примерно 72% работали (из них 7% обучались и искали место трудоустройства), в 34% случаев – инвалидам стало проще принимать пищу, у 92% повысилась оценка качества жизни.

Уход за своим внешним видом – важнейшее средство самоадаптации инвалидов. Внешний вид и самоощущение, самооценка человека с ограниченными возможностями играют одну из ведущих ролей в реабилитационном процессе.

По данным Ассоциации косметологов и визажистов человек пользуется услугами парикмахера в среднем 1 раз в 40 дней. В тоже время, профессиональные трихологи (специалисты по лечению и уходу за волосами) утверждают о необходимости обращения к специалисту не реже 1 раза в 15 дней. Мотивация подобных рекомендаций связана с наличием в волосах особой микросреды, состоящей не только из бактерий, но и из грибов-паразитов. Развитие этих микроорганизмов происходит исключительно за счет выделений сальных и потовых желез, секрет которых при отсутствии должного ухода за кожей головы становится питательной средой для болезнетворных агентов.

Состояние волос человека, имеющего стойкие нарушения здоровья – инвалидов, неудовлетворительное и характеризуется сальностью, ломкостью волос, что сопровождается их выпадением, нарушением структуры, утратой блеска, ранним поседением. Страдает кожа головы: появляются мацерации, гнойнички, язвы, участки облысения. Это беспокоит людей, формирует комплекс неполноценности, инвалиды «стесняются» (особенно женщины) контактировать с другими людьми, появляется неудовлетворенность своим внешним видом, общим состоянием, это сказывается и на отношениях в коллективе и в семье. Как итог – снижение качества жизни инвалида и его окружения.

К сожалению, крайний дефицит социально-бытовых услуг в схеме построения эффективного реабилитационного процесса не позволяют на сегодня провести анализ зависимости показателей качества жизни инвалидов от получения ими помощи трихолога и парикмахера. В тоже время, по имеющемуся опыту нашей организации известно, что примерно 30% людей, получивших хоть раз услуги парикмахеров и косметологов, пытаются посетить мастеров самостоятельно. И хотя их посещение выявило ряд недостатков в оснащении места работы практически всех специалистов (отсутствие вспомогательных средств для пересадки с инвалидного кресла в парикмахерское, перемещение инвалида на кушетку специалиста по педикюру), среди получивших этот вид услуг 22% стали впервые за 3 года выходить из дома, а 13% начали активно искать работу. Кроме того, люди, получившие этот вид помощи настоятельно просят не только увеличить количество

оказываемых услуг специалистами-парикмахерами, маникюра, но и расширить услуги по трихологии и визажу.

Приведенные примеры включения в реабилитационный процесс бытовых услуг для инвалидов предполагают развитие этих направлений в реабилитационных учреждениях. Все данные о социальном статусе инвалида и направленности мероприятий СБР заносятся в амбулаторную карту реабилитации инвалида, в качестве примера которой приводится документ из методических рекомендаций МТСП РФ.

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

Оказание юридической помощи инвалиду осуществляется юристом и включает:

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

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

В идеале социально-бытовую реабилитацию необходимо проводить в специализированных реабилитационных отделениях, имеющих необходимое оборудование и подготовленный персонал.

Отделение социальной реабилитации инвалидов организуется для проведения социальной реабилитации инвалидов с различными заболеваниями и физическими дефектами в составе различных учреждений медицинского, образовательного и социального профилей.

Отделение социальной реабилитации инвалидов (далее по тексту Отделение) организуется в виде структурного подразделения:

- Центра комплексной реабилитации инвалидов;
- больницы восстановительного лечения;
- учебного заведения для инвалидов;
- дома-интерната;
- центра социального обслуживания;
- иного учреждения медицинского, профессионального, социального профиля

(далее именуется Учреждение) и предназначается для реализации мероприятий по социальной реабилитации инвалидов.

Отделение социальной реабилитации осуществляет комплексную систему мероприятий по социальной реабилитации инвалидов для устранения или компенсации с помощью различных социальных мер и технических средств ограничений в обеспечении их жизнедеятельности и интеграции в общество.

Основными задачами Отделения являются:

- конкретизация потребности инвалида в различных видах социальной помощи;
- конкретизация услуг и технических средств, предоставляемых инвалиду Отделением в рамках Индивидуальной программы реабилитации;
- реализация индивидуальных программ реабилитации инвалидов.
- В соответствие с этими задачами на Отделение возлагаются следующие функции:
- уточнение программы социальной реабилитации инвалида с учетом оптимального набора средств и методик, имеющихся в распоряжении специалистов Отделения;
- освоение и внедрение в практику работы отделения новых современных методов и средств социальной реабилитации инвалидов, основанных на достижениях науки, техники и передового опыта в области медико-социальной реабилитации инвалидов;
- оказание консультативной и организационно-методической помощи по вопросам социальной реабилитации инвалидам, соответствующим кабинетам в районе действия отделения;
- взаимодействие с другими учреждениями, принимающими участие в медико-социальной реабилитации инвалидов;
- осуществление мероприятий по повышению квалификации работников отделения по вопросам медико-социальной реабилитации.

В состав Отделения социальной реабилитации включаются (рекомендуются) кабинеты: специалиста по реабилитации (врача, прошедшего курсы повышения квалификации по вопросам медико-социальной реабилитации инвалидов), специалиста по социальной работе, психолога, социально-бытовой адаптации (кабинет адаптационного обучения; учебный класс для социально-бытовой адаптации; кабинеты, в которых размещены жилой модуль, оснащенный техническими средствами реабилитации; кабинет архитектора; кабинет техника по техническим средствам реабилитации; пункт проката и мелкого ремонта технических средств; складские помещения для технических средств реабилитации); социально-средовой ориентации (учебный класс для социально-средовой ориентации, кабинеты для индивидуальной и групповой психотерапии, кабинет юриста, кабинеты социо-культурной реабилитации, актовый зал, музыкальная гостиная, библиотека, видеотека, спортивный зал).

На профильные кабинеты возлагаются следующие функции:

Кабинет специалиста по реабилитации – осуществление контроля за состоянием здоровья и мероприятий по восстановлению нарушенных функций инвалида, коррекция и контроль за реализацией индивидуальной программы реабилитации.

Кабинеты социально-средовой ориентации – определение наиболее развитых функций инвалида с целью последующего подбора на этой основе вида общественной или семейно-общественной деятельности; проведение социально-психологического тестирования; определение потребности инвалида в различных видах социальной помощи; осуществление социально-психологической и психологической реабилитации инвалида, в том числе проведение: психотерапевтических мероприятий (снижение уровня тревожности, формирование адекватной самооценки, снятие некоторых психологических симптомов и др.), психологической коррекции (тренировка социальных навыков, коррекция неадекватных профессиональных намерений, обучение процессу

учебы и др.); психологического консультирования по личностными и эмоциональным проблемам; осуществление психологической помощи семье инвалида; социо-культурная реабилитация инвалида; реабилитация инвалида методами физической культуры и спорта; предоставление реабилитационных услуг с целью обеспечения социальной независимости и социального общения, решения личных проблем; юридическая и правовая помощь инвалидам.

Кабинет социально-бытовой адаптации – оценка возможности независимой жизнедеятельности и социально-средовая диагностика, включающая оценку нуждаемости и тестирование для обеспечения техническими средствами реабилитации, проведение социально-бытовой диагностики, определение потребности и обучение инвалида навыкам семейной-бытовой деятельности в конкретных социально-бытовых условиях и приспособление к ним инвалидов, обучение жизненным навыкам, включающим персональный уход (внешний вид, гигиена, одежда, диета, забота о здоровье, уход за зубами и др.) и персональную сохранность (безопасность в доме – пользование газом, электричеством, ванной, лекарствами и т.д.); обучение социальным навыкам, включающим элементы социального поведения (посещение магазинов, посещение предприятий общественного питания, распоряжение деньгами, пользование транспортом и др.), обучение навыкам самостоятельного проживания – подготовка к независимому образу жизни (обучение пользованию бытовыми приборами), выработка навыков независимого образа жизни с помощью упражнений и технических приспособлений, подбор инвалиду технических средств реабилитации, разработка индивидуальных решений вопросов адаптации к инвалиду жилищно-коммунальных условий).

Руководство Отделением осуществляется заведующим, назначаемым и увольняемым руководителем учреждения в установленном порядке.

Отделение в своей деятельности осуществляет непосредственную связь и тесные контакты со специалистами других подразделений учреждения, осуществляющих обслуживание инвалидов, а также с учреждениями, осуществляющими социальную реабилитацию инвалидов.

Порядок направления инвалидов в отделение и организация их реабилитации:

- реабилитация инвалидов проводится только при их желании;
- направление инвалида в Отделение осуществляется руководителями бюро МСЭ, а также другими органами и учреждениями, формирующими или реализующими индивидуальную программу реабилитации инвалида;
- при направлении представляется следующая документация: заявление инвалида о его согласии пройти курс реабилитации, карта индивидуальной программы реабилитации установленного образца;
- сроки реабилитации инвалидов в Отделении устанавливаются индивидуально.

Общими противопоказаниями к направлению инвалидов в Отделение являются:

- все заболевания в острой стадии и хронические заболевания в стадии обострения и декомпенсации;
- злокачественные новообразования в активной Фазе;
- кахексия любого происхождения;
- обширные тропические язвы и пролежни;
- гнойно-некротические заболевания;
- острые инфекционные и венерические заболевания до окончания срока изоляции.

Права и обязанности инвалидов, проходящих реабилитацию:

- инвалид имеет право отказаться от того или иного вида, формы, объема, сроков проведения реабилитационных мероприятий, а также от реализации реабилитационной программы в целом. Отказ инвалида должен быть формально зарегистрирован и являться основанием для прекращения реабилитации в Отделении;

- при согласии инвалида на проведение реабилитации он обязан представлять специалистам Отделения достоверную и исчерпывающую информацию (в пределах своих возможностей). необходимую для разработки, организации и проведения реабилитации, а также выполнять предписанные реабилитационной программой действия.

В своей работе отделение социальной реабилитации в идеале взаимодействует с другими учреждениями и организациями (см. Схему № 1).

Реабилитационное учреждение должно предоставлять информацию о своей деятельности. Вместе с тем следует отметить, что состояние информации о реабилитационном учреждении и правилах предоставления им реабилитационных услуг должно соответствовать требованиям Федерального закона РФ “О защите прав потребителя”. Реабилитационное учреждение доводит до сведения клиентов информацию о наименовании учреждения, о предоставляемых им услугах любым способом, предусмотренным законодательством РФ.

Информация об услугах, в соответствии с законом “О защите прав потребителя”, обязательно должна содержать:

- перечень основных услуг, предоставляемых реабилитационным учреждением;
- наименованием стандартов, требованиям которых должны соответствовать услуги;
- цену и условия предоставления услуг;
- гарантийные обязательства учреждения - исполнителя услуг;
- правила и условия эффективного и безопасного использования услуг.

Учреждение и отделение социальной реабилитации должны размещаться в специально предназначенном здании или помещениях. Помещения должны быть обеспечены всеми видами коммунально-бытового обслуживания и оснащены телефоном, они должны отвечать требованиям санитарно-гигиенических норм и правил безопасности труда, а также обеспечивать доступность среды жизнедеятельности в соответствии с потребностями инвалидов.

Технология деятельности отделения социальной реабилитации предполагается следующая:

Первичный прием в регистратуре.

Первоначально инвалид, имеющий на руках индивидуальную программу реабилитации, обращается в регистратуру реабилитационного учреждения, имеющего отделение социальной реабилитации. Инвалиду рекомендуется обратиться в Отделение в течение 14 дней с момента разработки ИПР в бюро МСЭ.

В регистратуре медицинская сестра проверяет наличие необходимых документов (паспорта, ИПР, медицинской амбулаторной карты, выписок из истории болезни в случае стационарного лечения, консультативных заключений и др.); проводит регистрацию инвалида, включая: оформление на него регистрационной карты, амбулаторной карты реабилитации; вводит с помощью компьютера ИПР инвалида в базу данных с присвоением инвалиду идентификационного номера; дает направление к специалисту по реабилитации, психологу, специалисту по социальной работе с указанием даты и времени посещения, фамилии специалиста и номера кабинета; перечня необходимых для приема документов.

Первичная консультация инвалида специалистом по реабилитации инвалидов.

Специалист по реабилитации (врач) работает в кабинете совместно с медицинской сестрой.

Схема 1. Взаимодействие отделения социальной реабилитации с другими организациями и учреждениями



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

- об ИПР (цель и задачи ИПР, законодательно-нормативная база, права и обязанности инвалида, его семьи, опекуна или попечителя);
- о реабилитационном учреждении и отделении социальной реабилитации (структура, задачи, функции, часы работы, перечень реабилитационных услуг и др.);
- о характеристиках услуги, области ее предоставления, доступности и затратах времени на ее предоставление; условиях ее предоставления, стоимости (для полностью или частично оплачиваемой услуги);
- о возможности оценки качества реабилитационной услуги со стороны инвалида (своевременность предоставления услуги, ее полнота, эффективность);
- о взаимосвязи между предложенной услугой и реальными потребностями инвалида;
- о порядке, этапах и сроках реабилитации у данного клиента (порядок и этапы проведения реабилитационной диагностики, формирование реабилитационного маршрута, реализация индивидуальной программы социальной реабилитации инвалида; оценка эффективности проведения мероприятий).

Медицинская сестра заполняет в амбулаторной карте реабилитации инвалида отдельные пункты в следующих разделах:

- медико-экспертные данные, пункт о группе и причинах инвалидности, длительности и динамике инвалидности; анамнезе жизни;
- профессионально-трудовые данные;
- материальное и семейное положение.

Специалист по реабилитации изучает ИПР, выданную бюро МСЭ, а также медицинские документы (выписки из истории болезни, амбулаторную карту, консультативные заключения), проводит клинический осмотр больного.

Врач заполняет в амбулаторной карте реабилитации следующие разделы:

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

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

По окончании первичной консультации специалист по реабилитации должен:

- заполнить разделы в амбулаторной карте реабилитации, касающиеся клинико-функциональной и социальной диагностики;
- конкретизировать потребность инвалида в услугах и технических средствах, предоставляемых отделением;
- отметить в реабилитационном маршруте инвалида мероприятия по социальной реабилитации, в которых нуждается инвалид;
- включить инвалида (в зависимости от вида инвалидизирующей патологии и ограничений жизнедеятельности) в ту или иную группу для адаптационного обучения;

- сделать заключение об отсутствии противопоказаний со стороны здоровья инвалида для проведения мероприятий по социальной реабилитации.

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

Первичная консультация специалиста по социальной работе.

Специалист по социальной работе знакомится с инвалидом, изучает ИПР, амбулаторную карту реабилитации, затем проводит реабилитационную диагностику, заполняя в амбулаторной карте реабилитации социально-средовые данные.

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

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

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

Специалист по социальной реабилитации, проводя социальное обследование инвалида на дому, должен осуществлять:

- оценку социально-бытовых условий;
- оценку способности инвалида самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены.

По окончании первичной консультации специалист по социальной работе должен:

- заполнить раздел о социальной диагностике и потребности в реабилитации в амбулаторной карте реабилитации инвалида;
- отметить в реабилитационном маршруте инвалида те мероприятия по социальной реабилитации, которые будут выполняться с помощью специалиста по социальной работе;
- отметить в реабилитационном маршруте дату обследования инвалида на дому.

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

МАТЕРИАЛЫ ПРОГРАММЫ «СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ИНВАЛИДОВ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ»

Психо-социальная реабилитация (ПСР) инвалидов, больных РС является одним из наиболее важных направлений РП. В общую схему ПСР прежде всего включается исследование глубины «психо-социальной дезадаптации» человека. С этой целью используются различные методики нейро-психологической диагностики (даже в том случае если у реабилитируемого нет локальных поражений головного мозга).

Психологическая реабилитация инвалида проводится психологом и психотерапевтом, включая психологическое консультирование, психокоррекцию, социально-психологический патронаж семьи, психопрофилактическую и психогигиеническую работу, психологический тренинг, привлечение инвалидов к участию в группах поддержки, клубах общения.

Психологическое консультирование должно обеспечить оказание клиентам квалифицированной помощи в правильном понимании и налаживании межличностных взаимоотношений, связанных со способами предупреждения и преодоления семейных конфликтов, с методикой семейного воспитания, с формированием семейных и супружеских отношений в молодых семьях и созданием в них благоприятного микроклимата и др.

Социально-психологическое консультирование должно на основе полученной от клиента информации и обсуждения с ним возникших у него социально-психологических проблем помочь ему раскрыть и мобилизовать свои внутренние ресурсы и решить его проблемы.

Психодиагностика и обследование личности должны по результатам определения и анализа психического состояния и индивидуальных особенностей личности клиента, влияющих на отклонение в его поведении и взаимоотношениях с окружающими людьми, дать необходимую информацию для составления прогноза и разработки рекомендаций по проведению коррекционных мероприятий.

Психокоррекция, как активное психологическое воздействие, должно обеспечить преодоление или ослабление отклонений в развитии, эмоциональном состоянии и поведении клиентов (неблагоприятных форм эмоционального реагирования и стереотипов поведения отдельных лиц, конфликтных отношений родителей с детьми, нарушений общения у детей или искажения в их психическом развитии и т.д.) для приведения указанных показателей в соответствие с возрастными нормами и требованиями социальной среды.

Социально-психологический патронаж должен на основе систематического наблюдения за клиентами обеспечить своевременное выявление ситуаций психического дискомфорта, личностного (внутриличностного) или межличностного конфликта и других ситуаций, могущих усугубить трудную жизненную ситуацию клиента, и оказание им необходимой в данный момент социально-психологической помощи.

Психопрофилактическая работа представляет собой комплекс мероприятий, направленных на приобретение клиентом психологических знаний, формирование у него общей психологической культуры, своевременное предупреждение возможных психологических нарушений.

Психогигиеническая работа является комплексом мероприятий, направленных на создание условий для полноценного психологического функционирования личности (устранение или снижение факторов психологического дискомфорта на рабочем месте, в семье и других социальных группах, в которые включен инвалид).

Психологические тренинги, как активное психологическое воздействие, должны обеспечивать снятие последствий психотравмирующих ситуаций, нервно-психической напряженности, прививать социально ценные нормы поведения людям, преодолевающим

асоциальные формы жизнедеятельности, формировать личностные предпосылки для адаптации к изменяющимся условиям.

Психологический тренинг может также включать когнитивный тренинг психических функций (память, внимание), в задачи которого входит “тренировка” психических функций посредством определенного рода нагрузок.

Привлечение инвалидов к участию в группах взаимоподдержки, клубах общения должно обеспечивать оказание им помощи в выходе из состояния дискомфорта (если оно есть), поддержании и укреплении психического здоровья, повышении стрессоустойчивости, уровня психологической культуры, в первую очередь в сфере межличностных отношений и общения.

Нейропсихологической диагностикой и соответствующими видами коррекции в реабилитационных учреждениях занимаются штатные психологи (Постановление МинТСП РФ 02.07.2001 №54, нГР:В0102360). В их задачу, в частности, входит выявление нарушений высших мозговых функций — речи, гнозиса, праксиса, памяти, внимания, мышления, т.к. сложности обучения в процессе реабилитации людей с повреждениями головного мозга могут быть также связаны с развивающимися у них интеллектуально-мнестическими расстройствами и распадом познавательно-поведенческих функций (например, инвалид не может пользоваться креслом-коляской дома, если по конструкции она отличается от той, к которой его приучили в реабилитационном центре). Результаты такого исследования используются:

- для уточнения топического диагноза церебрального поражения (если таковое имеется);
- для определения прогноза в отношении возможности компенсации нарушенных функций;
- для создания вокруг реабилитируемого благоприятной психологически совместимой социальной среды (в семье, реабилитационном центре, трудовом коллективе);
- для выбора определенной программы реабилитации.

Для эффективного проведения реабилитационного процесса по направлению – ПСР и восстановления нарушенной функции путем рациональной перестройки функциональной системы, с реабилитируемым должно проводиться систематическое и научно обоснованное восстановительное обучение, которое требует участия квалифицированных специалистов в области нейропсихологии, педагогики и логопедии. Это ставит в зависимость реабилитационный процесс восстановительного обучения речи, чтению, письму и счёту от некоторых условий:

- 1) от квалифицированного проведения качественного анализа дефекта, направленного на выявление фактора, лежащего в основе дефекта,
- 2) от правильности поставленного эпического диагноза,
- 3) от квалифицированного синдромологического анализа дефекта,
- 4) от стратегии восстановительного обучения, идущей от механизма, внутренней структуры дефекта, от его причины, а не от внешней картины, не от симптома.

Одной из задач процесса ПСР является коррекция афатического синдрома. В отечественной нейропсихологии наибольшее распространение получила классификация афазий, разработанная А.Р.Лурия. Согласно этой классификации, выделяют 7 форм афазий (5 афферентных и 2 эфферентных формы):

- 1) *сенсорная афазия* — проявляется нарушением фонематического слуха, т.е. способности различать звуковой состав слов;
- 2) *акустико-мнестическая афазия* — проявляется грубыми нарушениями слухоречевой памяти при сохранно фонематического слуха;
- 3) *оптико-мнестическая, или номинативная амнестическая афазия* — проявляется нарушением способности правильно называть предметы;

- 4) *афферентная моторная* афазия – проявляется трудностями артикуляции в связи с нарушением импульсации от артикуляционного аппарата в кору головного мозга во время речевого акта;
- 5) *семантическая* афазия — проявляется нарушением понимания сложных грамматических конструкций, в которых отражены пространственные отношения;
- 6) *моторная эфферентная* афазия — проявляется нарушением произношения членораздельных звуков и слов вследствие страдания кинетической организации речевого акта, четкой временной последовательности речевых движений;
- 7) *динамическая* афазия — проявляется речевой адинамией, «дефектом речевой инициативы», невозможностью развернутых речевых высказываний, односложными ответами.

Основным средством реабилитации при афазиях являются индивидуальные и коллективные логопедические занятия. Восстановительное обучение инвалидов, страдающих афазией, основывается на трех основных группах принципов: психофизиологические, психологические и психолого-педагогические.

К *психофизиологическим* принципам относятся:

- принцип квалификации дефекта на основе тщательного нейропсихологического анализа нарушения функций;
- принцип использования сохранных анализаторных систем в качестве опоры при обучении (например, звукоразличение при афазии Вернике может быть в определенной степени компенсировано зрительно-кинестетической афферентацией);
- принцип создания новых функциональных систем, не принимавших прежде прямого участия в обеспечении пострадавшей функции;
- при поражении произвольного уровня речи - опора на сохранные (автоматизированные) уровни речи;
- опора на сохранные психические функции, взаимодействующие с пострадавшей — в первую очередь, воображение и мышление;
- принцип контроля, обратной связи с целью своевременного исправления ошибок (магнитофон, зеркало, комментарии педагога и т.д.).

Психологические принципы включают:

- принцип учета личности больного, мотивов его деятельности;
- принцип опоры на сохранные формы деятельности (игровая деятельность, пение, чтение стихов, счет и т.д.);
- принцип опоры на предметную деятельность, поскольку психические процессы формируются в предметной деятельности;
- принцип организации деятельности больного, создания индивидуальной программы обучения, обеспечение самостоятельного выполнения больным домашних заданий;

Психо-педагогические принципы:

- принцип от простого к сложному; постепенное увеличение объема и степени разнообразия материала (начиная с малого объема и малого разнообразия вербального и картиночного материала);
- учет объективной и субъективной (для реабилитируемого) сложности лексики, фонетики;
- создание благоприятного эмоционального фона для занятий, стимулирующего положительные эмоции.

Занятия с инвалидами в ходе мероприятий ПСР проводятся специалистами психологами, логопедами с участием неврологов и специалистов по реабилитации инвалидов (Постановление МинТСП РФ 02.07.2001 №54, нГР:В0102360).

Наиболее сложно реабилитационному процессу поддаются нарушения чтения (алексия) и письма (аграфия). Так как для осуществления этих процессов необходима сохранность зрительного, слухового и кинестетического анализатора, совместная работа которых является нейрофизиологической основой и чтения и письма, то поражение одного из них приводит к различным формам алексий и аграфий.

Различают гностические (неречевые) и речевые алексии. К неречевым относятся:

1. оптическая алексия, которая делится на литеральную и вербальную;
2. оптико-мнестическая алексия, отдаленно связанная с нарушением речи;
3. оптико-пространственная алексия, основе которой лежат дефекты пространственного восприятия.

Речевые алексии протекают в одноименных формах афазий:

1. сенсорная алексия;
2. акустико-мнестическая алексия;
3. моторная афферентная алексия.

Оптическая алексия часто идет в синдроме оптической агнозии или оптико-пространственных нарушений и нередко — в синдроме оптико-мнестических расстройств. Эта форма нарушения чтения радикально отличается от всех форм алексии, идущих в синдроме речевых нарушений: оптические расстройства чтения идут, как правило, на фоне сохранной речи.

Центральным дефектом при литеральной алексии является распад четкого значения отдельных букв (люди с этой формой алексии с трудом узнают буквы, путают их по оптически близким признакам, неправильно воспринимают их пространственную ориентацию или не узнают совсем). При вербальной (или симультанной) алексии не нарушается восприятие и опознание отдельных букв; все трудности возникают при чтении слов. Человек правильно читает все буквы в слове, но не может объединить их в единое целое.

Нарушение взаимодействия речи и зрительного восприятия ведет к так называемой оптико-мнестической алексии, при которой основным дефектом является амнезия на буквы и слова при чтении. Что касается оптико-мнестической алексии, то здесь обнаруживается значительный перевес ошибок называния, в то время как узнавание букв и слов на слух протекает с меньшим количеством ошибок. При этих формах алексии нередко возникает «угадывающее» чтение. Причины появления ошибок угадывания здесь лежат в дефектах оптического восприятия или в нарушении речевой организации мнестического опыта.

Методы восстановления чтения при всех описанных видах оптической алексии принципиально одинаковы, поскольку они направлены на преодоление дефектов в оптическом восприятии знака. Однако применяемые в обучении методы имеют и существенные различия, связанные с указанными разновидностями нарушения восприятия буквы и слова при оптической алексии. Главной задачей восстановительного обучения чтению, нарушение которого идет в синдроме предметной (и буквенной) агнозии, а также оптико-пространственных расстройств, является восстановление обобщенного восприятия буквенных знаков, с одной стороны и процесса тонкого дифференцирования сходных по своей конструкции букв — с другой.

В качестве примера реабилитационной методики для людей с указанными видами алексий можно привести 3-хстадийную технологию, предлагаемую Л.С.Цветковой (1997):

На первой стадии обучения чтению с этой целью ведется работа над восстановлением восприятия отдельной буквы и ее узнавания. Работа начинается с восстановления умения узнавать буквы, далекие по своему оптическому рисунку (С — Н, А — В и др.). К узнаванию буквы и ее дифференцированию от другой ведет

последовательное выполнение серии операций. Больному дается буква, он пытается вспомнить и воспроизвести ее моторный образ путем «записи» ее рукой в воздухе без участия зрения в этом процессе. Затем он записывает эту букву в тетрадь, находит ее среди нескольких других букв, ощупывает, сравнивает с другими (зрительно и кинестетически), называет нужную букву, находит и подчеркивает в тексте, подчеркивает наиболее часто встречающиеся и знакомые ему слова, начинающиеся с этой буквы, и т.д. Это умение закрепляется в ряде упражнений.

От анализа конструкции букв, далеких по своему оптическому рисунку, больного подводят к методу подробного анализа букв, близких по своей структуре (О— С, К— В, Ж— К). Параллельно применяется и метод вербального анализа конструкции сравниваемых букв с выделением общего и отличного в их рисунке. Этот анализ подкрепляется ощупыванием соответствующих букв, нахождением их среди других путем ощупывания с закрытыми глазами, упражнениями, в которых больные отвечают на вопрос, что нужно сделать, чтобы из буквы Б получить букву Р или из буквы В букву Р и т.д. Затем переходят к обучению по методу конструкции и реконструкции буквы, позволяющему восстановить обобщенный образ буквенного знака.

На второй стадии обучения переходят к восстановлению чтения слогов и слов на основе полученных на первой стадии знаний о буквах. Сначала чтение слогов и слов опирается на метод письма буквы в воздухе (моторный образ буквы), помогающий найти ее значение, узнать ее, а также и на оральный образ ее произнесения. Узнаванию при чтении букв и целых слов (особенно в рукописных текстах) помогает метод чтения цветных слов, при котором каждая буква в слове написана разным цветом. Цветные буквы позволяют более отчетливо отделить их друг от друга, и опора на цвет является дополнительной афферентацией, способствующей дифференциации букв внутри слова.

Задачей третьей стадии обучения является восстановление точности и скорости чтения. Здесь используется вся система методов, обеспечивающая положительное влияние контекста на точность и быстроту чтения. Слова подбираются с высоким уровнем контекста (знакомые слова, высокой частотности, строчки из стихов и т.д.). Однако пользоваться методом высокого уровня контекста следует осторожно, так как он может привести к угадывающему чтению и стать препятствием для восстановления аналитического чтения.

Указанные методы, направленные на создание условий для дифференцированного восприятия буквенных знаков, обеспечивают восстановление четкого, константного и обобщенного образа буквы, что способствует восстановлению чтения и его автоматизации.

В случаях моторных форм алексии нужно начинать обучение чтению, технической его стороне с обучения чтению фразы, а пониманию — с обучения чтению текста. При реальной ситуации обучения необходимо обучать чтению фраз, взятых только из того же текста, над пониманием которого работают, а словам — из этих же фраз.

При акустико-мнестической алексии необходимо начинать восстановительную работу с уровня слова, включая затем его в предложение, а последнее — в текст (при грубой степени алексии), а при средней и легкой степени обучение идет от предложения вверх — к тексту и вниз — к слову.

Аграфия — это сложное и неоднородное расстройство письма и письменной речи, и оно проявляется в разных формах которые условно можно разделить на две группы, в основе которых лежат нарушения разного психологического содержания и разные механизмы:

- 1) речевые аграфии, в основе которых лежат расстройства речи;
- 2) гностические (неречевые) формы аграфии, в основе которых лежат расстройства разных видов гнозиса.

Первая группа аграфий протекает в синдромах различных форм афазии, вторая группа — в синдромах различных форм агнозии, где выделяются:

- а) оптическая аграфия (симультанная и литеральная),
- б) оптико-пространственная,
- в) оптико-мнестическая.

Несмотря на разницу в природе и механизмах нарушения процесса письма, заявление значительного количества корректировочных методов, существует два основополагающих составных компонента реабилитационного процесса восстановления письма (РПВП):

- I. Единые принципы РПВП.
- II. Единые методические требования к организации РПВП.

I. Для всех методов восстановления письма действуют два основных принципа:

- 1. Принцип опоры на контекст. Контекст (слово, фраза, текст, картинка) дает дополнительную информацию о составе слова (фразы и т.д.), что способствует формированию замысла, актуализации знаний, необходимых для письма, для усиления аналитических возможностей субъекта.
- 2. Принцип специального подбора вербального и картиночного материала с учетом: а) фонетической сложности слова; б) частотности слов; в) грамматической сложности и объема фраз; г) системы отношений субъекта.

II. Существуют общие методические требования к организации и ведению восстановительного обучения письму:

- 1. восстановительное обучение реабилитируемых письму начинается с нейропсихологического и синдромологического анализа дефекта, в результате которого устанавливаются природа и механизмы нарушения письма (т.е. путем квалификации дефекта вычленяется фактор, лежащий в основе аграфии);
- 2. анализ психологической структуры дефекта позволяет вычленить уровень нарушения организации письма и то звено, которое пострадало;
- 3. на основе нейропсихологического и психологического анализа дефекта намечаются пути его преодоления и проводится разработка (или подбор) методов, адекватных природе, механизму и структуре дефекта; это могут быть внутри- или межсистемные перестройки пострадавшей функциональной системы;
- 4. используется и перевод процесса письма с одного уровня организации (или реализации) на другой; с этой целью используются методы, вовлекающие в работу сохранные анализаторные системы в качестве опоры для перестройки нарушенной функциональной системы или для создания новой;
- 5. работа ведется с опорой на сохранную семантику письма и речи — смысл, значение и предметное значение слова;
- 6. использование в основном осознанных форм деятельности, протекающих на произвольном уровне организации процесса письма;
- 7. восстановительное обучение письму при речевых аграфиях проводится совместно (и внутри) с восстановлением устной речи и чтения; при гностических формах аграфии ее преодоление идет совместно с восстановлением процесса восприятия соответствующей модальности;
- 8. восстановительное обучение письму при всех формах его нарушения на всех его стадиях идет на фоне постоянной работы над смыслом и значением слова, фразы, текста, которая должна предшествовать аналитической работе над составом слова (Л.С.Цветкова, 1997).

Речевые формы аграфии протекают в синдроме соответствующих форм афазии. Что касается моторных видов аграфии, то в настоящее время в отечественной нейропсихологии они рассматриваются как две различные по механизмам возникновения, по клинической и нейропсихологической картине протекания формы афазии и, соответственно, аграфии:

- 1. моторная афферентная аграфия,

2. моторная эфферентная аграфия.

Важность РПВП даёт основание остановиться на наиболее часто встречающихся нарушениях письменной речи. В основе эфферентной моторной аграфии, находится патологическая инертность стереотипов в устной и письменной речи. Это приводит к дефектам переключения с одного звука (слова, предложения) на другой в процессе устной речи и с одного знака на другой — в письменной речи. В клинической картине аграфии этот дефект проявляется в целом ряде ошибок при письме, вплоть до его грубого распада. А если у больного сохраняется способность к письму, то оно становится чрезвычайно замедленным и произвольным, изменяется почерк, буквы становятся угловатыми и часто пишутся раздельно, нередко буквы либо укрупняются, либо становятся мелкими (макро- и микро-графия). В письме уже на уровне слова обнаруживаются персеверации предыдущих букв (или слов). При грубой форме персевераций письмо становится полностью невозможным, оно замещается письмом отдельных букв, слогов или части слова. Даже идеограммное письмо (имя, фамилия, город, в котором живет больной, имена близких людей и т.д.) оказывается затрудненным и имеет много ошибок.

Восстановительное обучение письму при эфферентной моторной аграфии проходит ряд стадий, каждая из которых имеет свои задачи и методы, но все они направлены на восстановление нормального процесса письма и письменной речи. Основная задача и цель — восстановление аналитического письма: осознание последовательности звуков и букв в слове и роль этой последовательности в осознания значения слова.

Например, на первой стадии идет работа от целого слова, его значения к его буквенному составу — это *синтетический метод*. Работа ведется следующим образом: реабилитируемому предлагаются пары или тройки предметных картинок, наименование которых отличается только порядком букв в них, но это и ведет к разному их значению. Под каждой картинкой лежит составленное из букв слово. Первая задача больного: а) прочитать пары заданных слов, б) соотнести с картинкой, в) показать, в чем разница в этих словах, г) списать эти слова по парам, д) написать по памяти (магнолия — Монголия, ток — кот, вор — ров, горб — гроб и т.д.). Вторая задача: а) переставить буквы в заданных словах так, чтобы получилось другое по значению слово, б) объяснить разницу в написании слов, в) списать их, г) написать по памяти. Например, дар, кот, трос и т.д. (перед больным лежат соответствующие картинки).

После работы по *синтетическому методу* (от целого - к части, от значения слова — к его структуре) можно переходить к *аналитическому методу*, который направлен на осознанный анализ состава слова.

Работа идет по программе, состоящей из ряда последовательных операций:

1. поэлементное проговаривание слова;
2. количественный анализ слова (подсчитывание и запись количества звуков в слове с помощью внешних средств — счеты, палочки и др.);
3. составление схемы слова на основе проведенного анализа (побуквенная и послоговая схемы);
4. последовательное заполнение схемы соответствующими буквами.

После восстановления у больных умения писать целый ряд слов — простых и сложных, высокой и низкой частотности, длинных и коротких переходят ко второй стадии обучения, задачей которой является восстановление письма фразы с помощью «методов составления картиночных фраз» и «паузированных фраз» (Л.С.Цветкова, 1990).

При афферентной моторной аграфии основным механизмом нарушения письма являются дефекты кинестетических ощущений. В клинической картине этих нарушений письма у больного обнаруживаются литеральные параграфии. Наиболее частыми ошибками являются: а) замена одних звуков другими, близкими по месту происхождения, б) пропуск согласных при их стечении, в) пропуск гласных в словах, г) нередко встречается и пропуск целых слогов (или стечений согласных) из середины слова («Пов» вместо «Псков», «потвй» вместо «портной» и т.п.).

Афферентная моторная аграфия протекает в синдроме афферентной моторной афазии, при которой нарушается устная экспрессивная речь по тем же механизмам, дефекты которой негативно влияют на письмо. Письмо становится дезавтоматизированным и осознанным процессом, нарушение письма протекает совместно со снижением понимания написанного. Однако, в отличие от эфферентной моторной аграфии, в этом случае остается более сохранной синтагма и грамматическая организация письменного предложения. Основной задачей восстановительного обучения при этой форме аграфии является восстановление процесса звукоразличения, который приведет к правильному звуко-буквенному анализу при письме и к восстановлению артикулемы. С этой целью работа ведется с опорой на охранные акустическую и зрительную анализаторные системы и их взаимодействие. Восстановительное обучение письму слова должно учитывать ряд условий:

1. подбор слова с учетом некоторых его параметров: частотность (объективная и субъективная), фонетическая сложность, длина, семантика слова (подбор слов идет сначала из разных семантических групп, а позже — из близких, или из одного поля, например, каша, окно, дерево и т.д., помидор, молоко, груша и т.д., помидор, огурец, картофель, свекла);
2. работа над письмом малого количества слов;
3. обязательная опора на семантику слова, т.е. связь слов с их значением, смыслом, с предметной отнесенностью;
4. опора на предмет или его изображение (картинку) с одновременным звучанием соответствующего слова-наименования, обеспечивающие фиксацию слова, его значение и смысл.

Восстановление собственно письма начинается лишь на второй стадии с письма слова, а не буквы, и когда в словаре больного появляются произносимые им слова. Здесь специалисту необходимо помнить, что восстановление письма может оказать отрицательное влияние на восстановление устной речи больного, если его начинать на фоне полного отсутствия устной артикулированной речи и какого-либо активного или пассивного словаря.

Центральным механизмом сенсорной аграфии является нарушение акустического восприятия речи, фонематического слуха, а основным дефектом является практический распад всех видов письма и, прежде всего, письма на слух. В клинической картине сенсорной аграфии обнаруживается либо полностью распавшееся письмо, либо грубое его нарушение. В этих случаях больной не может написать самостоятельно, и тем более под диктовку, ни одной звуко-буквы или их сочетаний, ни одного слова. Может остаться сохранным идеограммное письмо, но и оно не всегда бывает доступным. В случаях менее выраженной степени нарушения письмо этих больных изобилует литеральными параграфиями, звуки заменяются больным по фонематическому признаку. Наиболее частые замены: оппозиционных звуков (б — п, к — г, г — х, х — к, д — м, д — л и др.); мягких звуков на твердые (ль — л, ки — кы и др.); близких гласных (о — у, а — ы, е — э, и — е и др.).

Главной задачей восстановительного обучения при сенсорной аграфии является восстановление четкого осознания каждого отдельного звука, умение выделить его из целого звучащего слова, т.е. восстановление осознанного аналитико-синтетического процесса письма. Все усилия здесь направлены на оживление смысловой сферы, на восстановление у пациента умения слушать и слышать речь, вычленять и опознавать сначала целые тексты, затем целые предложения из этих текстов, позже — умение выполнять вербальные инструкции и выделять отдельные слова из предложенного текста.

Из неречевых форм аграфий наиболее распространенной является оптико-пространственная аграфия. В клинике мозговых поражений эти виды аграфии протекают в синдроме различных форм агнозии, и связь с речью в этих случаях имеет место на базе отдаленных отношений. Участие этого звена в структуре и протекании письма особенно

отчетливо представлено при его формировании у детей. При начальном обучении детей письму трудности, связанные с зрительным и зрительно-пространственным восприятием (или актуализацией образа буквы), встречаются часто и, как правило, оказываются стойкими. Наиболее часто встречается так называемое «зеркальное письмо», выражающееся в том, что дети путают буквы, близкие по конфигурации и отличающиеся лишь их пространственной ориентацией. Именно в синдроме пространственных нарушений и протекает «зеркальное письмо», при котором дети (и взрослые пациенты) пишут зеркально многие буквы, которые отличаются друг от друга только пространственной характеристикой (*ш — т, Я — R, п — и, б — д* и др.). Центральной задачей восстановительного обучения письму в этих случаях аграфии является восстановление зрительно-пространственных представлений, умения ориентироваться в пространстве, осознания связи пространственной ориентации буквы с ее значением.

Другой тип неречевой аграфии - оптическая заключается в утере обобщенного оптического образа буквы, обозначающего конкретный звук: графема в этом случае перестает выполнять функцию обозначения определенного звука. Главным дефектом в этом случае является нарушение дифференцированности оптического образа буквы, замена одних букв другими, близкими по глобальному оптическому образу и конструкции (*а — о — е, и — п — н, ш — и — п, с — х — к, в — р, Б — В — Р* и т.д.). В клинической картине оптической аграфии обнаруживаются поиски нужной буквы, ошибки по типу замены одной буквы другой, сходной по рисунку (литеральные оптические параграфии), замедленность и произвольность процесса письма.

Основная задача восстановительного обучения письму при оптической аграфии заключается в:

1. восстановление константных и обобщенных образов-представлений предметов, букв, цифр;
2. восстановление тонкого дифференцированного восприятия образов-представлений предметов и букв;
3. восстановление актуализации обобщенного образа буквы-графемы.

Однако, при всей основательности нейропсихологических подходов и богатстве методологического выбора, полностью провести РПВП с максимальным реабилитационным эффектом, как показывает практика, затруднительно.

Помимо нарушений чтения и письма, у больных неврологическими заболеваниями нередко возникают нарушения функции счета. Счет может оказаться нарушенным при дефекте любого из звеньев его структуры, причем форма распада зависит от того, какой из элементов структуры страдает. Поэтому нарушения счета возможны при поражении почти любого участка мозга, а восстановление функции счета непосредственно связано с различением специфических и неспецифических форм акалькулии. Встречаются зрительные агнозии или амнезии на числа, а также нарушения словесного обозначения чисел, идущие в синдроме либо мнестических, либо акустических, либо речедвигательных расстройств. Поэтому среди неречевых акалькулий различают четыре основных формы:

1. сенсорная;
2. акустико-мнестическая;
3. оптическая;
4. условно-лобная.

Клиническая картина оптической акалькулии характеризуется трудностями дифференцирования, оценки и названия близких по конфигурации чисел и цифр. Этот дефект ведет к трудностям «счислительных» операций. Иногда оптические трудности распознавания цифр и чисел осложняются дефектами пространственного восприятия чисел и их оценки, т.е. на первое место выступает синдром оптических расстройств — оптическая агнозия, аграфия, алексия, а также и симптомы оптического отчуждения значения и смысла цифры (пример: даются две цифры — 3 и 8 — и на вопрос: «Что

является отличительным признаком цифры 3, а цифры 8» больной отвечает: «Они одинаковые»).

В процессе проведения реабилитационных мероприятий важно использовать такой важнейший принцип восстановительного обучения, как опора на личность реабилитируемого, учет его знаний, учет интеллектуального опыта, опора на его эмоционально-волевые процессы.

Успешное восстановление функций возможно только при воздействии на личность больного, его мотивы, интересы. Необходимо прежде всего «...восстановить деятельность и направить его активность».

Поскольку все психические функции, в том числе и счет, формируются в предметной деятельности, а усвоение знаний и навыков протекает через собственную деятельность субъекта, при восстановительном обучении необходимо опираться на принципы организации деятельности больных, предметной деятельности. Это особенно важно, когда деятельность человека с нарушенными функциями нарушена (или не сформирована) и ее нужно организовать. Организация деятельности инвалидов - один из важнейших принципов реабилитационного процесса (в частности, восстановительного обучения).

Для организации деятельности и ее активизации рекомендуется использовать эффективный метод программированного обучения, т.е. обучения, которое управляется извне путем взаимодействия двух-трех и более человек. Программы представляют собой серию последовательно выполняемых операций. Операции записаны на карточке, лежащей перед реабилитируемым, или последовательно проговариваются на слух больному специалистом. Выполнение этих операций приводит к восстановлению нарушенного звена в структуре счета, и последующая работа с программами сокращается по составу операций, переходит с материального (предметного) уровня на внутренний уровень выполнения «в уме». В конце обучения по программам выполнение нарушенного действия проводится больным самостоятельно. Еще один важнейший принцип, используемый при восстановительном обучении, — принцип взаимодействия и взаимовлияния психолога, педагога и реабилитируемого. Лучшие результаты восстановительного обучения достигаются при «разделении пострадавшей функции на двоих» (а в групповых занятиях на 3—5 человек).

Не углубляясь в тонкости восстановительных технологий, перечислим основные методы реабилитации и восстановительного обучения при оптической акалькулии:

- метод предметного счета;
- метод действия с числами (цифрами);
- метод решения задач;
- метод моторного образа цифры;
- метод реконструкции цифры;
- метод конструкции цифры;
- метод игры в «цифровое лото»;
- метод работы с таблицей умножения;
- метод соотнесения речевых формулировок.

В основе работы перечисленных методов лежит простота и доступная выполнимость предложенных заданий. Например, *метод решения задач*, состоит в том, что даются простейшие задачи типа «Хозяйка купила 3 кг фруктов и 2 кг овощей. Сколько всего кг купила хозяйка?» Постепенно задачи нужно усложнять.

Если оптическая акалькулия идет в синдроме нарушения процесса оптического восприятия, то сенсорная и акустико-мнестическая формы нарушения счета идут в синдроме нарушения акустического восприятия и речи. Так, сенсорная акалькулия имеет следующую клиническую картину - больные не понимают на слух значения цифры и числа и безуспешно пытаются выполнить устные арифметические действия.

Акустико-мнестическая форма акалькулии является мало изученной и довольно-таки редкой. Больные при задании назвать число или произвести арифметическую операцию все выполняют в высшей степени осознанно и замедленно, постоянно просят повторить числа или само задание, часто отказываются от выполнения задания, огорчаются. Эта форма акалькулии также вторичного происхождения и идет в синдроме весьма специфической акустико-мнестической афазии, для которой характерны — нарушение объема акустического восприятия, замещение симультанного восприятия сукцессивным, нарушение образов-представлений, что приводит к дефектам называния. Все эти симптомы проявляются и в акалькулии: уменьшен объем восприятия названного числа, больные требуют повторения числа по частям, образы (восприятие и представление) чисел также дефектны — больные не могут вычленивать существенные признаки похожих чисел.

Восстановление счета идет параллельно с восстановлением речи. Поэтому рекомендуется использовать методы восстановления речи при сенсорной и акустико-мнестической афазии, особенно те из них, которые направлены на преодоление дефектов фонематического слуха в одном случае, а в другом — методы, восстанавливающие объем акустического восприятия и слухо-речевую память.

При лобной акалькулии дефекты счета, возникающие чаще всего вместе с эфферентной моторной афазией, не затрагивают структуру счета, однако персеверации, эхолалии затрудняют осуществление этой функции и могут привести к грубым нарушениям в числительных операциях; в её основе лежат другие механизмы, в отличие от теменной акалькулии:

1. нарушение *понимания смысла и значения* чисел;
2. нарушение самой деятельности: ориентировочного звена, звена планирования и контроля;
3. нарушение регулирующей функции речи.

Счетные операции также первично не сохраняются у этих больных: они не понимают сути арифметических действий, системы математических отношений между числами. У них нет затруднений в пространственных схемах счета, но нарушается понимание, осмысление этих операций. Например, задание — решить арифметический пример: $9 + 5 =$; больной смотрит по сторонам и говорит: «А-а, это значит 9 стульев, но ведь здесь нет девяти... раз, два, три... только три».

При выполнении мероприятий ПСР с больными, имеющими элементы «лобной психики», необходимо выполнять следующие условия. Первое условие восстановительного обучения апеллирует к личности реабилитируемого и его эмоционально-волевой сфере. Это значит, что все виды работы, решение любых задач и заданий должны начинаться с установления контакта с больным, с выяснения (и создания) интересов больного, системы их отношений, с создания мотива деятельности и ее осмысления больным. Второе условие предполагает умелое использование речи — собственной речи реабилитируемого и речи психолога (или педагога). В одних случаях речь выступает в роли организатора и регулятора деятельности реабилитируемого (а позже и средством саморегуляции), в других — речь фиксирует выполнение задания, связывает речь с действиями пациента. Но в некоторых случаях (а именно при поражении заднелобных зон коры мозга правого и левого полушарий, а также и медио-базальных отделов мозга) речь может оказаться помехой, и работу нужно проводить с выключенной речью.

Задачи восстановительного обучения этой социально сложной группы реабилитируемых следующие:

1. восстановление процессов понимания как составной части мышления;
2. восстановление осознанных и осмысленных операций и действий с числами;
3. восстановление связи мысль — действие (и действие — мысль)

4. восстановление системных действий и операций с числами, т.е. восстановление понимания целостности арифметического действия и связи операций между собой в структуре арифметического действия; (например, в действии $35 - 17$: а) $17 + 3 = 20$, б) $35 - 20 = 15$, в) $15 + 3 = 18$ все операции, последовательное выполнение которых приводит к решению задания, взаимосвязаны и представляют собой целостное образование или «систему операций»);
5. восстановление понимания смысла и значения числа.

Теменная и теменно-затылочная акалькулия в отличие от всех описанных выше форм акалькулий (кроме лобной) является первичной и специфической. Это главная форма, при которой существенно нарушается счет и счетные операции. Фактором (механизмом), лежащим в основе этой формы нарушения счета, являются дефекты пространственного и оптико-пространственного гнозиса. В первую очередь страдают устные счетные операции или включенные в вербальный контекст арифметической задачи. Если больному дается в письменной форме задание $30 : 2 =$, то он относительно легко выполняет его. Если же это задание дается больному устно: «разделите тридцать на два», то сразу же возникают трудности в понимании речевого оборота «тридцать на два». Больной: «Как это понять — на два — раз, два, так?...Нет не понимаю, что мне надо делать». Это же задание, сформулированное в другой форме, становится еще менее доступным для понимания больным. Психолог: «Узнайте, во сколько раз число тридцать больше двух». В этих случаях в основе дефектов в счетных операциях лежит нарушение понимания грамматической структуры речи; преодоление речевых дефектов создает условия для правильного протекания процесса счета. Таким образом, основными симптомами проявления этого вида акалькулии являются:

1. дефекты понимания разрядного строения числа,
2. нарушение понятия числа,
3. непонимание внутреннего состава числа и связи чисел между собой,
4. неспособность связать количественную характеристику числа с его разрядным строением (105 больше 15 ?, 25 больше или меньше 52 ?),
5. полное непонимание значения нуля в числе,
6. нарушение всех счислительных операций, особенно с переходом через десятков,
7. нарушение понимания значения арифметических знаков,
8. нарушение понимания «левого» и «правого» в составе числа и зависимости величины числа от этой характеристики (например, 1561 — слева направо уменьшение разрядов и наоборот),
9. фактор - нарушение пространственного и зрительно-пространственного восприятия, связи речи с числом, речевой организации счета.

Для восстановления какого-либо действия, в частности умения оперировать с составом числа, важно и необходимо не только найти адекватные методы и приемы обучения, но и создать нужные условия для интериоризации заданного извне способа действия. Интериоризация — это не простое перемещение во внутренний план сознания той или другой психической функции, а формирование «внутреннего плана».

Во «внутреннем плане» происходит преобразование деятельности. Именно с этой целью имеет смысл воссоздавать внутреннюю структуру действия, выносить ее вовне в виде серии последовательных операций. Затем постепенно переводить отрабатываемый способ выполнения действия с уровня материальной формы действия (действия с предметами) на уровень материализованный (сначала запись получаемых результатов, а позже работа с карточками, на которых написаны цифры), затем на уровень громкой речи (заданное число лишь в устной речи раскладывается на возможные комбинации чисел, составляющих его), затем это действие переводится в план шепотной речи, позже — речи «про себя». Лишь подобная форма и содержание работы может дать успех в восстановлении счета, в том числе и понимания состава числа.

Таблица 4.

Отработка наименования числа первого десятка (метод энграмм).

Цифра	Соответствующая буква	Слово, близкое больному	Выделение 1-го звука из слова	Наименование цифры	Цифра
1	Е	Елена (жена)	е	е... единица	1 единица
2	g	Дима (сын)	д	д... два	2 два
3	t	Таня	т	т... три	3 три
4	ч	человек	ч	ч... четыре	4 четыре
7	С	Сеня	с	с... семь	7 семь
8	В	Витя	в	в... восемь	8 восемь
9	g	дочка	д	д... девять	9 девять

Таблица 5.

Отработка наименования числа второго десятка.

Число	Состав числа	Направление наименования
11	10+1	$10 + 1 = 11$ ← десять - на - один один-на-дцать (дцать)
15	10+5	$10 + 5 = 15$ ← дцать - на - пять пять-на-дцать

Таблица 6.

Обобщенная схема наименования числа.

1-й десяток	2-й десяток справа — налево ←	3-й десяток слева — направо →	4-й десяток слева — направо →
1 - один	$11=1+10$ один-на-десять (дцать)	$20+1=21$ двадцать один	$30 + 1 = 31$ тридцать один
2 - два	$12=2+10$ две-на-дцать	$20+2=22$ двадцать два	
3 - три	$13=3+10$ три-на-дцать	$20 + 3 = 23$ двадцать три	
4 - четыре	$14=4+10$ четыре-на-дцать	$20 + 4 = 24$ двадцать четыре	
5 - пять	$15=5+10$ пять-на-дцать	$20 + 5 = 25$ двадцать пять	
6 - шесть	$16=6+10$ шесть-на-дцать	$20 + 6 = 26$ двадцать шесть	
7 - семь	$17=7+10$ семь-на-дцать	$20 + 7 = 27$ двадцать семь	
8 - восемь	$18=8+10$ восемь-на-дцать	$20 + 8 = 28$ двадцать восемь	
9 - девять	$19=10+9$ девять-на-дцать	$20+9=29$ двадцать девять	
10 - десять	$10 + 10=20$ двадцать	$10 + 10 + 10=30$ тридцать	

С этой целью могут использоваться соотнесения слова-намерения, метод связи оптического изображения числа с первой буквой его наименования, метод энграмм (таблица 4).

Восстановление названия чисел второго и третьего десятков является самостоятельной задачей, и ее решение связано с восстановлением *восприятия пространственных отношений*, поскольку причиной этого нарушения чаще всего являются дефекты пространственного восприятия (таблица 5, 6).

Работа над восстановлением названий чисел в пределах первой сотни способствует восстановлению понимания существования двух разрядов — десятков и единиц. Больные начинают понимать, что двузначное число в пределах первой сотни состоит всегда из десятков и единиц, что и получает отражение в наименовании числа. Кроме того, они усваивают общее правило называния чисел, указывающее на то, что чтение (называние) числа всегда начинается с более высокого разряда и идет в направлении к меньшему. Метод соотнесения названия числа с его разрядным строением помогает восстановить понимание того, что в названии числа отражены все разряды и что каждый разряд имеет свое название и, наконец, что наименование разряда отражает его величину и место в разрядной сетке. Метод разрядной сетки включает в себя ряд приемов и упражнений, которые помогают освоить и закрепить восстанавливаемое действие или психический процесс. Цель — восстановить понимание разрядного строения числа. Главная задача этих методов — научить больного пониманию перехода одного разряда в другой и их количественных взаимоотношений. Специальное обучение больных счету (выполнению арифметических действий) лучше начинать с более простых и менее всего пострадавших операций сначала в пределах первого десятка, затем второго.

Итак, рассмотрев доступное многообразие нарушений высших психических актов — как инструментов реализации когнитивных функций - и методов их коррекции, можно сделать вывод о первостепенном значении восстановительных технологий для нарушения речи, счета, письма и чтения в процессе психо-социальной реабилитации человека с ограниченными возможностями.

В настоящее время происходит процесс унификации сбора данных о состоянии обследуемых людей: появляются тесты, таблицы и программы, совмещающие в себе изучение неврологического статуса и оценку социального положения, анализ уровня интеллекта и расчет качества жизни человека, исследование высших психических функций и определение творческого потенциала индивидуума. В жертву общей картине состояния жизнедеятельности человека приносятся частности его бытия. Так, для скринингового обследования нередко используется тест Фолстена, позволяющий проводить экспресс-оценку сохранности интеллекта.

В создаваемых с конца XX века методиках нейропсихологического обследования предпринимаются попытки объединить «количественную» и «качественную» оценки состояния жизнедеятельности человека. Одним из таких трудов отечественной нейропсихологической школы является схема нейропсихологического исследования состояния человека Е.Д.Хомской, 1987.

Важность психологической помощи в процессе реабилитации определяется существенным влиянием особенностей психической деятельности человека и его личностных характеристик на степень возникающих при заболевании нарушений жизнедеятельности и, как следствие, на эффективность реабилитационных мероприятий.

Психоэмоциональное перенапряжение затрудняет социальную адаптацию пациента, поскольку такие сопутствующие ему явления как повышенная раздражительность, вспыльчивость, забывчивость, суетливость, рассеянность, чувство тревоги, либо стойкое снижение настроения снижают эффективность реабилитационного процесса и существенно мешают социальной адаптации инвалида.

К основным препятствиям процессу социальной адаптации человека с неврологическими нарушениями относятся следующие психологические факторы:

- тревога, депрессия;
- отсутствие установки на излечение и на возвращение к труду;
- общее снижение познавательных способностей;
- малая информированность в отношении природы заболевания и возможностей лечения;
- неадекватная внутренняя картина болезни;
- неадекватные убеждения, касающиеся собственной роли и роли специалистов в процессе реабилитации и социальной адаптации;
- низкая самооценка;
- пассивность на поведенческом уровне в плане выполнения рекомендаций врачей.

Для распознавания приведенных выше негативных факторов используется такое направление диагностического поиска как психодиагностика, задачами которой являются:

1. Определение личностно-типологических особенностей реабилитируемого.
2. Установление типа отношения пациента к своему заболеванию и особенностей внутренней картины болезни.

3. Оценка выраженности психо-эмоционального напряжения реабилитируемого.

4. Изучение эффективности процесса психо-социальной реабилитации.

5. Определение оптимальных для личности инвалида областей трудовой деятельности.

Существует большое число разнообразных методов психодиагностики, охватывающих все известные психологические процессы, свойства и состояния человека. По существующей в настоящее время классификации Р.С. Немова это:

1. Методы психодиагностики на основе стандартизированного наблюдения
2. Опросные психодиагностические методы
3. Психодиагностические методы, включающие анализ результатов деятельности и поведенческих реакций человека
4. Методы психодиагностики с проведением специального психодиагностического эксперимента.

Психодиагностические методики делят также на сознательные, апеллирующие к сознанию испытуемого (например, опросники), и бессознательные, направленные на неосознаваемые реакции человека (проективные методики). Основным недостатком методик, обращенных к сознанию, является возможность умышленного искажения результатов тестирования, в то время как исследования произвольных реакций человека оказываются более надежными, но менее точно отражающими те психологические свойства испытуемого, для оценки которых они предназначены.

Практически значимую и надежную информацию о состоянии и личностных свойствах человека может дать лишь комплексное клинико-психологическое обследование с применением нескольких различных взаимодополняющих методик, выбор которых определяется психологом на основании сведений, полученных при беседе с поступившим на реабилитацию больным и изучения его истории болезни. Таким образом, клиническое интервью, анализ личностной истории, сбор семейного и медицинского анамнеза предваряют использование специальных тестов.

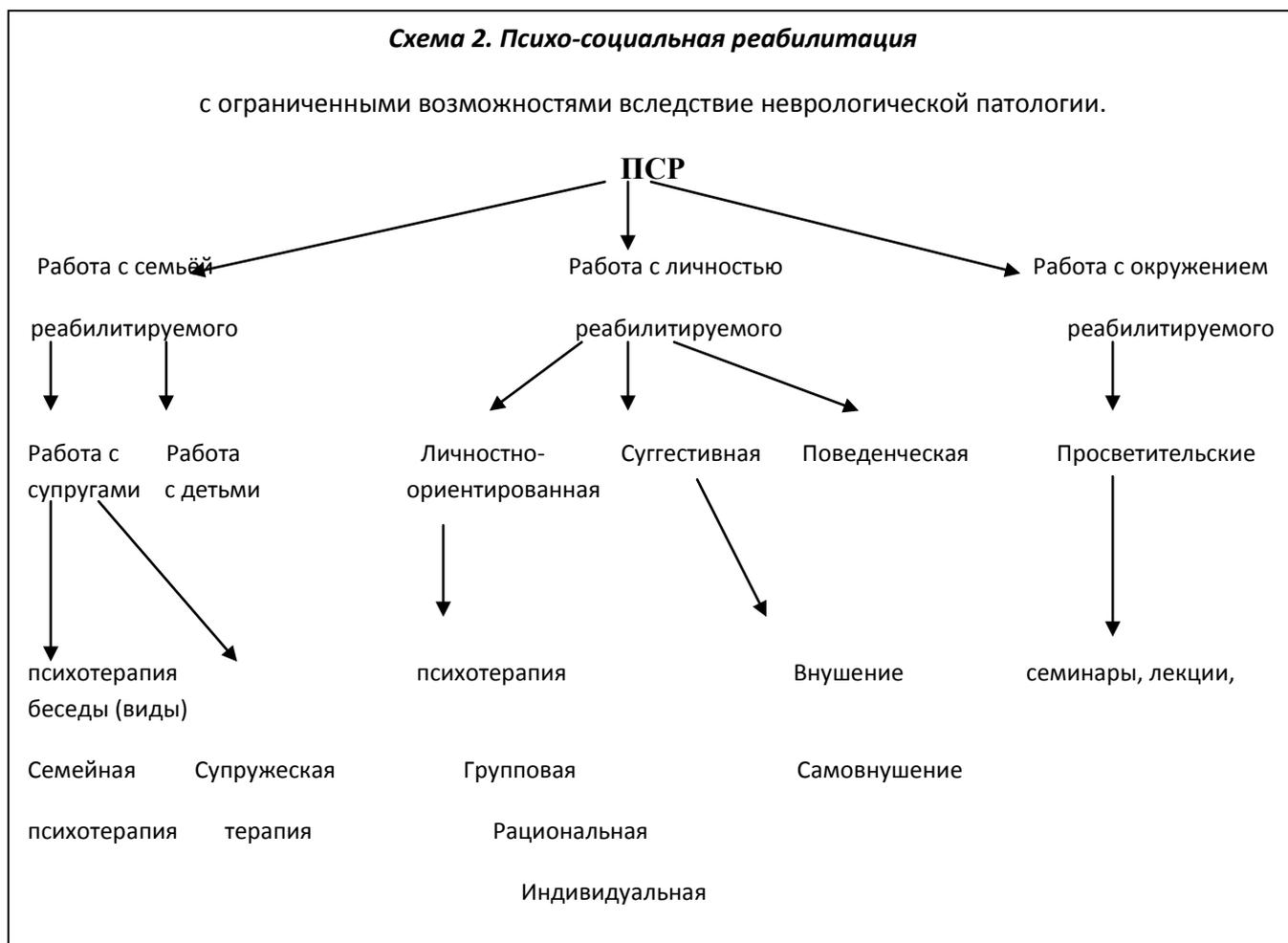
Применение вербальных методик обычно вызывает у испытуемого защитную реакцию на обследование в виде некоторого искажения ответов на вопросы. Надежность психодиагностики повышается при включении в батарею тестов наряду с вербальными методами вопросов, обращенных к неосознанному уровню психики проективных методик. Для оценки личностных свойств используются известные высоконадежные количественные методы, предоставляющие возможность объективной полифакторной интерпретации данных. Это Методика Многостороннего Исследования Личности (ММИЛ) (Б.Ф. Березин) или Стандартизированный Многофакторный Метод исследования личности (СМИЛ) (Л.Н. Собчик.), цветовой тест Люшера. Также используются десять клинических шкал, имеющих следующие названия: 1 — шкала ипохондрии (сверхконт-

роля); 2 — шкала депрессии (пессимистичности); 3 — шкала конверсионной истерии (эмоциональной лабильности); 4 — шкала асоциальной психопатии (импульсивности); 5 — шкала мужских и женских черт характера; 6 — шкала паранойяльности (ригидности); 7 — шкала психастении (тревожности); 8 — шкала шизофрении (индивидуалистичности); 9 — шкала гипомании (оптимизма и активности); 0 — шкала социальной интроверсии.

С целью выяснения отношения больного к своей болезни могут применяться Многомерная Шкала Контроля здоровья или Профиль влияния Заболевания. Среди отечественных психодиагностических инструментов для изучения отношения больного к своей болезни широко распространен Личностный Опросник Бехтеревского Института (ЛОБИ), разработанный на основе концепции «психологии отношений» (М.М. Кабанов).

Оценка психологического статуса человека имеет важное значение в реабилитационном процессе, позволяя выявлять затрудняющие реабилитацию особенности эмоционального состояния, мотивационной, когнитивной и поведенческой сферы пациента. Несомненно, что результативность реабилитационных мероприятий может быть значительно повышена за счет мобилизации психических ресурсов пациента. Поэтому в ИПР реабилитируемого обязательно должен быть включен грамотно составленный комплекс психотерапевтических мероприятий.

Проводя реабилитационные мероприятия для людей с ограниченными возможностями, больных неврологическими заболеваниями (особенно, такими как рассеянный склероз и миастения), необходимо принимать во внимание важность психотерапевтической коррекции на различных уровнях жизнедеятельности человека (Схема 2).



За рубежом наибольшее развитие получили три психотерапевтических направления: 1) психоаналитическое (динамическое) — психоанализ S. Freud и его ортодоксальных учеников, индивидуальная психология А. Адлера, аналитическая психология С. Г. Юнга, неопрейдизм К. Юнга, Э. Фромма, Н. С. Салливана; 2) бихевиористское (Н. Дж. Эйзенк, Дж. Уолпе и др.) и 3) экзистенциально-гуманистическое (недирективная психотерапия С. Р. Роджерса, гештальт-терапия, логотерапия В. Е. Франка и др.).

Для подбора вида психотерапевтического воздействия в процессе ПСР представляется более удобным использовать

- методы личностно ориентированной (реконструктивной) психотерапии,
- методы суггестивной психотерапии
- методы поведенческой (условнорефлекторной) психотерапии.

Практически единственной, достаточно разработанной в нашей стране системой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является «патогенетическая» психотерапия (по В. Н. Мясищеву), которая применяется в индивидуальной и групповой форме. Первоначально созданная в клинике неврозов патогенетическая психотерапия явилась основой для разработки систем личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии при различных заболеваниях. Метод семейной психотерапии, получивший в мире значительное распространение, также опирается на психологию отношений и основные принципы патогенетической психотерапии.

Целями и задачами личностно-ориентированной психотерапии являются:

1) глубокое и всестороннее изучение личности пациента, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, специфики формирования, структуры и функционирования его системы отношений;

2) выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих как возникновению, так и сохранению невротического состояния и симптоматики;

3) достижение у пациента осознания и понимания причинно-следственной связи между особенностями его системы отношений и его заболеванием (или состоянием инвалидизации как наличествующего факта);

4) помощь человеку в разумном разрешении психотравмирующей ситуации, изменении при необходимости его объективного положения и отношения к нему окружающих (что особо важно для людей, «стесняющихся» своего положения, например, на инвалидной коляске и по несколько лет не выходящих из дома);

5) изменение отношений пациента, коррекция неадекватных реакций и форм поведения, что является главной задачей психотерапии и в свою очередь ведет как к улучшению субъективного самочувствия человека, так и к восстановлению полноценности его социального функционирования.

Надо отметить, что роль врача при проведении психотерапии не ограничивается задачей максимально способствовать осознанию реабилитируемым психогенеза заболевания. Успех психотерапии во многом определяется активной позицией психотерапевта, обеспечивающей изменение системы отношений реабилитируемого в целом, изменение в широком плане его жизненных установок, которые привели (или в будущем могут приводить) к дезадаптации.

В практике проведения психо-реабилитационных мероприятий для инвалидов с неврологическими расстройствами одним из наиболее эффективных методов считается групповая психотерапия, которая в патогенетической своей форме предполагает сознательное и целенаправленное использование всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих внутри группы между ее участниками, т. е. групповой динамики, в лечебных целях—как для того, чтобы каждый участник группы имел возможность проявить самого себя, так и для создания в группе эффективной системы обратных связей. В результате у пациента—участника группы—достигается более адекватное и глубокое понимание механизмов и закономерностей межличностных

отношений, в первую очередь собственной роли в их проявлениях; кроме того, ему предоставляется возможность корректирующих эмоциональных переживаний. Оба эти момента необходимы для реализации основной цели ПСР — изменения и перестройки системы отношений реабилитируемого. Для того чтобы группа могла эффективно реализовать эти цели, она должна соответствовать определенным требованиям. Как и в индивидуальной психотерапии, основным средством взаимодействия является вербальная коммуникация между участниками группы (включая психотерапевта). Тем не менее, следует еще раз подчеркнуть, что не меньшую роль играют отсутствующие в индивидуальном взаимодействии факторы групповой динамики, возможность целенаправленного использования которых и является основным достоинством групповой психотерапии и соответственно основной задачей психотерапевта. В самом общем виде групповую динамику определяют:

- 1) цели, задачи и нормы группы, их формирование и изменение, их влияние на членов группы;
- 2) структура лидерства в группе, возникающие в ней проблемы руководства, зависимости и соперничества;
- 3) отношение так называемых «групповых ролей» — например, роли «лидера», «эксперта», «звезды» и т. д.;
- 4) сплоченность группы — привлекательность группы для ее членов; потребность участия в жизни группы и сотрудничество при реализации совместных задач;
- 5) групповое напряжение, проявление враждебности и антипатии;
- 6) актуализация прежнего эмоционального опыта и прошлых стереотипов межличностных отношений во взаимодействии с отдельными членами группы;
- 7) формирование подгрупп, их отношение к группе и влияние на ее функционирование.

Известно, что эффективнее работа осуществляется в так называемых «малых» группах (от 8 до 12 человек), предоставляющих, с одной стороны, оптимальные возможности для проявления личностных особенностей и проблематики, с другой — минимально лимитирующих время, которое группа может посвятить каждому отдельному участнику. Группа может быть амбулаторной или стационарной, кратковременной (1—6 мес) или долговременной (до нескольких лет), гомогенной или гетерогенной в отношении клинического диагноза, синдрома, пола, возраста и других показателей.

Наиболее целесообразной представляется группа, гомогенная в диагностическом отношении (доминирующая роль психогенного фактора, а необязательно неврологического диагноза) и гетерогенная — в прочих. Желательно соблюдение возрастного ценза от 18 до 50 лет (для лиц, выходящих за пределы этого возрастного диапазона, более целесообразно создавать группы, однородные по возрасту) и с приблизительно одинакового соотношения числа мужчин и женщин. Безусловных противопоказаний к групповой психотерапии практически не существует (исключая низкий интеллект), хотя в ряде случаев вопрос о включении в группу требует тщательного рассмотрения (например, наличие сексуальной девиации, необычность симптоматики и т. д.). Абсолютно недопустимо включение в одну и ту же группу людей, находящихся за ее пределами в служебных или каких-либо иных отношениях.

Частота и длительность групповых занятий определяются, как правило, характером реабилитационного учреждения и целями психотерапии, условиями ее проведения и другими факторами. В стационарных условиях наиболее эффективным оказывается вариант 3—4 занятий в неделю по 80—90 мин.

Основными принципами проведения ПСР в группе, соблюдение которых обязательно для всех членов этой группы являются:

- выполнять строгий распорядок групповых занятий;
- стараться говорить в группе обо всем открыто и искренне;
- не выносить за пределы группы того, что происходит во время групповых

- занятий (это касается как группы в целом, так и каждого из участников);
- помогать товарищам по группе включиться в нее, познать и изменить способ поведения и переживания, являющийся причиной их дезабилитации или играющий существенную роль в её происхождении и течении;
 - не тратить времени в рассуждениях на общие темы; концентрироваться на конкретных проблемах, как собственных, так и проблемах других членов группы;
 - отказаться от общих фраз, говорить конкретно о своих чувствах «здесь и теперь», т. е. во время проведения групповых занятий;
 - выслушивать взгляды, мнения и советы окружающих, обдумывать их, но принимать решения самостоятельно.

Сама по себе реализация этих принципов уже представляет для ряда реабилитируемых определенные трудности, которые в свою очередь могут явиться предметом группового обсуждения и психотерапевтической переработки, будучи частью реабилитационного процесса.

Суггестивная психотерапия представлена всеми методами, в основе которых в качестве ведущего фактора выступает лечебное (реабилитационное, корригирующее) внушение: в состоянии бодрствования и гипнотического (отдельно используются методы самовнушения) и наркотического сна.

Внушение в состоянии бодрствования является составной частью любого общения пациента с врачом и может выступать в качестве самостоятельного психотерапевтического воздействия. Эффект внушения тем выше, чем выше авторитет врача в глазах пациента, а степень реализации внушения определяется особенностями личности реабилитируемого и его отношения к врачу. Гипноз рекомендуется как один из наиболее эффективных средств психотерапевтического воздействия. Реабилитационный эффект от гипносуггестий может быть достигнут во всех трех фазах гипноза: сомнолентности, гипотаксии и сомнамбулизма. Гипносуггестивная психотерапия может проводиться как в форме индивидуального гипноза, так и в группе людей.

Самовнушение является одним из методов психотерапии и лежит в основе аутогенной тренировки. Достоинством метода при его элементарности является активное привлечение к реабилитационным мероприятиям самого пациента.

Базой существующих в настоящее время технологий многочисленных модификаций аутогенной тренировки является применение главным образом 6 стандартных упражнений первой ступени, предложенных J. Schultz и способствующих появлению и углублению ощущения тяжести, тепла и холода, покоя в определенных участках тела, что ведет к релаксации, на фоне которой производится самовнушение с помощью специально разработанных формул. Эти формулы учитывают жалобы пациента и симптоматику болезни. Лечебная эффективность аутогенной тренировки объясняется А. М. Свядощем (1982) как действием релаксации, так и целенаправленным самовнушением на ее фоне; эффективность последнего в состоянии релаксации, вероятно, выше в связи с наличием легких гипнотических фазовых состояний.

Широкое применение методика получила в качестве психогигиенического и психопрофилактического средства при подготовке людей, работающих в условиях эмоциональной напряженности и в экстремальных условиях. Считается, что эта методика может быть использована для реабилитации инвалидов, находящихся в состоянии хронического стресса.

Обычно занятия по аутогенной тренировке проводятся в группах 1—2 раза в неделю под руководством психолога или психотерапевта; продолжительность занятия от 20 мин до 1,5 ч (в зависимости от методики). Большое внимание уделяется самостоятельным тренировкам пациентов, которые проводятся дважды в день (утром перед вставанием и вечером перед сном), причем, желательно, чтобы реабилитируемые вели дневниковые

записи, в которых описывают ощущения, испытываемые ими во время занятий, качество выполнения упражнений и т.д.

Методы, основанные на использовании биообратной связи («biofeedback»), осуществляются в различных областях медицины: для управления биоэлектрической активностью мозга у больных эпилепсией, направленного на подавление патологических паттернов ЭЭГ, с целью обеспечения контроля сердечного ритма, для повышения эффективности восстановительной терапии постинфарктных больных, при лечении различных типов головной боли и могут быть с успехом применены для реабилитации больных с неврологической патологией.

В поведенческую (бихевиоральную) психотерапию включены все основные методы, относимые сегодня большинством авторов к этой группе (Джекобсона, фединга, метод иммерсии, наводнения, имплозия и др.). Обычно подобного рода методики применяются в целях, например, для повышения чувства уверенности в себе у больных с невротическими расстройствами. Причем, под конкретные нозологические группы и диагнозы рекомендовано разрабатывать соответствующие тренировочные «задания», учитывая, что наибольшая эффективность бихевиоральной психотерапии приходится на реабилитацию пациентов с фобическими синдромами (прежде всего – с монофобиями).

У инвалидов, больных неврологическими заболеваниями по причине основного заболевания или по причинам психо-эмоционального плана могут появляться сексуальные дисфункции и неврозоподобные состояния. Это часто приводит к конфликтам между родственниками с последующим распадом семьи. Среди этих семей высок процент разводов.

Для помощи инвалидам и их семьям создаются службы семьи, основу которой составляют психологи, социальные работники и юристы. Задача этой службы нивелировать негативные отношения к человеку с ограниченными возможностями работой с близкими родственниками, детьми. Для одиноких инвалидов появляется возможность обрести супруга или супругу. Служба собирает информацию о людях с ограниченными возможностями, публикует ее на своем сайте или в печатных изданиях, связывается с другими родственными службами. Во многих случаях семьям, где один из супругов имеет группу инвалидности, необходима помощь психолога или сексопатолога, показана супружеская форма психотерапии.

С точки зрения организации супружеская терапия предполагает последовательность посещений врача одним из супругов либо обоими (раздельно или вместе). Если к лечению привлечены оба супруга, то возможны различные формы организации их лечения — последовательная, параллельная, совместная, групповая и комбинированная.

1. Последовательная терапия: сначала проходит курс лечения один супруг, затем другой.

2. Параллельная терапия: оба супруга привлекаются к лечению одновременно, но изолированно друг от друга. Иногда они лечатся у одного врача, но, как правило, у разных врачей или даже в разных учреждениях. Лечение каждого может быть полностью независимым или иметь кооперативный характер — врачи могут координировать свои подходы и методы,

3. Совместная терапия: курс лечения оба супруга проходят вместе; речь идет о лечении супружеской пары.

4. Групповая терапия: супруги проходят курс лечения в группе, состоящей из нескольких супружеских пар.

5. Комбинированная терапия: используется определенная комбинация индивидуальных бесед, параллельного лечения и совместных посещений врача супружеской парой. Не исключается и участие одного или обоих супругов в групповых психотерапевтических сеансах.

При работе с супружеской парой (индивидуально или в группе) курс реабилитации может проводиться одним врачом или двумя. Один из врачей может глубже вникнуть в

переживания одного из супругов или защищать его позицию, а другой — взять на себя заботу о другом супруге и, взаимодействуя друг с другом, могут представить модель решения спорных проблем.

Психотерапия, ориентированная на супружеские отношения и на их нарушения, может быть ограничена систематической работой с одним из партнеров в следующих случаях: а) когда другой партнер категорически отказывается сотрудничать; б) когда основная проблема связана с поведением, переживаниями или позицией одного из них.

а) Если партнер отказывается от сотрудничества: партнер может не доверять супружеской консультации, обслуживающему медицинскому персоналу («психиатрии») или чувствовать общественное порицание при посещении такого рода учреждений. Существует мнение, что до интимных подробностей жизни человека «никому нет дела» и в супружеских делах супруги должны разобраться сами, не вмешивая в них посторонних лиц. Люди могут опасаться, что в консультации их увидит кто-нибудь из сотрудников или знакомых и об этом узнают все. В некоторых случаях партнер не согласен с посещением консультации инициатором лечения, который ходит туда «тайком», в других же партнер относится к лечению терпимо, но лишь до тех пор, пока его самого не начнут активно вовлекать. Отказ от сотрудничества может также возникать в тех случаях, когда партнер не намерен что-либо менять в супружеских отношениях. Сложившаяся ситуация его устраивает, и неудовлетворенность он рассматривает только как проблему отношений инициатора с консультацией. Свои потребности он может удовлетворять во внебрачных связях, о которых «не намерен никому рассказывать», либо уже принято решение расторгнуть брак, а потому он не заинтересован в сотрудничестве для его укрепления. При наличии подобных обстоятельств психотерапевт вынужден ограничиться работой с инициатором, но все же должен попытаться привлечь партнера хотя бы к одному информативному разговору, чтобы иметь возможность составить собственное представление о его взглядах, поведении, отношениях. Исключения составляют случаи, когда инициатор посещения консультации серьезно не воспринимает своего партнера или если у партнеров одинаковые представления о внебрачных связях, или когда внебрачная связь самого инициатора находится в такой стадии развития отношений, что ее целесообразно закончить без информирования об этом партнера.

б. Основная проблема связана с поведением одного из партнеров. Его поведение явно неадекватное, изначально нарушающее супружеское согласие (например, слишком ревнивое, эксплозивное, истерическое) или оно характеризуется излишней чувствительностью, неадаптивностью, нереалистичностью или астенодепрессивными проявлениями. Другого партнера мы используем как источник информации, время от времени сами предоставляем ему специфическую информацию и даем рекомендации, но систематически работаем только с «главным героем» разрушающегося брака.

Однако иногда возникает другая ситуация, когда целесообразно работать только с более «здоровым» из партнеров, поскольку с партнером-психопатом вряд ли можно быстро получить желаемые результаты. Здорового партнера можно научить, как лучше себя вести с психопатом и как ликвидировать критические ситуации с помощью правильно выбранной тактики.

Одним из достаточно распространенных видов супружеской психотерапии является групповая психотерапия. Особенно удобен этот вид ПСР при госпитализации людей в реабилитационные центры, где они находятся в постоянном контакте и с врачом-психотерапевтом и друг с другом. В среднем, в популяции людей, составляющих относительно гомогенные группы реабилитируемых, уровень социальной дезадаптации и семейной проблемности приблизительно одинаков. Методы групповой супружеской терапии достаточно разнообразны. Кратко перечислим некоторые из них:

Диалог супружеской пары. Из членов группы случайным образом формируется «супружеская пара», обычно из лиц, которые удаляются вместе погулять; они прогуливаются и беседуют или садятся друг против друга в стороне от остальных и

определенное время ведут разговор на заданную тему, например: «какие у меня дома трудности», «что мне не нравится в моем партнере», «что мне нравится в партнере», «какой я», «что я ожидаю от занятий в группе», «какие изменения в поведении партнера я хотел бы увидеть», «что я предполагаю изменить в своем поведении» и др. Темы и пары меняются. Возможна и другая форма проведения подобных бесед-диалогов: пары ходят по кругу и меняются партнерами (как во время танцев) через определенное время (10—15 мин).

Записанный диалог. Пары, которые часто гуляют вместе или рядом сидят, получают бумагу и карандаши. Им дается задание: «представьте себе, что Вы вернулись домой в час ночи. Жена Вас встречает словами "ты пришел очень рано"». Партнер записывает эти слова на листе бумаги и передает его «мужу», который в свою очередь пишет ответ и возвращает листок партнеру. В течение данного диалога партнеры не разговаривают. Через 5 мин партнеры меняются ролями, разыгрывая ситуацию позднего возвращения жены. В конце сеанса диалоги некоторых пар зачитываются в виде сценария. Группа оценивает уровень их общения. Данная методика, позволяющая большинству пациентов быстрее найти путь к решению собственных проблем.

Психогимнастика и «свидание». Лучше всего оправдывает себя техника пантомимы, когда один из супругов играет роль обиженного, а другой без слов пытается с ним помириться. Затем супруги меняются ролями. Подобные сцены разыгрываются всеми парами наедине, потом выбранные пары повторяют их в группе. Тематика сцен обсуждается в группе, причем обсуждение касается в первую очередь общения и способа решения спорных проблем в конкретных супружеских парах, что позволяет сравнить индивидуальные предпочтения и действенность отдельных тактик.

Разбор проблем отдельных супружеских пар. Разбор проводится после разыгрывания сцен и их обсуждения или сразу же после их завершения. Партнеры садятся против остальных членов группы таким образом, чтобы все видели выражение их лиц и хорошо слышали их разговор. Партнеры должны изложить свою проблему. Как только разговор коснется определенной ситуации, врач просит их сразу же ее разыграть. Сцена режиссируется в соответствии с требованиями психодраматической методики и замечаниями других участников. Все члены группы обеспечивают обратную связь, сообщая ведущей паре, какие чувства у них вызывает их поведение, как они воспринимают их общение и видят их проблемы.

Безусловно, в практике оказания реабилитационной помощи инвалидам в преодолении проблем супружеских отношений могут использоваться любые психотерапевтические подходы: динамический, гуманитарно-психологический, системный, ценностный, рационально-воспитательный, синтетический. Наиболее привлекательным для ПСР инвалидов, больных неврологическими заболеваниями представляется бихевиористический подход к супружеской терапии, который не претендует на выявление глубоких причин супружеской дисгармонии, но направлен, прежде всего, на изменение поведения партнеров, используя при этом методы обусловливания и научения. Такой подход обеспечивает следующее:

- а) управление взаимным положительным поведением супругов;
- б) получение необходимых социальных знаний и навыков, особенно в области общения и совместного решения возникающих проблем;
- в) выработку и реализацию супружеского соглашения о взаимном изменении своего поведения.

Возможна инициация со стороны групп «самопомощи инвалидов» создания службы семьи для помощи инвалидам и их семьям, основу которой составляют психологи, социальные работники и юристы. Задача этой службы нивелировать негативное отношение к человеку с ограниченными возможностями работой с близкими родственниками, детьми. Для одиноких инвалидов появляется возможность обрести супруга или супругу. Служба собирает информацию о людях с ограниченными

возможностями, публикует ее на своем сайте или в печатных изданиях, связывается с другими родственными службами. При обращении инвалидов или лиц, представляющих их интересы к специалистам по вопросам создания подобных служб, считаем целесообразным и полезным развитие подобного направления общественного содействия людям с ограниченными возможностями с обязательным участием соответствующих специалистов, психологов реабилитологов и др.

Особое внимание в структуре ПСР необходимо уделяется детям, которые живут в семьях инвалидов и являются потенциальными либо помощниками, либо асоциальными личностями. Какими они станут, во многом зависит от отношения общественности к проблемам семьи инвалида, в общем, и проблемам ребенка в ней – в частности.

Проблема социального сиротства среди детей из семей инвалидов является одной из наиболее сложных среди социальных вопросов. При наличии живых родителей ребенок остается предоставленным самому себе и фактически лишен родительского внимания. По данным Российского детского фонда в 1999 году в России зарегистрировано 720 тыс. детей-сирот, из которых только 5% не имеют родителей.

Одной из причин социального сиротства является тяжелое заболевание родителей и их инвалидизация. Инвалиды, имеющие прогрессирующие заболевания склонны к «уходу в болезнь» и сознательному дистанцированию от своих родных, друзей, детей, мотивируя это «боязнью заразить их». К заболеваниям, которые провоцируют подобные ситуации, относятся, в основном, вяло текущие неизлечимые или слабо поддающиеся лечению заболевания. В последнее время среду асоциальных подростков и криминальных структур стали пополнять дети-сироты из семей, где живут люди с ограниченными возможностями. Постоянная нужда, отсутствие какой-либо помощи извне, безысходность, необходимость поиска заработка помимо пенсий, создают в семье инвалида атмосферу, калечащую нежную психику ребенка. Дети становятся психически неуравновешенными, агрессивными, начинают не успевать в школе, ищут выход своим эмоциям в конфликтах с окружающими. Постоянная неудовлетворенность собой, своими родными, бывшими коллегами, делает родителя-инвалида источником неприятностей для ребенка и может подтолкнуть его (особенно подростка) к агрессивным действиям. Из 354 наблюдаемых нами семей в подавляющем проценте случаев родители-инвалиды подвергаются вербальной агрессии со стороны детей, причем мужчины чаще, чем женщины. В 44% случаев родители-инвалиды отмечают угрозы физического воздействия со стороны детей, около 15% испытали побои. Безусловно, речь идет о наличии деструктивного компонента в психологии семьи человека с ограниченными возможностями.

Для детей из семей инвалидов структурами Детского Фонда, другими общественными организациями создаются секции, кружки по интересам, факультативы, классы. Все занятия производятся соответствующими специалистами по направлениям с обязательным участием психолога. В Самаре существует опыт работы таких детских клубов. Итогом их деятельности за 2 года явилось снижение уровня социального сиротства среди семей-участников на 100%, уменьшение частоты разводов на 67%, повышение уровня успеваемости в школе и значительные изменения внутрисемейных отношений. Основной задачей реабилитационного процесса в данном случае являлось реабилитация инвалида внутри семьи через общие с ребенком интересы «Моя команда – моя семья». Причем, достигнутые положительные сдвиги рекомендуется доводить до сведения других реабилитируемых, активно вовлекая их в процесс ПСР:

Промежуточный отчет работы проекта Самарской региональной общественной организации инвалидов «Призма» «Помощь детям из семей с деструктивной психологией (имеющих инвалидов-родителей) в формировании личностных качеств». Деятельность по проекту началась с марта 2000 года. Наиболее важными итогами проекта явились:

Протасов Саша, 16 лет впервые за 3 года вышел на улицу для посещения мероприятий, проводимых СОРС и ООИ «Призма». Теперь он ежедневно гуляет, собирается поступать в Университет.

Зименков Дмитрий, 15 лет перестал убегать из дома, стал больше времени проводить с больной матерью, а после ее смерти заботится о младшем брате, берет его с собой на занятия, после проведения мероприятий, посвященным 9 мая и «Золотой подиум» отношения между братьями значительно улучшились, упорно готовятся к соревнованиям.

Семья Гориных из Красного Яра после участия в мероприятиях проекта у отца-инвалида пропали суицидальные мысли, начал организовывать работу местного отделения больных с рассеянным склерозом.

Для организации помощи психолога детям инвалидов предполагается проведение как индивидуальной, так и групповой психотерапии. Работа ведется по направлениям – *ребенок в семье, ребенок вне семьи, семья без ребенка и ребенок – семья – сверстники*. Обследования и рекомендации по составлению «групп риска» выполняются психоневрологом, психотерапевтические методики исполняются психологом. Сеансы индивидуальной психотерапии производятся по предварительной записи. Групповая психотерапия проводится не чаще 1 раза в неделю с гомогенными по составу предварительно набранными группами детей. При формировании групп используются следующие критерии: возраст ребенка, пол, наличие у ребенка неврологического дефицита, оценка психологического статуса семьи, выраженность психических нарушений у родителей-инвалидов(а), анатомо-конституциональные особенности развития детей, психологический статус ребенка.

Работа производится по типу беседы. В ходе работы с семьей задача психолога состоит в объединении членов семьи в «команду», которая решает те или иные вопросы, связанные с проведением детского досуга: подготовка к проведению детских праздников, концертов, соревнованиям. Следующим этапом «команды» должны объединиться в коллективы, задачей которых будет выработки общей тактики в соревнованиях или подготовке собственных концепций театрализованных представлений.

Оценка эффективности мероприятий ПСР производится по результатам, достигнутым в ходе работы. Необходим анализ анкет-опросников по каждому направлению деятельности, которые составляются для каждой семьи. В опросниках основные пункты посвящены анализу состояния физического здоровья ребенка, его психологическому статусу, изменениям отношения к социальной среде, спортивным достижениям, взаимоотношения в семье, тестирование по методам регистрации целевого поведения, оценочной шкале проблем и коммуникаций. Анализ анкет должен производиться ежемесячно, что поможет определить промежуточные результаты и активно использовать получаемый материал для коррекции проводимых реабилитационных мероприятий, как в ходе программы, так и после её завершения. Кроме того, по прошествии программы у каждого ребенка сформируется новый круг интересов и новая среда общения, что обязательно скажется на изменениях личностного характера и будет фиксироваться специалистами.

Технология психо-социальной реабилитации в реабилитационном отделении «в идеале» выглядит следующим образом:

Первичная консультация психолога.

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

Психологическая диагностика в рамках задач социальной реабилитации включает:

- оценку уровня интеллектуального развития;
- оценку высших психических функций (внимание, восприятие, память,

- мышление);
- в случае локальных поражений головного мозга - диагностику высших корковых функций – праксис, гнозис, письмо, счет, чтение;
- оценку эмоционально-волевой сферы (эмоциональная стабильность, способность формирования и удержания волевых усилий);
- диагностику личностных особенностей (самооценка, ценностные ориентации, особенности мотивационной сферы, наиболее часто используемые механизмы психологической защиты, круг интересов, уровень притязаний, внутренняя картина болезни);
- оценку микросоциальной сферы личности: социально-психологического климата в семье, особенностей системы отношений в семье и других социальных группах, в которые включен инвалид.

При наличии в ИПР данных психологического обследования психолога бюро МСЭ (эмоциональная устойчивость, уровень притязаний, уровень и структура кругозора) психолог отделения социальной реабилитации может использовать уже имеющиеся данные, проводя психодиагностические процедуры, требующиеся для уточнения психологического статуса.

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

По данным психодиагностического обследования психолог составляет заключение, в котором описывается характер выявленных нарушений, степень их курабельности, мотивацию на реабилитацию, а также формулируются конкретные задачи психологической помощи больному в рамках социальной реабилитации. Задачи могут иметь формулировки типа: "... развить, сформировать навыки общения", "...сгладить неврозоподобную симптоматику", "...снизить напряженность эмоциональных отношений в семье" и т.п. Таким образом, задачи психологической реабилитации будут указывать, какие именно "психологические механизмы" будут восстанавливаться для достижения социальной интеграции.

По окончании первичной консультации психолог должен:

- заполнить в амбулаторной карте реабилитации раздел психологической диагностики и потребности в психологической реабилитации (Приложение 1);
- отметить в реабилитационном маршруте инвалида мероприятия по психологической реабилитации (психологическое консультирование, психокоррекция, социально-психологический патронаж семьи, психопрофилактическая и психогигиеническая работа, психотерапия, привлечение клиентов к участию в группах взаимоподдержки, клубах общения); количество отведенных часов; даты начала и окончания реабилитационных мероприятий; даты контрольных психодиагностических обследований (оценка промежуточных итогов психологической реабилитации).

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

В случае выявления у больного глубоких эмоциональных и личностных нарушений (неврозоподобная симптоматика, негативная картина мира, отрицательный "Я-образ", симптомы депрессии, тревоги и др.) психолог рекомендует больному пройти консультацию у психотерапевта.

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

На протяжении всего процесса психологической реабилитации психолог осуществляет отслеживание динамики психического состояния больного, улучшение которого будет свидетельствовать об эффективности психологической реабилитации. По данным контрольных психодиагностических обследований также составляются заключения.

Врач-специалист по реабилитации, специалист по социальной работе и психолог осуществляют адаптационное обучение инвалида. С адаптационного обучения начинается социальная реабилитация инвалида.

Для проведения индивидуальных и семейных форм работы по социально-психологической помощи требуется небольшое помещение, оснащенное соответствующей мебелью и осветительными приборами, магнитофоном, другими необходимыми материалами.

В кабинете групповой психотерапии проводятся групповые формы психотерапевтической работы, коммуникативный и другие виды социально-психологического тренинга, тренинг познавательных и др. функций, влияющих на социально-психологическую компетентность, аутотренинг, групповые психотерапевтические занятия с лицами, страдающими наркоманией.

Это должно быть значительное помещение, оснащенное легко передвигаемой мебелью, магнитофоном, другими необходимыми пособиями и предметами, используемыми в психологической работе. В случае проведения видеотренинга необходимо наличие видеокамеры, видеомагнитофона. Групповая психотерапия, как правило, проводится раз в неделю в течение 4 месяцев. Индивидуальная психотерапия может включать цикл посещений инвалидом психотерапевта (ориентировочно, один раз в неделю в течение 5 недель с длительностью сеанса 50 минут).

МАТЕРИАЛЫ ПРОГРАММЫ «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ОГРАНИЧЕНИЯМИ В ПЕРЕДВИЖЕНИИ»

В силу различного рода причин объективного и субъективного характера в мире отмечается рост показателей инвалидности. Такая тенденция роста инвалидности характерна и для России. На фоне общего роста числа инвалидов постоянно происходит снижение показателей их занятости. (Так, к настоящему времени в общественном производстве работает только 15,3% инвалидов.)

Все без исключения государства, как развивающиеся, так и достигшие высокого уровня развития в той или иной степени сталкиваются с необходимостью решения проблемам людей с ограниченными возможностями, которые по статистическим оценкам составляют 10-11% населения территории. Техногенное развитие общества, изменяющиеся внешние и внутренние условия существования людей не способствуют снижению уровня людей с ограниченными возможностями в общей массе сообщества.

Особую тревогу вызывает ситуация, связанная с "омоложением" инвалидности в последнее время (военные, спортивные, производственные и бытовые травмы, развитие неврологических заболеваний). Так называемая «приобретенная инвалидность», которая, как правило, наступает внезапно и имеет тяжелые психо-эмоциональные последствия для молодого человека.

Изменившееся социально-экономическое положение России, наличие реальной угрозы, что бюджеты не выдержат растущей "социальной нагрузки" привели к пересмотру концепций и подходов к политике, проводимой в отношении инвалидов. Государство вынуждено отходить от мало эффективного процесса одностороннего субсидирования инвалидизированных граждан и идти по пути развития реабилитационных технологий.

Первыми успешными шагами в данном направлении стали разработанные и принятые в ряде субъектов РФ комплексные программы реабилитации инвалидов. Относительно «слабым местом» концепции реабилитационного процесса является профессиональная реабилитация, в то время как она представляет собой конечный результат реабилитации – возвращение инвалида к профессиональной деятельности.

Профессиональная реабилитация - единственное направление в реабилитационном процессе, имеющее инвестиционную составляющую – работающий инвалид не только увеличивает возможности материального самообеспечения, но и производит определенные виды продукции (услуг) в интересах общества.

Реализация мероприятий по профессиональной реабилитации инвалидов должна проводиться специализированной службой в состав которой обязательно должны входить следующие специалисты: руководитель реабилитационного учреждения, психолог, юрист, консультант по профессиональной реабилитации инвалидов, специалист по профессиональной ориентации инвалидов, специалист по физиологии труда, специалист по эргономике (постановление Министерства труда и социального развития РФ от 02.07.2001 №54; НГР: В0102360).

На данном направлении реабилитационного процесса решаются важные вопросы, направленные на максимальную интеграцию или реинтеграцию инвалида в общество и выполняются следующие задачи (В.Б.Смычек, 2000):

1. Проведение экспертизы профессиональной пригодности, а при отсутствии профессии – профессиональная ориентация.
2. Профессиональный подбор новой профессии, профессиональная адаптация к подобранной профессии.
3. Тренировка профессионально значимых функций реабилитируемого с помощью различных физических средств. В том числе, с использованием

целенаправленной трудотерапии на конкретном рабочем месте или стендовых моделей трудовых процессов.

4. Консультирование и оказание помощи в медико-социальных и психологических аспектах в целях адаптации инвалида к новому состоянию, выработки установок к активной социально-трудовой реабилитации и сотрудничеству со специалистами-реабилитологами.

5. Подготовка к самообслуживанию: развитие навыков передвижения, приготовления и прием пищи, одевания и раздевания, общения, пользования санузлом, предметами быта (телефон, телевизор, форточка, окна, дверь и др.), письменными принадлежностями, коляской и т.д.

6. Консультация и оказание помощи в вопросах профессиональной реабилитации и восстановления профессиональной престижности с учетом предыдущей деятельности.

Выдача рекомендаций и оказание услуг в медико-социальных, бытовых, психологических аспектах, связанных с приобщением реабилитируемого к трудовой деятельности, для обеспечения его нормального существования при ограниченных возможностях и наличии спецусловий, необходимых для инвалида и его участия в трудовой деятельности.

Наиболее перспективным направлением профессиональной реабилитации, по данным опроса случайно выбранных 69 общественных организаций инвалидов, является работа с молодыми инвалидами, имеющими двигательные нарушения. Это обусловлено следующими факторами:

- у данной категории, как правило, максимально высокие шансы возвращения к профессиональной деятельности путем переобучения на новую специальность или возвращения к прежней в специально созданных условиях, а, следовательно, сокращается период их полного содержания за счет государства;
- отсутствие поражений умственно-интеллектуальной сферы сохраняют таким инвалидам возможность получения специальностей, связанных с умственным трудом и трудоустройства наравне со сверстниками;
- молодые люди более мотивированы к изменению не устраивающего их социального статуса и уровня удовлетворения их потребностей;
- для отдельных категорий (инвалидность, например, связанная с неврологическими заболеваниями) период активной деятельности значительно «растягивает» процесс прогрессирующей инвалидизации.

Результативность процесса профессиональной реабилитации определяется эффективностью реализации его отдельных компонентов:

- восстановление навыков самообслуживания лица с инвалидностью в специально приспособленных и неприспособленных помещениях и условиях, с использованием технических средств реабилитации;
- профессиональное консультирование и профессиональная диагностика;
- развитие навыков трудовой деятельности, связанной с использованием компьютерной техники и технологий информационного обмена;
- повышение коммуникативной компетентности лица с инвалидностью;
- трудоустройство по приобретенным или доступным специальностям.

Реализацию направления восстановление навыков самообслуживания лица с инвалидностью в специально приспособленных и неприспособленных помещениях и условиях, с использованием технических средств реабилитации проводят методом практических занятий с использованием имеющихся обучающих методик и прикладного опыта лиц с аналогичной инвалидностью. Восстановление и развитие навыков предполагается проводить в специально оборудованной комнате, содержащей основной набор технических реабилитационных средств, в связи с чем предполагается организация

тренажерных кабинетов для отработки навыков самообслуживания. Помещение должно обеспечить возможность наглядной демонстрации практического использования технических средств реабилитации, а также моделирования разнообразных социально-бытовых ситуаций для инвалидизированного лица. Дополнительными требованиями к помещению является обеспечение возможности проведения индивидуальных и групповых занятий с присутствием родственников либо лиц, осуществляющих помощь инвалиду (соцработники, волонтеры). На основе практических занятий предполагается подготовка специальных видео курсов по методологии использования основных технических средств реабилитации (кресла-коляски, ходунки, средства самообслуживания). Формирование содержательной части обучающих видео курсов будет производиться на основе пожеланий инвалидов, консультантов и специалистов.

Зачастую специалистам–реабилитологам в процессе восстановления навыков самообслуживания у инвалидов с неврологическими заболеваниями приходится сталкиваться с нарушениями произвольных действий с предметами – апраксией. У больного, страдающего апраксией, теряются навыки одевания и пользования бытовыми предметами, представления о пространственных соотношениях. При апраксии нарушается множество различных двигательных актов, но остаются сохранными (1) понимание сути двигательной задачи; (2) критическое осознание безуспешности ее решения; (3) сила, амплитуда, скорость движений.

Сложность понимания природы апраксий отразилась в отсутствии общепринятой классификации этого вида двигательных расстройств. По одной версии различают три формы апраксий: идеаторную, предполагающую поражение сенсориума и распад «идеи» о движении, его замысла; моторную, связанную с поражением моториума и распадом кинетических «образов» движения, идео-моторную, связанную с трудностью передачи «идей» о движении в «центры исполнения» движений. По мнению А.Р.Лурии, который в основу понимания этих двигательных нарушений положил учение И.П.Павлова о корковых анализаторах и выделил 4 формы апраксий: кинестетическую, пространственную, кинетическую и регуляторную. Согласно этим представлениям, в основе кинестетической апраксии лежит нарушение проприоцептивной кинестетической афферентации. Вследствие этого движения становятся плохо управляемыми, нарушается возможность правильного воспроизведения различных поз руки, больные не могут показать без предмета, как совершается то или иное действие (как зажечь спичку, как налить воду в стакан и т.д.). При пространственной апраксии в первую очередь нарушается зрительно-пространственный синтез и пространственные представления, возникают затруднения при выполнении пространственно-ориентированных действий (трудно застелить постель, одеться и т.д.), при конструировании целого из отдельных частей. Кинетическая апраксия проявляется в нарушении последовательности, временной организации двигательных актов (нарушение предметных действий, графических проб, персеверации, или бесконтрольное продолжение раз начавшегося движения). Регуляторная апраксия характеризуется нарушением программирования движений, исключением сознательного контроля их выполнения, заменой нужных движений моторными шаблонами и стереотипами.

Существуют также характеристики апраксий в соответствии с пораженным двигательным органом (апракс туловища, оральная апраксия, или апраксия губ, языка, щек и т.д.) либо в соответствии с характером нарушений движений и действий (апраксия поз апраксия подражательных движений).

Диагностика апраксий обычно является функцией нейропсихолога. Ведущим средством реабилитации при апраксиях является кинезиотерапия.

К основным принципам построения занятий относятся:

1) Занятия проводятся строго индивидуально, с учетом общего состояния, уровня интеллекта, сопутствующих нарушений высших корковых функций (афазия, агнозия).

2) Тщательный инструктаж пациентов по мере необходимости — повторные объяснений (иногда многократное) в спокойном тоне. Больному рекомендуется сопровождать выполнение упражнений самостоятельными словесными объяснениями того, что он делает.

3) Поскольку для пациентов характерна быстрая утомляемость, первоначальная длительность занятий не должна превышать 15—20 минут, в дальнейшем — не более 35—40 минут, обязательно чередование упражнений с отдыхом. При этом рекомендуется многократное повторение восстанавливаемого движения на протяжении всего дня.

4) Постепенный переход от простых заданий к более сложным. Закрепление каждого нового приобретенного навыка многократным повторением и отработка более сложных действий только после усвоения предыдущих.

5) Длительность курса кинезотерапии (от 2—3 месяцев до 2 и более лет) с привлечением к обучению родственников пациента

При нарушении замысла действия и последовательности отдельных движений (при идеаторной или, по А.Р.Лурии, регуляторной апраксии) обучение сложным действиям начинают с расчленения этого действия на более простые. Например, при обучении одеванию рубашки или халата вначале дается задание научиться надевать рукав на одну руку, по освоении этого действия переходят к обучению надеванию рукава на другую руку, затем к тренировке застегивания пуговиц.

При утрате выполнения действий по заданию вначале больному предлагают осуществить несложные бытовые действия (типа «перевесить полотенце со спинки кровати на спинку стула») с постепенным их усложнением (например, перевесить полотенце, предварительно сложив его по ширине или длине).

При нарушении действий не только по заданию, но и по подражанию (моторная, или, по А.Р.Лурии, кинетической апраксии) обучение начинают с использования простых поз (например, скрестить руки на груди, вытянуть руки вперед и т.д.) с постепенным усложнением поз (скрестить вытянутые вперед руки, положить правую кисть на левую и т.п.).

При нарушении конструктивного праксиса, или, по А.Р.Лурии, пространственной апраксии, пациенту сначала даются простейшие задания по составлению из частей целого (построение тупого или острого угла из двух спичек) с дальнейшим их усложнением (построение треугольников, квадратов, составление из спичек букв).

При кинестетической апраксии больного тренируют в определении консистенции и формы предмета (под зрительным контролем и без него), создают направленную компенсацию со стороны зрительного анализатора, используют аппараты биологической обратной связи.

Восстановление и развитие навыков самообслуживания лица с инвалидностью в специально приспособленных и неприспособленных помещениях и условиях с использованием технических средств реабилитации является ключевым в начале реабилитационного процесса, т.к. без возможности элементарного самообслуживания успешность реабилитационного процесса (особенно ПР) становится крайне сомнительной.

В контексте профессиональной реабилитации инвалидов с двигательными нарушениями направления профессионального консультирования и профессиональной диагностики приобретают качественно новое значение и смысл, т.к. во многом определяют вероятность дальнейшего оптимального выбора специальности или профессии, а следовательно и возможности реального трудоустройства. Специфика инвалидизированного человека предполагает совершенно иные, более глубокие и индивидуализированные методики исследования и диагностики. В большинстве случаев работы с инвалидизированными людьми недопустимы вариативные решения (предусматривающие получение много вариантов возможностей выбора трудовой деятельности), т.к. это неминуемо приведет в дальнейшем к потере работы и новому

стрессу для инвалида. Реализация данного компонента профессиональной реабилитации предполагает:

- применение компьютерных психологических систем профессиональной диагностики, "Выбор" и "Профи" (разработка ГОУ "Иматон" г. Санкт-Петербург), используемых для оценки профпригодности и профориентирования;
- использование психо-диагностической методики Голанда, личностного 16-ти факторного опросника Кеттелла, системы "Зеркало" (15 методик).

Группой специалистов по профессиональной реабилитации инвалидов – консультант по профессиональной реабилитации инвалидов, специалист по профессиональной ориентации инвалидов, специалист по физиологии труда, специалист по эргономике (постановление Министерства труда и социального развития РФ от 02.07.2001 №54; НГР: В0102360) - производится исследование возможностей реабилитируемого к выполнению профессиональной деятельности включающее:

- оценку состояния дефектных и профессионально значимых функций;
- оценку тяжести и напряженности труда (по показателям характера и условий труда);
- оценку физических возможностей к выполнению трудовой деятельности в условиях моделирования труда;
- оценку профессиональной работоспособности по физиологическому статусу (физиологической стоимости труда) в условиях моделирования труда;

На основании имеющихся заключений о характере, течении и стадии заболевания, его прогнозе, состоянии дефектных и профессионально значимых функций медицинских показаний и противопоказаниях к труду, профессиональной направленности принимается решение о профпригодности инвалида.

В случае, когда состояние профессионально значимых показателей дефектной функции (ПЗПДФ) позволяет выполнять действия, предусмотренные профессией, в полном объеме, выносится заключение о соответствии ПЗПДФ требованиям профессии, профессиональной пригодности человека.

В случае, когда состояние ПЗПДФ не в полном объеме соответствует требованиям профессии, затрудняет выполнение профессиональных действий, реабилитируемого относят к группе "риска" снижения или утраты профпригодности.

Если же состояние ПЗПДФ не позволяет пациенту выполнять работу, предусмотренную профессией, то выносится решение о несоответствии ПЗПДФ требованиям профессии и невозможности для данного человека продолжать трудовую деятельность.

В двух последних случаях прогнозируется возможный уровень реабилитации:

- возможна полная реабилитация, полное или частичное восстановление нарушенных функций;
- возможна частичная реабилитация или частичное восстановление нарушенных функций;
- трудно ожидать восстановления нарушенных функций в объеме, необходимом для выполнения трудовой деятельности.

Психологический аспект в обосновании прогноза к труду является одним из центральных в силу того, что, во-первых, профессиональный труд предъявляет высокие требования к состоянию психических функций, психологической сфере в целом, так как именно на них ложится основная нагрузка в процессе деятельности; во-вторых, именно психологические механизмы обеспечивают ориентацию человека на деятельность, определяют ее успешность или неуспешность; в-третьих, профессиональная деятельность повышает риск психологических срывов, которые, в свою очередь, могут усиливать патологические процессы на соматическом уровне.

Разработка психологических показателей профессионально важных качеств (ПВК), инвалидов учитывает, что трудовой прогноз определяется такими индивидуальными особенностями психологического статуса инвалида, психическими функциями и свойствами его личности, которые в наибольшей степени отвечают требованиям той или иной профессии и обеспечивают приспособление к ней. Исходя из этого, комплекс психологических показателей ПВК инвалидов можно представить тремя блоками:

1 блок - патопсихологические показатели;

2 блок - психологические особенности личности;

3 блок - социально-психологические показатели, актуальные в целях профотбора.

Качественный и количественный анализ этих показателей позволяет получить систему психологических параметров, которые наиболее полно характеризуют профессиональные психологические возможности инвалидов.

Оценка патопсихологических показателей осуществляется в соответствующих степенях: незначительные, умеренные, выраженные и значительно выраженные нарушения.

1. Нарушения интеллектуально-мнестических функций:

- объем кратковременной памяти;

- функции активного внимания (распределение, переключаемость, устойчивость);

- эффективность мыслительных операций (обобщение, абстрагирование, анализ и т.д.);

- динамика психической деятельности (темп, истощаемость в плане их соответствия требованиям профессиональной деятельности).

2. Нарушения эмоционально-волевой сферы:

- наличие и выраженность уровня тревоги, свидетельствующего о степени фрустрации значимых потребностей (аффилятивных, самореализации и др.);

- эмоциональная неустойчивость, которая может иметь как психогенную, так и органическую причину.

3. Неврозоподобные нарушения:

- ипохондрическая симптоматика;

- истерическая симптоматика;

- астеническая симптоматика;

- депрессивная симптоматика;

- обсессивная симптоматика.

4. Психопатоподобные нарушения на уровне личности (заострение черт, акцентуации, психопатии).

Наличие патопсихологических признаков значительно снижает профессиональные возможности инвалидов. При этом нарастание выраженности соответствующей симптоматики прямо связано с увеличением частоты неблагоприятного прогноза относительно профессионального самоопределения и трудоустройства. Наиболее явно это прослеживается в случаях неврозоподобных (особенно при доминировании депрессивных и ипохондрических тенденций) и психопатоподобных расстройств, а также в случаях, относительно выраженных нарушений психических процессов.

Психологические особенности личности.

1. Адекватность самооценки (уровень притязаний):

- значительно завышена, умеренно завышена, адекватная, умеренно занижена, значительно занижена.

2. Уровень самоконтроля (сфера реализации самоконтроля и степень его выраженности):

- самоконтроль за эмоциональным состоянием (завышен, занижен, адекватен);

- самоконтроль за поведением (завышен-отсутствие спонтанности, зажатость; занижен - излишняя раскрепощенность; адекватен ситуации).

3. Интересы и направленность личности:

- сформированность интересов (сформированы, частично сформированы, не сформированы);
- устойчивость направленности (устойчивая, недостаточно устойчивая, неустойчивая);
- адекватность интересов сфере профессиональной деятельности (полное соответствие, частичное соответствие, несоответствие).

4. Ценностные ориентации:

- утилитарно-прагматические ценности;
- доминирование ценностей престижа (социальный статус);
- доминирование духовных (познавательных, созидательных, творческих) ценностей;
- гармоническое соотношение ценностей.

5. Профессиональная информированность (объем знаний о характере различных видов профессиональной деятельности - условия труда, содержание труда, профессионально важные качества):

- крайне ограничена;
- умеренно ограничена;
- поверхностна;
- чрезмерно широка;
- адекватна.

6. Мотивация профвыбора (степень выраженности и направленность):

- общая мотивация к трудовой деятельности;
- мотивация к обучению или переобучению по новой специальности;
- мотивация к овладению навыками в какой-либо конкретной деятельности.

Прогностическое значение этих показателей обусловлено возможностью оценки степени активности жизненной позиции инвалида, его отношения к профессиональной реабилитации и к дальнейшему трудоустройству.

Социально-психологические показатели.

1. Согласованность профвыбора с ближайшим окружением (показатель особенно важен для инвалидов, так как их жизнедеятельность во многом зависит от ближайшего окружения):

- согласованность полная;
- согласованность частичная;
- несогласованность.

2. Ориентация при профвыборе на конкретные региональные социально-экономические условия и конъюнктуру рынка труда:

- есть;
- частичная;
- нет.

3. Опыт межличностного взаимодействия в различных системах профессиональных отношений:

- позитивный, обширный;
- позитивный, локальный;
- негативный, локальный;
- негативный обширный;
- отсутствует.

4. Профпланы:

- адекватные, осознанные, устойчивые;
- адекватные, неустойчивые;
- прожектерские, нереалистические;
- не сформированы.

Необходимо отметить, что социально-психологические показатели позволяют обозначить и оценить те социально-психологические механизмы, которые способствуют успешному осуществлению профессионального отбора.

Таким образом, наибольшее прогностическое значение имеют показатели патопсихологического блока, которые определяют благоприятный трудовой прогноз.

Прогностическое значение показателей психологического (личностного) и социально-психологического блоков в большей степени вероятностное, но тем не менее эти показатели имеют большую дифференцированность в том отношении, что они ориентированы на прогнозирование доступности конкретных видов и условий профессиональной деятельности.

На основе комплексного применения программных и аппаратных средств должна быть получена объективная картина профессионально-желательных и профессионально – недопустимых качеств, определены возможности развития профессионально-значимых качеств у инвалидизированных лиц. По результатам исследования и диагностики для лица с ограниченными возможностями будут:

- составлена индивидуальная "карта профпригодности" (для включения в ИПР), содержащая перечень специальностей и профессий, на которые возможно трудоустройство, полученная на основе объективного тестирования и собеседования;
- определены личностные предпочтения инвалида, степень его мотивации к обучению и переобучению по новой или имеющейся специальности;
- оценены коммуникативные способности и личностно - ассоциированные характеристики.

Развитие навыков трудовой деятельности, в том числе связанной с использованием компьютерной техники и компьютерных технологий является наиболее приемлемым путем ПР для инвалидов с двигательными нарушениями. Ограничение двигательных возможностей в меньшей степени сказываются на умственных и интеллектуальных способностях молодого человека, поэтому для большинства инвалидов наиболее перспективным направлением будущей трудовой деятельности является домашняя или офисная работа, связанная с использованием современных технологий обработки и поиском информации. В данный перечень попадает профессиональная деятельность, предполагающая индивидуальное и групповое консультирование, преподавательскую, методическую работу. Кроме того, общение через "аппаратные средства" для многих является предпочтительным, т.к. освобождает человека с ограниченными физическими возможностями от необходимости демонстрации своих недостатков в обществе.

В рамках проведения мероприятий по ПР имеет смысл организация мастерских для получения или восстановления производственных навыков, а также создание компьютерного класса, оснащенного специальными средствами интерфейса человека и машины (с учетом различных физических недостатков), и наличием возможностей демонстрации работы систем поиска и обработки информации (Интернет), а также наиболее популярными программными разработками общего и специального назначения (комплект правовых программ, офисных программ, бухгалтерских программ, редакторских программ, обучающих программ).

Данный компонент профессиональной реабилитации должен продемонстрировать молодому человеку огромную "уравнивающую" силу применения современных средств автоматизации профессиональной деятельности и общения, показать неограниченные возможности образования и самообразования с использованием аппаратных средств и программного обеспечения и оказать на него мотивирующее воздействие.

Повышение коммуникативной компетенции является важным фактором проведения мероприятий по профессиональной реабилитации инвалидов с неврологическими нарушениями. Существенным сдерживающим фактором на пути возвращения в социум и трудовую деятельность лиц с ограниченными физическими возможностями является

утрата или незрелость их коммуникативных способностей, восприятие себя как неполноценного человека, что ведет к развитию внутренних страхов и фобий в значительной степени сковывающих инвалида и снижающих его социальную активность и инициативность.

Трудовая или профессиональная деятельность, как правило, напрямую (когда человек в коллективе) либо опосредованно (при домашнем труде) связана с общением и оценкой результатов произведенного труда другими людьми. Таким образом, для человека с ограниченными возможностями и особенно молодого, принципиально важно суметь "выйти из круга".

В качестве основной формы реализации компоненты предполагается использование интерактивных технологий "Обучение действием".

В процессе проведения реабилитационных мероприятий целесообразным является:

- на основе методик продвижения "Философии независимой жизни" сформировать у молодого человека правильное понимание и восприятие понятия «инвалидности»;
- организация кабинетов психологической подготовки;
- проведение специальных тренингов, направленных на усвоение лицом с ограниченными возможностями навыков эффективного общения, умений рационального поиска выхода из проблемных ситуаций;
- проведение ролевых игр, включающих в себя моделирование социально-психологических ситуаций, ассоциированных с вопросами трудоустройства и трудовой деятельности.

Результатами проведенной работы должно стать:

- развитие профессиональной мотивации у лиц с инвалидностью;
- формирование устойчивых личностных установок на поиск возможностей трудоустройства и освоения необходимых профессиональных умений и навыков.

Формирование групп, выбор тем и форм проведения реабилитационных мероприятий осуществляется специалистом психологом на основе индивидуальной и групповой специфики.

Трудоустройство по приобретенным или доступным специальностям и профессиям.

Заключительный этап профессиональной реабилитации инвалида.

В рамках реабилитационного процесса ПР представляется возможным:

- создание службы трудоустройства инвалидов с двигательными нарушениями (например, в г. Самара подобная служба, являющаяся подразделением Региональной Общественной организации инвалидов, только за 2001 год трудоустроила примерно 3000 человек социально незащищенных категорий населения, из которых примерно 21% составили инвалиды);
- на основе имеющейся информации (баз данных вакансий местных фондов занятости) провести отбор рабочих мест доступных для трудоустройства инвалидов;
- начать формирование специализированного банка вакансий для домашней работы связанной с консультированием, обучением, обработкой информации;
- организовать трудоустройство лиц с инвалидностью с использованием возможностей специальных программ государственной поддержки работающих инвалидов;
- Осуществлять текущий мониторинг рабочих мест, на которые трудоустраиваются или трудоустроились лица, имеющие группу инвалидности;

Мероприятия проводятся при непосредственном участии специализированных общественных организаций инвалидов, государственной службы занятости населения, волонтеров, отделений профреабилитации реабилитационных центров.

На сегодня эффективность мероприятий профреабилитации расценивается как низкая, а сам реабилитационный процесс ПР является сложнейшей проблемой. Сложность его объясняется: отсутствием полноценной концепции системы образования или переобучения инвалидов, отсутствием качественных образовательных программ для инвалидов с неврологической патологией и оборудованных по законам «безбарьерной среды» образовательных учреждений, недостаточностью законодательной базы трудоустройства инвалидов, отсутствием заинтересованности работодателей, дороговизной и отсутствием нормативной базы к организации рабочего места для инвалида. Но самая значимая проблема – это низкая мотивированность самих реабилитируемых. В качестве аргумента можно рассмотреть данные, полученные в г.Самара при попытке профреабилитации 110 инвалидов, больных неврологическими заболеваниями:

- обучаться или получать новую профессию выражали готовность 93% инвалидов;
- реально прошли обучение (при прочих равных возможностях) 58%;
- активно занимались поисками рабочего места 17%;
- трудоустроились 12%;
- работают более 3 месяцев 5,5%.

Самарская городская служба занятости даёт следующие цифры: из 212000 инвалидов, проживающих на территории Самарской области на 2001 год, из которых 2/3 – жители г.Самара, в службу Занятости обратились 1097 человек (2,2% по обращаемости), из них признано безработными 991 человек, а трудоустроено – 339 (1% от всех трудоустроенных).

Одной из основных задач профотбора является обоснование благоприятного прогноза профпригодности, под которой понимается соответствие профессиональных возможностей человека требованиям профессии. Это соответствие устанавливается между ПВК человека и теми требованиями профессиональной деятельности, которые вытекают из объективных характеристик профессий. Психологический аспект этих требований является одним из центральных. В основе данного подхода лежит положение о том, что профессиональные требования к психологическим функциям и свойствам личности вытекают из объективных характеристик профессий. Сравнение профессий по отдельным структурным компонентам позволяет выделить общие для них типовые элементы, каждому из которых соответствует определенное психологическое требование к человеку. Такое сочетание типового элемента деятельности и соответствующего ему психологического показателя является психологическим модулем профессии. Таким образом, каждую профессию можно представить как конструкцию, составленную из отдельных психологических модулей.

Типовые элементы деятельности, составляющие основу психологических модулей профессий, относятся к различным характеристикам профессиональной деятельности: предмету, орудиям, целям, условиям труда, отдельным операциям. Каждая профессия состоит из нескольких модулей, поэтому психологическая характеристика профессии определяется суммой психологических модулей, относящихся к ней. Использование психологических модулей профессий дает возможность наиболее тщательного и целостного сопоставления психологических требований профессий (психологического профиля профессии) и соответствующих возможностей человека (профиля имеющихся ПВК). Сопоставление двух типов профилей - профессии и человека - позволяет определить их соответствие.

Следует отметить такой важный аспект модульного подхода при профотборе, который связан с разработкой программ профобучения: четко сформулированные

психологические модули профессий позволяют разрабатывать программы обучения не только в соответствии с требуемыми профессиональными знаниями и умениями, но и в соответствии с психологическими профилями профессий.

Направленность реабилитационного процесса на восстановление трудоспособности и обеспечение занятости инвалида предусматривает создание, в частности, реабилитационно-производственных учреждений, а в них структур, обеспечивающих проведение профессиональной реабилитации и занятости инвалидов, включая их профориентацию, обучение (переобучение), профессионально-производственную адаптацию и трудоустройство на производстве (входящем в виде структурного подразделения в данное учреждение). Данный принцип должен обеспечивать особую организацию процесса занятости инвалида, представляющую из себя процесс и систему мероприятий, направленных на развитие компенсаторной приспособляемости организма инвалида, на восстановление и расширение его трудовых возможностей и производительности труда, на формирование у инвалида активной жизненной позиции и воли к труду. В соответствии с данным принципом, организация занятости инвалида на рабочем месте в реабилитационно-производственном учреждении должна быть такой, чтобы после прохождения периода реабилитации и адаптации инвалид мог быть конкурентоспособным на открытом рынке труда.

Важнейшим нормативным актом, в котором предусматривается создание сети реабилитационных учреждений, является Закон “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации” от 24 ноября 1995г. (см. ст. 12 указанного Закона). Закон не устанавливает конкретного перечня таких учреждений и тем самым дает возможность определять их типы и виды непосредственно на местах “с учетом региональных и территориальных потребностей”. Таким образом, организация реабилитационно-производственных учреждений (как одного из видов реабилитационных учреждений) основана на нормативном акте высшего порядка, то есть на законе РФ. Более того, закон “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации” устанавливает, что учреждения различного типа и уровня, осуществляющие мероприятия по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации (в том числе и реабилитационно-производственные учреждения), являются составной частью Государственной службы реабилитации инвалидов, которая призвана реализовывать государственную политику в этой области.

При формировании реабилитационно-производственного учреждения (его целей, задач, содержания деятельности, функций и т.д.) следует учитывать и другие статьи указанного Закона, направленные на социальную защиту инвалидов. Например, ст.2 (п.15-17), ст.4 (п.3,6,12,15), ст.5 (п.3), ст.8 (п.2), ст.9, ст.11, ст.20, ст.21, ст.22, ст.23, ст.24, ст.25, ст.26. В перечисленных статьях устанавливается:

- равенство возможностей инвалидов во всех сферах жизни общества;
- разработка и обязательность индивидуальных типовых программ реабилитации инвалидов для всех предприятий и учреждений, связанных с реализацией таких программ;
- льготная финансово-кредитная политика в отношении специализированных предприятий, применяющих труд инвалидов, а также предприятий, учреждений и организаций общественных объединений инвалидов;
- резервирование рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов и т.д.

Более детально порядок организации реабилитационных учреждений устанавливается Примерным положением о реабилитационном учреждении, утвержденным Министерством труда и социального развития РФ, Министерством здравоохранения РФ и Министерством общего и профессионального образования РФ от 23 декабря 1996г., которое “регулирует деятельность реабилитационных учреждений Федерального уровня и уровня субъектов РФ, входящих в состав Государственной

службы реабилитации инвалидов, создаваемой в соответствии с Федеральным законом “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации” для проведения мероприятий по комплексной многопрофильной реабилитации инвалидов”.

Общими противопоказаниями к зачислению инвалидов в реабилитационно-производственные учреждения являются:

- все заболевания в острой стадии и хронические заболевания в стадии декомпенсации;
- злокачественные новообразования в активной фазе;
- кахексия любого происхождения;
- обширные трофические язвы и пролежни;
- гнойно-некротические заболевания;
- острые инфекционные венерические заболевания до окончания срока изоляции;
- противопоказанные условия труда для трудоустройства инвалидов.

Дополнительной задачей при проведении профессиональной реабилитации является процесс сопровождения инвалида в процессе трудовой адаптации (важно не только создать рабочее место или начать работать – необходимо помогать реабилитируемому поддерживать постоянный «рабочий темп»). Данное направление включает: отслеживание выполнения условий труда и трудового договора, оперативное вмешательство в случае нарушения оговоренных условий, скорейшее внедрение всех изменений в трудовом и налоговом законодательствах, направленных на социальную поддержку инвалидов, постоянные консультации с юристом и психологом и т.д.

МАТЕРИАЛЫ ПРОГРАММЫ «АДАПТИВНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ДЛЯ ИНВАЛИДОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ОГРАНИЧЕНИЯМИ В ПЕРЕДВИЖЕНИИ»

Как уже говорилось выше реабилитацию инвалидов методами физической культуры и спорта осуществляет специалист по физической культуре и спорту. В его задачи входят:

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

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

Реабилитационное учреждение может использовать те виды физической культуры и спорта, которые можно организовать с учетом требований к помещению, оборудованию, спортивному инвентарю и т.д. Например, оборудование соревнований атлетов с поражением опорно-двигательного аппарата должны включать спортивные протезы, спортивные коляски и др. Для занятий физкультурой необходимы различные тренажеры, тредмил, велоэргометр. Все занятия физкультурой и спортом должны проводиться под наблюдением врача-специалиста по реабилитации и медицинской сестры.

Комплексная программа физических упражнений, выполняемая под наблюдением врачей, даст положительные результаты в следующих областях:

- 1) Укрепление мышц;
- 2) Повышение выносливости организма (или поддержание существующего уровня выносливости);
- 3) Расширение диапазона движений и повышение эластичности суставов (или поддержание существующего уровня);
- 4) Уменьшение мышечных спазмов;
- 5) Укрепление сердечно-сосудистой системы;
- 6) Предотвращение пролежней;
- 7) Предотвращение вторичных симптомов рассеянного склероза, таких как мышечная слабость (атрофия) и контрактура суставов (joint contractures);
- 8) Контролирование веса;
- 9) Уменьшение склонности к запорам;
- 10) Ощущение здоровья и удовлетворения от достигнутого.

Перед тем, как приступить к выполнению программы физических упражнений, рекомендуется:

- 1) Посоветоваться с лечащим врачом. Вы можете показать брошюру вашему врачу или физиотерапевту и попросить их указать Вам, какие упражнения наиболее подходят в вашем случае.
- 2) Не приступайте к программе упражнений в период обострения заболевания, если ваш лечащий врач не рекомендовал вам этого.
- 3) Повышение температуры тела, вызванное физическими упражнениями, может усилить спазмы и/или способствовать переутомлению. Когда активные упражнения выполняются медленно при низком уровне сопротивления, это вызывает более умеренное повышение температуры - в отличие от

упражнений, выполняемых при высоком уровне сопротивления. Недостаточный отдых между упражнениями также может способствовать переутомлению. Найдите такой темп упражнений, который наиболее вам подходит, и стремитесь добиться с их помощью постепенного, но стабильного улучшения.

- 4) Для выполнения упражнений надевайте свободную одежду, не стесняющую движения.
- 5) Попробуйте выполнять упражнения каждый раз в другое время дня, чтобы установить, какое время является оптимальным для вас. Можно разделить каждое упражнение на две части и выполнять первую часть утром, а вторую в послеобеденное время или вечером.
- 6) Если во время какого-нибудь упражнения вы чувствуете боль или дискомфорт, немедленно прекратите его выполнять. Прежде чем снова приступить к выполнению этого упражнения, посоветуйтесь с лечащим врачом или физиотерапевтом.
- 7) Начинайте выполнять каждую программу упражнений в медленном темпе. Ни в коем случае не перенапрягайтесь и не делайте ничего такого, что вызывает у вас неприятное ощущение.

Поскольку рассеянный склероз влияет на каждого больного по-разному, невозможно составить единую программу упражнений, которая подходила бы для всех. Более того, под влиянием заболевания в организме больного происходят определенные изменения, поэтому некоторые упражнения могут подходить ему в одно время, но не подходить в другое.

Программу упражнений следует адаптировать к индивидуальным условиям каждого больного и изменять ее в соответствии с колебаниями в его состоянии.

Специальная терминология:

При составлении индивидуальной программы физических упражнений лечащий врач и физиотерапевт могут пользоваться следующими техническими терминами:

- 1) Диапазон движения: максимальный диапазон движения, возможный для данного сустава.
- 2) Диапазон пассивного движения: максимальный диапазон движения, возможный для данного сустава, когда человек двигает им с посторонней помощью (с помощью физиотерапевта, помощника или тренажера).
- 3) Диапазон активного движения: максимальный диапазон движения, возможный для данного сустава, когда человек двигает им самостоятельно, без посторонней помощи.
- 4) Мышечная спазма: затверделость мышцы, вызванная повышенным мышечным тонусом или острой реакцией на упражнение по растяжению мышц.
- 5) Контрактура суставов: стойкое ограничение диапазона подвижности сустава, нарушающее его функционирование.
- 6) Мышечная слабость в результате бездеятельности мышцы: когда мышечные волокна на сокращаются в течение некоторого времени вследствие бездеятельности, они в конце концов уменьшаются в размере и слабеют.
- 7) Основные движения, выполняемые в рамках упражнений:
 - А. Сгибание - движение сустава, вызывающее сгибание конечности
 - Б. Выпрямление - движение сустава, вызывающее выпрямление конечности.
 - В. Отстранение конечности от срединной линии - движение сустава, отдаляющее конечность от тела.
 - Г. Приближение конечности к срединной линии - движение сустава, приближающее конечность к телу.

Первая группа упражнений:

Пассивные упражнения - упражнения по диапазону движений и порастяжению мышц.

Описание:

Данные упражнения подходят для людей с ограниченным диапазоном движения конечностей, который обусловлен наличием ограничения в суставах или мышечной слабостью, вызванной рассеянным склерозом либо наступившей в результате длительной бездеятельности сустава.

Цель:

С помощью упражнений можно предотвратить затверделость суставов или предупредить усугубление этого состояния, которое еще больше ограничивает подвижность больного.

Возможно, что пассивные упражнения потребуются вам для тренировки диапазона движения лишь некоторых суставов. Например, если в плече ощущается затверделость, но все остальные суставы сохраняют полную подвижность, выберите из данного комплекса такие упражнения, которые предназначены для тренировки плеча.

Меры предосторожности:

Ни в коем случае не перенапрягайтесь. Все пассивные движения следует выполнять плавно и медленно, чтобы дать мышцам возможность среагировать на легкое растяжение и расслабиться. Слишком резкие движения могут усилить спазму или усугубить затверделость мышц. Если возникает боль, выполняйте движения в таком диапазоне, который удобен для Вас. Вместе с тем, стремитесь увеличить диапазон движения до максимальной точки, в которой боль не ощущается. Важно делать различие между болью и растяжением, которое вызывает лишь временное чувство неудобства. Растяжение полезно для организма, боль - нет.

Внимание: если Вы страдаете мышечной слабостью только с одной стороны тела, приводите в действие слабые конечности с помощью здоровых. Узнайте у лечащего врача или физиотерапевта, каким образом можно адаптировать упражнения к Вашим специальным нуждам.

Подготовка к упражнениям:

Для выполнения упражнений требуется помощь постороннего человека (физиотерапевта, члена семьи и т.п.). Многие предпочитают выполнять эти упражнения по утрам, не вставая с постели, поскольку большинство из упражнений выполняется в положении лежа на спине. Однако упражнения по диапазону движений могут быть адаптированы почти к любой позе. Каждое упражнение рекомендуется повторять несколько раз - обычно двух или трех повторений бывает достаточно. Оставайтесь в растянутом положении около 60 секунд каждый раз, стремясь достичь максимальной границы диапазона комфорта. Затем медленно вернитесь в исходное положение.

Упражнения для плеча (А).

Руководство для помощника:

Исходное положение: Пациент лежит на спине с вытянутой вдоль тела рукой.

Поместите свою руку под плечом пациента таким образом, чтобы ваш большой палец находился на его плече сверху - это позволяет проследить движения сустава. Другой рукой держите пациента за кистевой сустав.

1-й этап. Поднимите руку пациента (сустав выпрямлен) так, чтобы рука была направлена к потолку, а ладонь - к центру его тела.

2-й этап. Продолжайте движение назад до тех пор, пока рука пациента не ляжет на кровати рядом с его головой, или только до такой точки, в которой не ощущается сопротивление. Если спинка кровати мешает руке выпрямиться назад, то на этой стадии руку можно согнуть. Держите руку пациента в этом положении в течение 60 секунд.

Вернитесь в исходное положение и после непродолжительного отдыха повторите упражнение 2-3 раза.

Упражнения для плеча (Б).

Руководство для помощника:

Исходное положение. Пациент лежит на спине с вытянутой вдоль тела рукой.

Поместите свою руку под плечом пациента так, чтобы ваш большой палец находился на его плече сверху - это позволяет проследить движения сустава. Другой рукой держите пациента за кистевой сустав.

1-й этап. При выпрямленном суставе отведите руку пациента в сторону от тела.

2-й этап. Поверните руку так, чтобы ладонь была обращена вверх.

3-й этап. Продолжайте движение назад до тех пор, пока рука пациента не ляжет на кровати рядом с его головой, или только до такой точки, в которой не ощущается сопротивление. Если спинка кровати мешает руке выпрямиться назад, то на этой стадии руку можно согнуть. Держите руку пациента в этом положении в течение 60 секунд.

Вернитесь в исходное положение и после непродолжительного отдыха повторите упражнение 2-3 раза.

Упражнения для плеча (В).

Руководство для помощника:

Исходное положение. Пациент лежит на спине с вытянутой вдоль тела рукой.

Поместите свою руку под плечом пациента так, чтобы ваш большой палец находился на его плече сверху - это позволяет проследить движения сустава. Другой рукой держите пациента за кистевой сустав так, чтобы локоть оставался на кровати, а предплечье было направлено вверх.

1-й этап. С помощью руки, которой Вы держите пациента за кисть, медленно опустите предплечье пациента вниз, при этом рука в локте должна оставаться согнутой, а ладонь обращенной вниз - до тех пор, пока предплечье не ляжет на кровать или до ощущения сопротивления.

2-й этап. Вернитесь в исходное положение.

3-й этап. Вы по прежнему держите пациента за кисть. Медленно отведите руку пациента назад (при этом его ладонь обращена вверх) - до тех пор, пока предплечье не ляжет на кровать или до ощущения сопротивления.

Вернитесь в исходное положение и после непродолжительного отдыха повторите упражнение 2-3 раза.

Упражнения для локтя и/или для предплечья (А).

Руководство для помощника:

Исходное положение. Пациент лежит на спине с вытянутой вдоль тела рукой, при этом ладонь обращена в сторону тела.

Поместите одну руку над локтем пациента, а другой рукой держите его за кисть.

1-й и 2-й этапы. Согните руку пациента в локте и приблизьте его ладонь к плечу насколько это возможно. Вернитесь в исходное положение и после непродолжительного отдыха повторите упражнение (2-3 раза).

Упражнения для локтя и/или для предплечья (Б).

Руководство для помощника:

Исходное положение. Пациент лежит на спине, его рука отстранена от тела и продолжает линию плеча, рука в локте согнута, ладонь обращена вверх, пальцы расслаблены, большой палец направлен на лицо пациента. Одной рукой держите пациента за руку, а другой - за локоть.

1-й этап. Поверните предплечье так, чтобы тыльная сторона ладони была обращена

к пациенту.

2-й этап. Вернитесь в исходное положение.

3-й этап. Поверните предплечье так, чтобы ладонь была обращена к пациенту.

Вернитесь в исходное положение и после непродолжительного отдыха повторите упражнение (2-3 раза).

Упражнения для кистевого сустава

Руководство для помощника:

Исходное положение. Пациент лежит на спине, его рука направлена в сторону от тела, рука в локте согнута, кисть обращена на потолок. Одной рукой держите пациента за руку, другой - за локоть.

1-й этап. Согните кистевой сустав вперед насколько это возможно.

2-й этап. Согните кистевой сустав назад насколько это возможно.

3-й этап. Вернитесь в исходное положение.

4-й этап. Согните кистевой сустав в сторону (в направлении мизинца) насколько это возможно.

5-й этап. Согните кистевой сустав в сторону (в направлении большого пальца) насколько это возможно.

Вернитесь в исходное положение и после непродолжительного отдыха повторите упражнение (2-3 раза).

Упражнения для тазобедренного сустава (А).

Руководство для помощника:

Исходное положение. Пациент лежит на спине.

Поместите одну руку под коленом пациента, другой рукой держите эту же ногу за пятку.

1-й этап. Держите ногу выпрямленной в колене и поднимите ее вверх, пока пятка не будет находиться примерно на высоте 10 см над кроватью.

2-й этап. Отведите ногу в сторону (по направлению к себе).

Вернитесь в исходное положение и после непродолжительного отдыха повторите упражнение (2-3 раза).

Упражнения для бедер (Б).

Руководство для помощника:

Исходное положение. Пациент лежит на животе, нога выпрямлена.

Подложите обе ваши руки под ногу пациента, одну руку поместите чуть выше колена, а другую под голенью, немного выше лодыжки.

1-й этап. Поднимите выпрямленную ногу, пока колено не будет находиться на высоте примерно 10 -12 см над кроватью.

Вернитесь в исходное положение и после непродолжительного отдыха повторите упражнение (2-3 раза).

Упражнения для колена.

Руководство для помощника:

Исходное положение. Пациент лежит на спине.

Поместите одну руку под коленом пациента, другой рукой держите эту же ногу за пятку.

1-й этап. Поднимите ногу вверх, когда она согнута в колене и в бедренном суставе.

2-й этап. Продолжайте приближать колено к груди, стараясь максимально согнуть ногу в колене и в бедренном суставе. Другая нога пациента остается на кровати в выпрямленном положении.

3-й и 4-й этапы. Опустите ногу и выпрямите ее в колене, подняв ступню вверх.

Вернитесь в исходное положение и после непродолжительного отдыха повторите упражнение (2-3 раза).

Упражнения для ступни и лодыжки (А).

Руководство для помощника:

Исходное положение. Пациент лежит на спине.

Держите его одной рукой за пятку, при этом подошва ступни упирается вам в предплечье. Второй рукой держите его за голень над щиколоткой, чтобы придать ноге устойчивость.

1-й этап: Нажмите своим предплечьем на ступню пациента (не на пальцы, а на мясистую часть ступни), одновременно приподнимая ступню и вытягивая пятку вперед.

2-й этап. Расслабьте руку и вернитесь в исходное положение.

3-й и 4-й этапы. Положите свою руку на верхний участок ступни (над пальцами ноги) и прижмите верхнюю часть ступни вниз. Одновременно надавите другой рукой на пятку.

Вернитесь в исходное положение и после непродолжительного отдыха повторите упражнение (2-3 раза).

Примечание, во избежание чрезмерного растяжения лодыжки важно, чтобы во время растяжения нога в колене была слегка согнута. Для этого можно подложить под колено небольшую подушку или свернутое полотенце.

Упражнения для ступни и лодыжки (Б).

Руководство для помощника:

Исходное положение. Пациент лежит на спине.

Держите его одной рукой за переднюю часть ступни, при этом подошва ступни опирается на вашу ладонь. Второй рукой крепко держите ногу за лодыжку.

1-й этап. Поверните ступню внутрь - так, чтобы подошва была обращена в сторону другой ноги пациента.

2-й этап. Вернитесь в исходное положение.

3-й этап. Поверните ступню наружу, чтобы подошва была обращена в противоположную сторону.

Вернитесь в исходное положение и после непродолжительного отдыха повторите упражнение (2-3 раза).

Упражнения для ступни и лодыжки (В).

Руководство для помощника:

Исходное положение. Пациент лежит на спине.

Держите в одной руке пальцы ноги, в другой руке крепко держите ступню.

1-й этап. Согните пальцы ноги вниз.

2-й этап. Выпрямите пальцы ноги и слегка загните их назад.

Вернитесь в исходное положение и после непродолжительного отдыха повторите упражнение (2-3 раза).

Вторая группа упражнений:

Активные упражнения.

Описание:

Данные упражнения направлены на тренировку подвижности шеи, туловища, ног и рук, предназначены для больных, способных самостоятельно двигать конечностями.

Ознакомьтесь со всеми упражнениями, входящими в программу, и выберите среди них такие, которые соответствуют уровню ваших возможностей.

Цель:

Активное упражнение мышц не является гарантией против регрессии рассеянного

склероз или усугубления заболевания; однако известно, что физические упражнения улучшают кровоснабжение различных органов, предотвращают деформацию суставов, укрепляют мышцы, непосредственно не пораженные заболеванием, и максимально поддерживают их эластичность.

Упражнения следует выполнять плавно и медленно. Слишком резкие движения могут усугубить затверделость или деформацию мышц. Во время упражнений используйте весь возможный диапазон движений, то есть растягивайте мышцы до такой точки, в которой появляется минимальное чувство дискомфорта, но не ощущается боль. Тренируясь перед большим зеркалом, вы сможете проследить степень вашего продвижения.

Подготовка к упражнениям:

Многие предпочитают выполнять упражнения лежа на кровати, но легче выполнять их на более жесткой поверхности - например, на расстеленном на полу ковре. Многие упражнения можно также выполнять сидя. Прежде чем приступить к выполнению данной программы, ознакомьтесь со всеми упражнениями, предназначенными для различных участков тела. Начните упражняться в умеренном темпе с пятикратным повторением каждого упражнения, постепенно увеличивая число повторений.

Меры предосторожности:

1) Не торопитесь и не переутомляйтесь. Упражнения можно выполнять в два приема одну половину утром, а вторую вечером.

2) Во время упражнений надевайте удобную одежду и упражняйтесь в прохладном помещении.

3) Не пытайтесь выполнять самые трудные из приведенных ниже упражнений до тех пор, пока не сможете повторить каждое из более легких упражнений по десять раз, без каких-либо отрицательных побочных эффектов.

Повышение уровня трудности упражнений:

Если вы убедитесь, что можете повторить некоторые упражнения по десять раз, не переутомляясь и не испытывая при этом дискомфорта, уровень трудности упражнений можно повысить.

1) Попробуйте выполнять упражнение, двигая обеими конечностями одновременно.

2) Ускорьте или замедлите темп упражнения (в умеренном темпе упражнения легче выполнять, чем в быстром или замедленном).

3) Увеличьте число повторений для каждого упражнения и сократите время отдыха между ними.

4) Для достижения большего эффекта выполняйте несколько упражнений вместе.

5) Включите в программу физических упражнений занятия аэробикой - например, плавание или вело тренажер.

Упражнения для шеи и головы.

Предупреждение: одним из симптомов рассеянного склероза является признак Лермита (Lhermitte's sign) - чувство, как будто при сгибании шеи вдоль позвоночника и конечностей пробегают "мурашки" или электрический ток. Если вы ощущаете нечто подобное, прекратите упражнения и обратитесь к лечащему врачу.



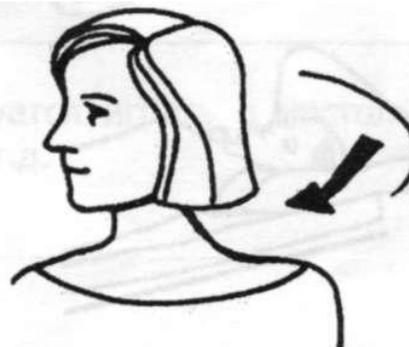
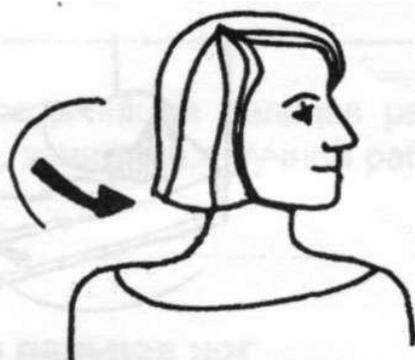
1. Наклоните голову назад (направьте свой взгляд вверх). Не закидывайте голову резко назад - движение должно быть плавным. Опустите и расслабьте плечи.



2. Нагните голову вперед (направьте свой взгляд вниз). Прочтите предупреждение внизу страницы.



4-3. Наклоните голову в сторону, стараясь приблизить ухо к плечу.



6-5. Поверните голову, стараясь заглянуть себе через плечо.

Упражнения для плеч.

1. Лягте на спину с вытянутыми вдоль тела руками. Поднимите одну руку вверх и протяните ее назад, пока рука не ляжет рядом с головой (рука в локте при этом выпрямлена).
2. Верните руку на место (движением вперед) в исходное положение (рука в локте выпрямлена).
3. Рука лежит на уровне плеча. Протяните руку вверх в сторону потолка, одновременно приподнимая плечо с матраца.
4. Опустите руку и плечо на матрац и вернитесь в исходное положение.
5. Протяните руку в сторону и отведите ее назад, за голову.
6. Верните руку в исходное положение (рука в локте выпрямлена).

7. Вытяните руку в сторону на уровне плеча и отведите ее насколько возможно назад. Вернитесь в исходное положение.
8. Вытяните руку и отстраните от тела, держа ее на уровне плеча. Перенесите руку на другую сторону тела, одновременно приподнимая плечо над кроватью.
9. Повторите все упражнения с другой рукой.

Упражнения для пальцев рук 1.

- А. Сожмите пальцы в кулак.
- Б. Выпрямите пальцы.
- В. Растопырьте пальцы (насколько возможно) в стороны.
- Г. Прижмите пальцы тесно друг к другу.

Упражнения для пальцев рук 2.

- А. Согните большой палец (все его фаланги).
- Б. Выпрямите большой палец.
- В. Ладонь обращена вверх. Поднимите большой палец вверх и опустите его.
- Г. Верните большой палец, расположив его на уровне остальных пальцев.
- Д. Отведите большой палец в сторону и дуговым движением дотроньтесь им до мизинца. Для улучшения координации пальцев рекомендуется играть в настольные игры, строить различные макеты, заниматься ручной работой и т.д.

Упражнения для пальцев ног.

- А. Согните пальцы ног вперед, в сторону подошвы. пальцы. пальцы.
 - Б. Выпрямите пальцы и загните их назад (на себя) насколько это возможно.
 - В. Растопырьте
 - Г. Сожмите
- Для улучшения координации пальцев ног рекомендуется поднимать с их помощью небольшие шарики и класть в сосуд.

Упражнения для кистевого сустава.

- А. Согните кисть в суставе - так, чтобы ладонь была направлена в сторону предплечья.
- Б. Выпрямите кисть в одну линию с предплечьем.
- В. Загните кисть назад - так, чтобы тыльная сторона ладони приблизилась к предплечью.
- Г. Рука расслаблена, кисть распрямлена. Подвигайте кистью в стороны – сначала влево, затем вправо.

Упражнения для предплечья.

- А. Согните руку в локте на 90 градусов – при этом локоть остается прижатым к талии. Поверните кисть руки так, чтобы ее внутренняя сторона была обращена вниз.
- Б. Рука согнута в локте на 90 градусов, локоть прижат к талии. Поверните кисть руки так, чтобы ее внутренняя сторона была обращена вверх.

Упражнения для локтя.

- А. Согните руку в локте и приблизьте руку и кисть к плечу.
- Б. Верните руку и кисть в исходное положение (рука в локте выпрямлена).

Упражнения для бедер.

- А. Согните бедро в суставе, подняв колено к груди.
- Б. Лежа на спине, поверните ногу наружу (от себя) - при этом пальцы ноги удаляются от другой ноги.
- В. Поверните ногу внутрь - при этом пальцы ноги приближаются к другой ноге.

Г. Вы лежите на спине, ноги выпрямлены и прижаты друг к другу. Раздвиньте ноги в стороны, затем вернитесь в исходное положение.

Д. Согните одну ногу в колене, ступня при этом находится на матрасе. Другую ногу, выпрямленную в колене, поднимите над матрасом на высоту 15- 25 см. Опустите ногу и повторите упражнение.

Упражнения для лодыжек.

А. Поднимите ступню и потяните ее на себя.

Б. Оттяните ступню вниз, от себя.

В. Поверните ступни внутрь, чтобы пятки были обращены наружу.

Г. Поверните ступни наружу, чтобы пятки были обращены внутрь. Повторите упражнение в обратном направлении.

Упражнения для колена.



Упражнения для спины.

А. Положите ладонь на живот, напрягите мышцы живота и надавите вниз, в направлении пола. Оставайтесь в этом положении несколько секунд, затем расслабьте мышцы.

Б. Теперь попробуйте напрячь мышцы живота, одновременно приподнимая лопатки над полом.

В. Напрягите бедра и спину, приподняв ягодицы и отталкиваясь ногами от пола (при необходимости попросите кого-нибудь держать вас за ступни).

Третья группа упражнений:

Упражнения для улучшения координации и равновесия.

Описание:

Эти упражнения предназначены для больных рассеянным склерозом, страдающих нарушением координации движений или нарушением равновесия. Данный раздел содержит две части: одна часть предназначена для больных рассеянным склерозом, способных передвигаться самостоятельно (не утративших подвижности), вторая часть предназначена для больных, не способных ходить. Упражнения, направленные на улучшение равновесия, не принесут особой пользы, если нарушение координации является следствием влияния заболевания на мозжечок. Если вы испытываете сомнения, обратитесь к вашему лечащему врачу.

Цель:

Входящие в данную часть программы упражнения направлены на улучшение автоматической реакции вашего организма при сохранении равновесия и на повышение

скоординированности и плавности движений. В сущности, эти упражнения испытывают способность тела сохранять равновесие. Если при попытке сохранить равновесие вы ощутите сокращение в мышцах или заметите, что пошатываетесь - не удивляйтесь этому. Все эти реакции нормальны.

Подготовка к упражнениям:

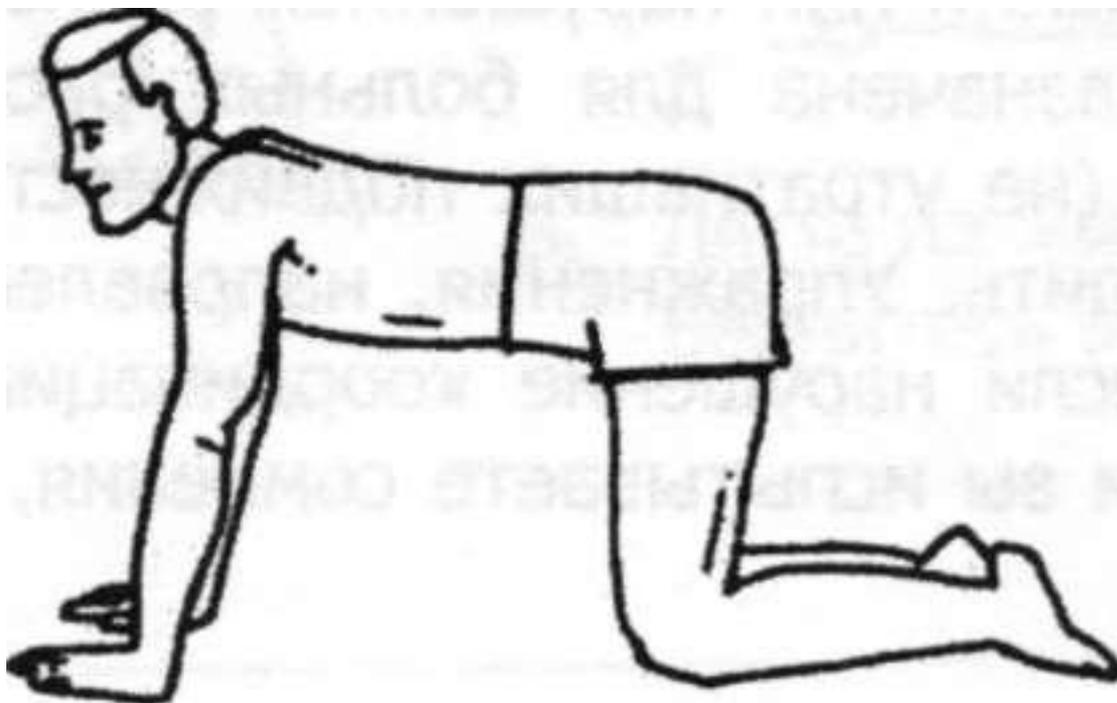
Упражнения 1-й части следует выполнять в свободном, не заставленном предметами помещении, чтобы в случае падения не ушибиться. Желательно заниматься в матерчатой обуви на резиновой подошве, которая дает большую устойчивость.

Меры предосторожности:

- 1) Не торопитесь и не переутомляйтесь.
- 2) Желательно, чтобы во время упражнений, которые выполняются стоя, рядом с вами находился кто-нибудь, кто сможет вам помочь в случае необходимости.
- 3) Для упражнений надевайте удобную одежду и занимайтесь в прохладном помещении.

1-я часть

Упражнения для улучшения координации и равновесия для ходячих больных.



1. Начните со стойки на шести опорных точках.

А. Протяните вперед правую руку и перенесите вес вашего тела вперед на вытянутую правую руку. Оставаясь в этом положении, сосчитайте до пяти, затем вернитесь в исходное положение.

Б. Протяните вперед левую руку и перенесите вес вашего тела вперед на вытянутую левую руку. Оставаясь в этом положении, сосчитайте до пяти, затем вернитесь в исходное положение.

В. Вытяните назад правую ногу и выпрямите ее. Перенесите вес вашего тела назад, на выпрямленную ногу. Оставаясь в этом, положении сосчитайте до пяти, затем вернитесь в исходное положение.

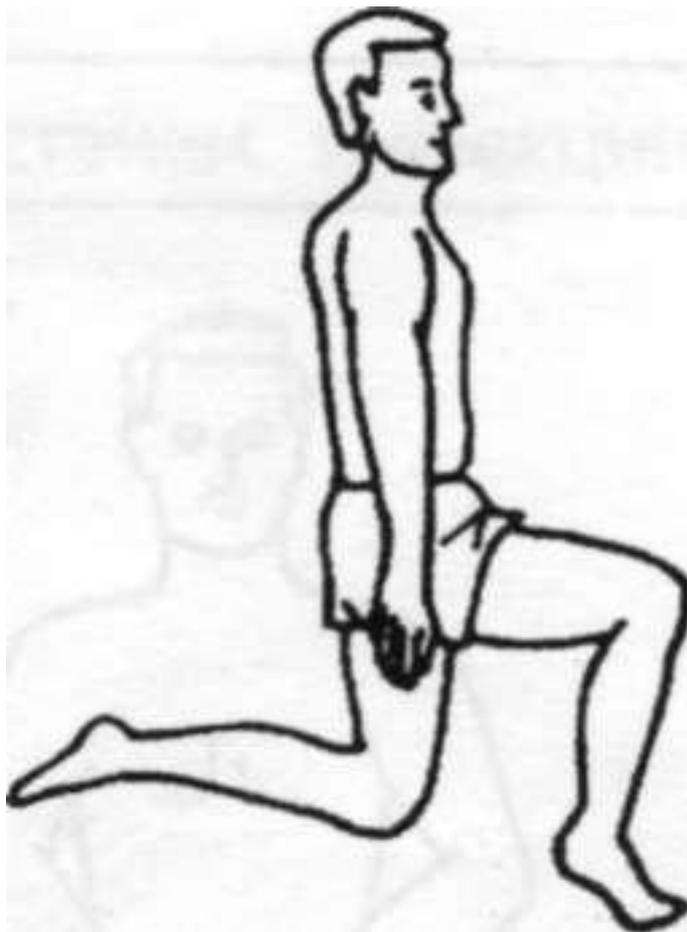
Г. Вытяните назад левую ногу и выпрямите ее. Перенесите вес вашего тела назад, на вытянутую ногу. Оставаясь в этом положении, сосчитайте до пяти, затем вернитесь в исходное положение.

Если предыдущие упражнения дались вам без труда, попробуйте выполнить следующие упражнения:

А. Начните со стойки на шести опорных точках. Протяните вперед правую руку и одновременно вытяните назад выпрямленную левую ногу. Оставаясь в этом положении, сосчитайте до пяти, затем вернитесь в исходное положение.

Б. Протяните вперед левую руку и одновременно вытяните назад выпрямленную правую ногу. Оставаясь в этом положении, сосчитайте до пяти, затем вернитесь в исходное положение.

2. Встаньте на колени, руки держите вдоль тела. Займите положение, в котором вы опираетесь на одно левое колено, а правая нога немного выставлена вперед. Для сохранения равновесия помогайте себе руками.



Теперь попробуйте вернуться в исходное положение и снова опереться на оба колена (правая нога ведущая). Повторите упражнение с ведущей левой ногой.

3. Следующие упражнения выполняйте с помощью другого человека. Встаньте напротив вашего помощника и положите руки ему на ладони. Если вы выполняете эти упражнения без помощника, положите руки на спинку стула.

А. Поднимите правую ногу на высоту по крайней мере 7-8 см от пола и постарайтесь сохранить равновесие, стоя на одной левой ноге. Помните, что в этом положении легкое покачивание туловища совершенно нормально. Постарайтесь сосчитать до десяти, оставаясь в этом положении. Затем вернитесь в исходное положение и повторите упражнение с левой ногой.

Б. Поднимитесь на цыпочки, затем вернитесь в обычное положение.

Попытайтесь повторить упражнение 10 раз подряд.

2-я часть

Упражнения для улучшения координации и равновесия, выполняемые сидя (для не ходячих больных).

1. Поупражняйтесь в способности сидеть прямо без опоры для спины. Сложите руки на животе и постарайтесь сохранить равновесие в этом положении. Попробуйте приподнять одну ногу, затем попробуйте приподнять другую.

2. Встаньте на ноги, опустите руки вдоль тела и согните их в локте на 90 градусов. Поверните правую руку так, чтобы ладонь была обращена вверх. Поверните левую руку так, что ладонь была обращена вниз. Теперь одновременно перемените положение рук - поверните правую ладонь вниз, а левую - вверх. Повторите упражнение несколько раз в быстром темпе.

3. Исходное положение: согните руки в локтях и положите их себе на грудь (на центр груди). Одну руку протяните вперед, одновременно вытяните другую руку назад. Вернитесь в исходное положение и повторите упражнение в обратном направлении.

Повторите упражнения по пять раз.

Четвертая группа упражнений

Спазм мышц.

Спазм - это затверделость мышцы вследствие повышенного мышечного тонуса, который зачастую усугубляется из-за резкого движения или растяжения. Однако правильно выполняемые физические упражнения играют важнейшую роль для лечения спазмов.

Следующие советы могут помочь вам:

- 1) Избегайте принимать позы, которые могут усугубить спазм.
- 2) Хороший эффект могут дать упражнения, направленные на медленное растяжение мышц во всю длину.
- 3) Помните, что при спазматической мышце перемена позы может усугубить спазм. Подождите несколько минут, пока мышца не расслабится.
- 4) Во время упражнений старайтесь держать голову прямо (не на бок).
- 5) Если вы принимаете спазмолитические лекарственные средства, начинайте упражнения через час после приема лекарства.
- 6) Периодически проверяйте дозировку лекарства, так как спазматическое состояние изменяется.
- 7) Резкие изменения в спазматическом состоянии могут быть следствием инфекции, наличия ран на коже и даже слишком тесной одежды или обуви.

Спазм сгибательных и разгибательных мышц.

Обычно больные рассеянным склерозом страдают спазмом сгибательных и разгибательных мышц.

Спазм сгибательных мышц - частое явление, распространенное среди больных рассеянным склерозом, при котором бедра и колени согнуты, а тазобедренные суставы повернуты внутрь. Реже встречается состояние, при котором бедра и колени вывернуты наружу, ноги согнуты в коленях, а ступни направлены вниз.

Менее распространен спазм разгибательных мышц, при котором бедра и колени выпрямлены, ноги плотно прижаты одна к другой либо скрещены, а ступни свисают вниз. Помните, что вам следует избегать активных физических упражнений, в которых участвуют пораженные спазмом мышцы. Если, например, вы страдаете спазмом разгибательных мышц, избегайте активных упражнений, при которых нужно распрямлять бедра и колени.

Приведенные в данном разделе позы направлены на облегчение спазматического состояния. Если вы не отмечаете улучшения, обратитесь к лечащему врачу или физиотерапевту.

Положения тела, способствующие уменьшению мышечного спазма.

1. Для тех, кто страдает спазмом сгибательных мышц бедер и колен, очень полезно лежать на животе. Помните, что и в этом положении необходимо подождать несколько минут, пока мышцы бедер не адаптируются к новой позе и не расслабятся.

2. Если колени повернуты внутрь, полезно лежать на спине (навзничь). Попробуйте положить между коленями подушку или свернутое полотенце. Приняв эту позу, подождите несколько минут, пока мышцы не привыкнут к новому положению и не расслабятся. Рекомендуется не подкладывать под колени подушку, поскольку ноги еще сильнее согнутся.

3. Если вы страдаете спазмом разгибательных мышц бедер и колен, очень полезно лежать на боку. Лежа в этой позе, согните в колене ногу, находящуюся сверху, а другую ногу выпрямите в колене. Между ногами можно положить подушку или свернутое полотенце.

4. Если вследствие спазма бедра и колени принимают лягушачью позу, попробуйте лечь навзничь. Подложите длинную подушку или свернутое в длину полотенце под то бедро, которое находится выше (от колена до таза). Подушку или полотенце следует положить так, чтобы бедра и колени находились на одном уровне. Когда вы лежите в такой позе, колени должны быть обращены вверх.

5. Если ступни и лодыжки свисают вниз, попробуйте уложить ступни в нейтральном положении - то есть, так, чтобы пальцы ног были направлены вверх. Проще всего опереться подошвами ног на обернутую тканью подставку. Такую подставку можно прикрепить к спинке кровати у изножья.

Узнайте у лечащего врача или у физиотерапевта, есть ли специальное устройство, служащее опорой для лодыжек.

6. Если руки согнуты в локтях, а плечи плотно прижаты к телу, попробуйте лечь навзничь, вытянув руки вдоль тела и подложив под них подушки. Ладони при этом обращены вниз.

Физические упражнения полезны всем больным рассеянным склерозом, независимо от того, насколько их движения ограничены из-за болезни. Современное общество придает большое значение физической культуре и считает физические упражнения неотъемлемой и важной частью любой реабилитационной программы, направленной на восстановление здоровья.

МАТЕРИАЛЫ ПРОГРАММЫ «ОКАЗАНИЕ ПАТРОНАЖНОЙ ПОМОЩИ»

Развитие патронажной службы для инвалидов, ограниченных в передвижении, – один из актуальных и нереализованных запросов на рынке социальных услуг.

Это сфера занятости, на которую не распространяется государственное финансирование. Общественный сектор может стать дополнительным ресурсом в заполнении данной ниши.

Социальная реабилитация инвалидов, являясь основной социальной политики РФ в отношении этой социальной группы, остается в большинстве регионов России самым неотработанным разделом в плане медико-социальных работ. Согласно 122-му федеральному закону, забота о социально незащищенных слоях общества объявлена исключительно государственной прерогативой. Тем не менее, сегодня ставки патронажных сестер в учреждениях, подведомственных региональным Министерством здравоохранения и социального развития сокращены.

Например, в одной только Самарской области число инвалидов достигает 250 тыс. чел., более 23 тыс. инвалидов нуждаются в постоянном постороннем уходе. Вместе с тем, нужно понимать, что социальные работники участвуют, прежде всего, в решении бытовых и организационных проблем больных, но не могут проводить медицинские манипуляции, которые зачастую требуются инвалидам с ограничениями в передвижении. Кроме того, существующие в системе социальной защиты нормы обслуживания приводят к тому, что реально социальный работник может посетить одного клиента не более 2 раз в неделю.

Патронаж больных является одним из важных элементов их реабилитации. Обстоятельства, вызывающие потребность в патронаже, связаны с состоянием здоровья, обусловленным преклонным возрастом, тяжелым соматическим расстройством, инвалидностью, невозможностью из-за физического недуга свободно передвигаться за пределами своего дома и т.п. Социальный патронаж для инвалидов, имеющих ограничения в передвижении, – это часто больше, чем лекарство, поскольку речь идет о заболеваниях, являющихся хроническими и отражающихся на качестве жизни. Даже у больных «со стажем» могут возникать вопросы, зачастую не относящиеся к медицине. Как правильно вводить назначенный для лечения препарат? Почему возникают те или иные реакции на предписанные лекарства и как их избежать? Как оставаться активным и не унывать? Как адаптироваться к новому образу жизни?

Правильное хранение лекарств, рекомендации относительно использования препарата во время поездки, – вот всего лишь несколько примеров того, почему для людей, живущих с серьезным заболеванием, важен личный контакт с медсестрой. Опытные, прошедшие специальную подготовку медицинские сестры могут научить пациентов делать себе инъекции и помочь при решении повседневных проблем. Каждая медсестра находится в постоянном контакте с лечащим врачом, её основная задача – помощь врачу в строгом выполнении рекомендаций. Патронажные сестры регулярно посещают пациентов на дому и готовы помочь в любое время.

Отсутствие помощника, каким фактически выступает патронажная сестра или социальный работник, определяет ограничения в передвижении, бытовую и социальную дезадаптацию человека.

Создание патронажной службы в государственных учреждениях социальной защиты и здравоохранения ограничено возможностями государственной сферы. В реальности патронаж берут на себя общественные и благотворительные организации. Актуальной остается задача поиска новых возможностей поддержания профессии «патронажная сестра».

Работа над созданием региональной службы патронажной сестры для инвалидов, имеющих ограничения в передвижении, ведется НКО в рамках социальных проектов, поддержанного НБФ с 2008 г. В процессе работы по этим проектам была создана модель

патронажной службы, составлена и реализована программа обучения патронажных сестер, модель патронажной службы запущена в действие; в настоящее время завершается работа над методическим пособием по созданию Службы патронажа инвалидов с ограничениями в передвижении. Общее число больных, над которыми организован патронаж для больных рассеянным склерозом, составило порядка 20000 человек.

Организованная модель региональной патронажной службы в настоящее время предлагается к использованию в государственные и частные структуры. В процессе работы над созданием региональной службы не только накоплен значительный опыт, который можно и нужно транслировать, но и найдены дополнительные ресурсы организации подобной деятельности. Сотрудничество НКО с фармкомпаниями, с общественными организациями и учреждениями, подведомственными территориальным государственным органам, помогло выявить ряд структур, заинтересованных в создании службы патронажа и готовых включиться в процесс трудоустройства. Заявленный запрос на труд патронажных сестер нуждается в кадровом наполнении.

Медсестры, прошедшие обучение по специальности «патронажная сестра» и получившие работу, – первичные благополучатели деятельности по проекту.

Инвалиды, ограниченные в передвижении, являются итоговыми благополучателями результатов деятельности по проекту.

Органы исполнительной и законодательной власти регионов РФ являются целевой группой для организации взаимодействия на предмет трудоустройства и, шире, - восстановления службы патронажной сестры в системе медико-социального обслуживания инвалидов.

Фармкомпании являются целевой группой для организации трудоустройства патронажных сестер.

Общественные организации инвалидов в регионах РФ являются целевой группой для организации поиска и отбора кандидатур на обучение, для организации создания базы данных нуждающихся в патронаже.

Методические наработки, которые должны использоваться в работе патронажных сестер:

- Должностная инструкция патронажной сестры.
- Порядок постановки на патронаж.
- Программа обучающего модуля «Патронажная сестра».
- Модель работы института патронажной сестры.
- Методическое пособие по созданию Службы патронажа инвалидов с ограничениями в передвижении на базе общественной организации (содержащее информацию по нормативам деятельности и спектру предоставляемых услуг).

Должностная инструкция патронажной сестры (основные блоки):

- Ответственность
- Квалификация
- Обязанности

Должностные обязанности патронажной сестры:

- выполнение назначений участковых и лечащих врачей;
- постановка капельниц, внутривенных и внутримышечных инъекций, назначенных врачом;
- наблюдение за состоянием здоровья больного;
- уход за установленными центральными катетерами, трахеостомой, колостомой;
- оказание помощи в умывании, приеме пищи, смене белья, проведение всех гигиенических процедур;

- оказание социальных услуг (покупка лекарств и средств по уходу за больным по согласованию со старшей сестрой и родственниками, продуктов питания, приготовление пищи, оплата коммунальных услуг, стирка и смена постельного белья не реже одного раза в 10 дней, уборка жилого помещения и мест общего пользования, сдача вещей в прачечную и химчистку, обувь - в ремонт и пр.);
- доставка продуктов по предварительно разработанному набору один-два раза в неделю (при возможности могла быть организована доставка раз в день горячего обеда и полуфабрикатов на завтрак и ужин);
- сопровождение больного на прогулке, чтение вслух литературы;
- информирование о целях и возможностях терапии пациентов и их близких;
- обучение технике выполнения инъекций в условиях стационара и дома, контроль за соблюдением терапии;
- оказание психологической и моральной поддержки;
- оказание информационной поддержки по всем интересующим вопросам терапии, как в период лечения, так и после её прекращения;
- поддержка постоянной связи с лечащим врачом пациента.

В качестве патронажной сестры могут быть медицинские сестры, имеющие базовое сестринское образование с дальнейшим усовершенствованием в качестве патронажной сестры.

Рабочий день патронажной медицинской сестры должен составлять 6,5 часов и за это время она обязана обслуживать 3-4 больных.

Порядок постановки на патронаж:

- Отбор больных на патронаж и снятие с патронажа производят специальные комиссии с участием представителей нескольких общественных организаций и ЛПУ. Зачисление на патронаж осуществляется на основании личного заявления и заключения комиссии о нуждаемости в таком обслуживании.
- Документы для зачисления на патронаж: справка лечебного учреждения об отсутствии хронических психических заболеваний в стадии выраженного дефекта или глубокой умственной отсталости; туберкулеза в открытой форме; хронического алкоголизма; венерических и инфекционных заболеваний, бактерионосительства.
- Платная форма патронажа: лица, имеющие подушевой доход в семье выше установленного в области прожиточного минимума, вносят плату за услуги патронажа, составляющую 5% пенсии.

Примерная программа обучающего модуля «Патронажная сестра»

- Современное понимание инвалидности. Медицинская и социальная модели инвалидности.
 - Организация медико-социального обслуживания на дому престарелых и инвалидов
 - Проблемы длительного пребывания в постели.
 - Роль семьи в реабилитации инвалида.
 - Основные составляющие ухода: безопасность больного, гимнастика, досуг, инфекционный контроль, контроль за приемом лекарственных препаратов, массаж, наблюдение за больным, обучение пациентов, общение, питание, процедуры лечебные, процедуры общего ухода, реабилитация, режим больного, приемы поднятия больного, собственная безопасность).
 - Правовые основы социальной защиты.
- Опыт организации практической работы патронажных служб в России.

Патронажная служба для инвалидов, имеющих ограничения в передвижении, создает новые стандарты поддержки и терапии, предоставляя специально разработанные модули услуг, способные обеспечить высокий уровень эффективности лечения, а так же предлагая решения, способные позитивно влиять на качество медицинской помощи. Медсестры патронажной службы помогают человеку, имеющему ограничения в передвижении, адаптироваться к новому для него образу жизни, обрести уверенность и повысить самостоятельность.

Непосредственные результаты работы патронажной службы:

- Подготовка специалистов в области патронажа инвалидов, имеющих ограничения в передвижении.
- Создание новых рабочих мест, отвечающих нереализованным запросам на рынке социальных услуг.
- Организация патронажа в регионах РФ. Повышение качества жизни инвалидов, ограниченных в передвижении.
- Оптимизация государственной политики в сфере социальной поддержки инвалидов.
- Актуализация возможностей межсекторного взаимодействия в области социальной поддержки инвалидов.
- Расширение возможностей социальной адаптации инвалидов, ограниченных в передвижении.

Расширение радиуса влияния общественного сектора в области социальной политики и поддержки инвалидов.

Патронаж и контроль качества оказания медицинской помощи населению.

Система здравоохранения является одной из самых затратных областей экономики. Здравоохранение испытывает дефицит финансовых средств. Стоимость медицинской помощи растет во всем мире большими темпами. Так, в США рост стоимости лекарств составлял в последнее десятилетие 15%-20% в год, в РФ на федеральном уровне бюджет здравоохранения 2013 г. почти в 3 раза больше бюджета 2005 г. Связано это с появлением новых дорогостоящих технологий, новых лекарственных средств и т.п.

В условиях ограничения финансовых ресурсов внедрение организационных технологий оказания медицинской помощи, ориентированные на эффективное использование бюджетных средств, становятся особенно актуальными.

Внедрение различных механизмов обеспечения качества и эффективности медицинской помощи в России весьма актуальны сегодня в связи с требованиями общественности по справедливому распределению медицинских услуг, обеспечению доступности “бесплатной” медицинской помощи, а также недостатками финансирования, планирования системы здравоохранения, преимущественным развитием лечебных служб в ущерб профилактическим.

Реформы последних лет обострили проблему обеспечения гарантий качественной медицинской помощи, в особенности для социально незащищенных категорий населения, в число которых попадают пациенты с тяжелыми хроническими заболеваниями, чье лечение требует существенных затрат. Ряд не до конца проработанных организационных механизмов оказания медицинских услуг приводят к значительному количеству издержек как для пациентов, так и для системы здравоохранения.

Например, с 01.01.2008 г. лечение больных, получающих дорогостоящие лекарственные препараты, выделено в отдельную программу «7 нозологий» (рассеянный склероз, гемофилия, муковисцидоз, болезнь Гоше, гипофизарный нанизм, миелодисплазия, состояния после пересадки органов). В 2008 г. по программе поставлено лекарств на общую сумму около 32 млрд. руб., в 2009 году выделено 36 млрд. руб., а в 2014 году – 53 млрд рублей. Но механизмы ее реализации отработаны еще не в полной мере.

Наряду с объективными причинами сложившихся остатков лекарственных средств (смерть больных по заболеванию, изменение схемы лечения, отказ больного принимать лекарственные препараты в соответствии с назначением), важнейшей стало отсутствие системы контроля за движением больных, внесенных в Регистр, и обеспечением больных лекарственными средствами и остатками в аптеках. Кроме того, некоторая потеря эффективности медицинской и социальной помощи происходит по причине неправильного выполнения медицинских назначений пациентами а дому, а также неинформированности их о тех видах помощи, которое может выделить государство, и процедур их предоставления. Потребители услуг зачастую не располагают достоверной информацией о возможностях получения бесплатной медицинской помощи и стоимости услуг, что приводит к неоправданным затратам на приобретение требуемых услуг.

К медицинской услуге российским законодательством предъявляется требование полноты осуществления сторонами договора своих обязанностей. Так, пациент должен соответствующим образом информировать персонал медицинского учреждения о состоянии своего здоровья, соблюдать все врачебные предписания и оплачивать медицинские действия согласно действующему в медицинском учреждении порядку. Персонал медицинского учреждения, в свою очередь, обязуется предоставить пациенту медицинскую помощь должного качества и объёма. Соответственно, повышение качества медицинской помощи должно строиться на двустороннем подходе: предоставление качественной помощи учреждениями здравоохранения и выполнение назначений пациентом.

Сегодня известны два основных аспекта обеспечения качества в здравоохранении: (1) технологический — использование достижений медицинских науки и технологии для решения проблем со здоровьем пациентов; (2) межличностный — использование социальных наук и методов ухода за пациентами, выраженных в форме беседы, внимания к нуждам пациента, сочувствия, разъяснения тех или иных вопросов (например, насколько хорошо пациент и/или его семья понимают, когда и как должно приниматься лекарство, как можно использовать технические средства реабилитации и т.п.).

Сегодняшняя система здравоохранения строится в основном на первом подходе. Включение общественных организаций в процесс обеспечения качества медицинской помощи обеспечивает более широкое внедрение 2-го подхода, который позволяет: во-первых, позволяет плавно внедрять в российскую систему здравоохранения концепцию «ответственного самолечения» (когда ответственным за поддержание состояния здоровья является в том числе пациент, т.к. государство не в состоянии полностью взять на себя заботу о состоянии здоровья своих граждан), во-вторых, улучшать контроль качества медицинской помощи, направленный на обеспечение прав пациентов на получение медицинской и социальной помощи необходимого объёма и надлежащего качества.

Работа с целевой группой пациентов, чье лечение особенно затратно для бюджета, информирование его, активное вовлечение в осуществлении понятных и доступных способов правильного выполнения медицинских назначений и поддержания своего здоровья дают эффект продления активной жизни пациента значительно больший, чем может сделать сегодня только медицина.

Предлагаемый проект ориентирован на развитие института патронажных сестер и общественных экспертов и числа представителей пациентских общественных организаций для повышения качества медико-социальной помощи оказываемой пациентам с тяжелыми хроническими заболеваниями. Необходимо формирование двусторонней системы контроля качества предоставления таким пациентам лекарственного обеспечения, средств технической реабилитации, оказания медицинской помощи на дому. С одной стороны, функции контроля качественного выполнения пациентом получаемых рекомендаций могут исполнять патронажные медсестры, с другой стороны, общественные эксперты могут осуществлять общественный контроль качества предоставления услуг таким больным (корректное формирование заявок на ДЛС, учет

пациентов, составление ИПР, предоставление технических средств реабилитации, оказание помощи в составлении обращения при необходимости и т.п.).

Реализация патронажа по введению в систему контроля качества оказания услуг инвалидам-больным ресурсоемкими заболеваниями структур патронажных медсестер и уполномоченных общественных экспертов позволит, оптимизировать использование государственных средств и повысить социальную активность и качество жизни больных и членов их семей.

Решение проблемы оказания медико-социальной помощи больным рассеянным склерозом возможно лишь при реализации системного подхода, который предусматривает наличие соответствующих материальных основ и соответствующих структур, систем, подсистем с четким определением спектра их действий и функциональных взаимосвязей между ними.

Качество медицинских услуг – сложная категория, которая определяется многими параметрами. Требуется специальная техника управления, чтобы его достичь, основываясь на системном подходе.

Эксперты в области менеджмента качества показывают, что в настоящее время для российского здравоохранения в целом характерен первичный уровень качества, выраженный неупорядоченной системой менеджмента качества и неупорядоченным (нестабильным) качеством.

Методология улучшения качества является многоэтапной. В соответствии с управленческим циклом Деминга-Шухарта или циклом PDCA (где P – план, D – действие, выполнение работы в соответствии с планом, C – контроль, проверка соответствия полученного результата и запланированного, A – коррекции действий в зависимости от полученных результатов) она включает в себя определение проблемы, анализ системы, разработку плана действий, апробирование внесенных изменений в пилотных учреждениях и внедрение в практику здравоохранения.

В данном материале сделана попытка проанализировать основные проблемы и трудности при организации медицинской помощи ресурсозатратной группе пациентов на примере 382 пациентов с рассеянным склерозом с учетом апробированного опыта внедрения систем управления качеством медицинской помощи на основе международных стандартов ИСО серии 9000, с целью поиска возможных путей преодоления существующих негативных процессов и явлений.

В последние годы вопросы качества медицинской помощи с разных сторон привлекают к себе все большее внимание. Эти проблемы беспокоят пациентов, как потребителей медицинских услуг, интересуют общественность, которая несет на себе бремя затрат по обеспечению медико-социальной помощи больным и инвалидам и страховые медицинские компании, перриториальные фонды ОМС и различные государственные структуры, непосредственно оплачивающие медицинские услуги и выступающие гарантом прав пациента. Лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) также заинтересованы в повышении качества, что повышает их конкурентоспособность на рынке медицинских услуг.

Определение понятия «качества медицинской помощи» включает в себя гарантии безопасности медицинских услуг для человека и предполагает повышение эффективности здравоохранения. Кроме того, это важнейший способ сбережения ресурсов. В последние годы отмечается существенное увеличение финансирования системы здравоохранения по разным направлениям: повышение заработной платы медицинских работников, выделение дополнительных средств на подготовку и переподготовку медицинского персонала, улучшение материально-технической базы медицинских учреждений, защищенное государством льготное лекарственное обеспечение отдельных групп пациентов и финансирование высокотехнологичных видов медицинской помощи. Все это способствовало повышению доступности и улучшению качества медицинских услуг.

Однако практика показывает, что одни только финансовые дополнительные

инвестиции не могут кардинально изменить уровень качества медицинской помощи. Как отмечается многими авторами, необходимо повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения и увеличить результативность проводимых реорганизационных мероприятий.

Это становится возможным при использовании новых организационных технологий, принципов и методов управления, изложенных в международных стандартах ИСО серии 9000 и российском ГОСТ Р ИСО 9001. За последние два года наблюдается значительное изменение структуры помощи людям, больным рассеянным склерозом: были приняты отдельные правовые акты, обособливающие выделение средств федерального бюджета на обеспечение граждан, страдающих РС, дорогостоящими медикаментозными средствами; в 2,6 раза увеличены расходные обязательства государства на эту категорию граждан; выделено чуть менее 1 миллиарда рублей на затраты логистики.

До настоящего времени в России отсутствует четкая система выявления и регистрации больных с РС, поэтому показатели заболеваемости этой патологией в несколько раз отличаются друг от друга в разных регионах страны и, в большинстве из них, являются существенно более низкими, чем в развитых западных странах. Ввиду отсутствия в большинстве регионов РФ должного учета больных, не проводится их своевременное выявление и лечение. К тому же, учитывая стоимость патогенетической терапии заболевания, которая измеряется десятками тыс. долларов США в год (в среднем 650000 рублей в год), на большинстве территорий длительное время (до 2005 года) отсутствовали возможности для лечения этих больных, а также система комплексного оказания им медицинских услуг.

При организации качественной медицинской помощи данной группе больных целесообразно опираться на методологические основы оценки качества, разработанные А.Донабедианом. Основополагающей является триада, характеризующая любой технологический процесс и состоящая из следующих компонентов:

- а) структуры,
- б) собственно процесса медицинского обслуживания (технологии),
- с) результатов.

В последнее время, специалисты используют расширительное толкование термина «структура» и включают в него кадровые и материальные (оснащение лечебных учреждений) ресурсы, финансовые, интеллектуальные, информационные, а также организационные технологии.

Результат деятельности системы здравоохранения определяется ее построением, функционированием, порядком взаимодействия всех элементов в соответствии с базисными принципами систем менеджмента качества (СМК), сформулированными в стандартах ИСО серии 9000. Первым базисным принципом СМК является ориентация на потребителя. В соответствии с ГОСТ Р ИСО 9004-2001 «Системы менеджмента качества.

Рекомендации по улучшению деятельности» анализ жалоб и обращений граждан относится к пассивным методам сбора информации и является частью комплексной системы измерения и мониторинга удовлетворенности потребителей медицинских услуг. Это важный канал получения первичной информации, как от потребителей медицинских услуг, так и от медицинского персонала. В настоящее время из-за особенностей финансирования учреждения здравоохранения слабо зависят от потребителей и не стремятся понять их нужды и ожидания. Однако жалобы и обращения пациентов, социологические исследования являются одним из критериев оценки удовлетворенности людей качеством и культурой оказания медицинской помощи.

Например, за 2007 год на «горячую линию» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития РФ (РЗН) и Общероссийскую Общественную Организацию инвалидов – больных рассеянным склерозом (ОООИ-БРС) поступило 2863 жалобы из 57 регионов РФ от граждан, страдающих РС. Все обращения содержали в своей основе проблемы низкого качества оказания медицинской услуги.

Причем, в 63% случаев пациенты обращались по логистическим проблемам обеспечения их дорогостоящими лекарственными средствами. В 32% случаев пациенты обращали внимание на несанкционированное, без объяснения специалистом изменение схемы лечения или отказа в лечении. В 5% случаев поступали жалобы на отсутствие системы оказания помощи больным РС.

Как показывает анализ жалоб и обращений больных РС, основная масса проблем лежит в области взаимоотношений «врач-пациент». Эти взаимоотношения можно разделить на два уровня:

- уровень профессиональной компетентности медицинских работников,
- уровень деонтологического совершенства медицинского персонала.

Уровень профессиональной подготовки медицинских работников, оказывающих помощь больным РС, закладывается во время обучения в медицинском вузе. Но ежедневно объем информации в сфере новых медицинских технологий, методов лекарственного воздействия и способов повышения эффективности организации медицинской помощи увеличивается. Чтобы персонал регулярно получал информацию по использованию новых медицинских средств, материалов, оборудования, технологий, функций и методов обслуживания пациентов требуется постоянное совершенствование знаний и навыков.

Один из ведущих специалистов в области Всеобщего управления качеством У.Деминг выделил два принципа управления качеством. Во-первых, он считает необходимым создание условий для непрерывного образования персонала, в том числе и на рабочем месте. Вторым принципом является поощрение образования и самосовершенствования.

Неисполнение этих принципов отрицательно влияет на качество оказания медицинских услуг.

Многие ученые называют следующие проблемы, препятствующие реализации указанных принципов: низкий уровень информатизации отрасли здравоохранения; трудности при освоении медицинскими работниками методов, с помощью которых можно получать, перерабатывать и использовать новую информацию; отсутствие мотивации врачей-наставников и патронажных сестер-наставниц в качественном обучении молодых специалистов; отсутствие объективного и жесткого контроля знаний студентов и врачей и сестринского персонала.

Одним из наиболее значимых среди факторов, негативно влияющих на качество услуг – низкий уровень материально-технической базы здравоохранения. Износ основных фондов составляет в среднем 58,8%, в том числе медицинского оборудования – 64%.

Социологическое исследование, проведенное в г.о.Тольятти СМК «АСКО-ВАЗ» показало, например, что 70% врачей стационаров и 73% врачей амбулаторно-поликлинического звена не удовлетворены оснащенностью в работе инструментарием, оборудованием, необходимым объемом медикаментов.

В современных условиях медицинская помощь даже одному больному редко оказывается одним врачом. Лечебно-диагностический процесс функционально объединяет несколько подразделений, в нем участвуют разные организационные структуры. К ведению пациента привлекаются консультанты, сотрудники диагностических служб, лаборатории, медсестры, медицинские работники физиотерапевтических, реабилитационных отделений и т.п. Каждый вносит вклад в процесс оказания медицинской помощи, и каждый может повлиять на ожидаемый результат лечения.

В то же время, в проведенном нами социологическом исследовании в случайно выбранных ЛПУ проблемы взаимодействия с другими лечебными учреждениями отметили 40% врачей, а трудности во взаимодействии внутри одного лечебного учреждения – 53% врачей амбулаторного звена и 36% врачей стационаров.

Необходимым условием процессного подхода является идентификация и описание всех существующих процессов, их иерархия и взаимосвязь. Организация четкой

преемственности и координации деятельности всех специалистов и подразделений медицинской системы – задача менеджеров.

Цель менеджмента – создание системы, предотвращающей возникновение ошибок и отклонений от стандартов. Поэтому очень актуальной становится разработка клинко-организационных руководств, направленных не только на регламентацию диагностических и лечебных манипуляций, но и четко определяющих процессы взаимодействия между лечащим врачом и другими медицинскими работниками, участвующими в процессе диагностики и лечения, вопросы этапности и преемственности при оказании медицинской помощи, которые в специальной медицинской литературе, к сожалению, практически не отражаются. А между тем около 10% врачебных ошибок лежит в сфере преемственности.

Считается, что способствовать непрерывности лечебно-диагностического процесса на разных этапах оказания медицинской помощи, в разных лечебных учреждениях, возможно и силами ассоциаций врачей, объединяющих специалистов разного профиля, работающих в разных учреждениях и организациях, а в случае оказания качественной медицинской помощи больным РС речь может идти об экспертных медицинских советах, объединяющих узких специалистов, практикующих именно в области РС. Напрямую с одним из принципов менеджмента, который называется «процессный подход», связан другой принцип – «системный подход». Системный подход (например, к управлению) – это управление организацией как единой системой взаимосвязанных процессов, где любое управленческое воздействие на один процесс неизбежно повлечет за собой изменения в других процессах. При этом одной из главных задач менеджеров здравоохранения является определение приоритетных процессов, тех от которых зависит качество последующих (выходные данные), и которые диктуют требования к качеству предыдущих процессов (входные данные). Стандартизация этих процессов, обеспечение их ресурсами и контроль их результатов могут существенно изменить качество оказания медицинской помощи. При оказании медицинской помощи больным РС таким процессом является непосредственно лечебно-диагностический процесс, определяющий взаимодействие врача и пациента.

Эффективные управленческие решения, направленные на повышение качества медицинской помощи должны основываться не на интуиции руководителя, а на объективном анализе статистических данных и правильной их интерпретации. Выбор критериев, позволяющих определить качество оказания медицинской помощи в определенном медицинском учреждении, у определенного врача, на определенной территории, отдельному больному является сложной задачей. Традиционные параметры, отслеживаемые в настоящее время, такие как заболеваемость, смертность, инвалидность, уровень госпитализации и другие, приводят к традиционному управлению лечебно-диагностическим процессом.

Задачей сегодняшнего дня становится выбор ключевых параметров, требующих пристального внимания, таких, как например, «качество жизни, связанное со здоровьем», для оценки эффективности лечения и последующей реабилитации больных РС. Качество жизни, связанное со здоровьем, может показать, каким образом физическое, эмоциональное и социальное благополучие больного изменяется в результате лечения. Если мы хотим создать объективные условия для удовлетворенности пациента от взаимодействия с медицинской системой, информация об изменениях параметров качества жизни должна стать обязательным инструментом в руках медицинских работников.

Поиск и мониторинг таких параметров потребует изменения методов управления в здравоохранении. Однако, цикл Деминга-Шухарта не может быть реализован без статистических методов контроля. Какие же методы контроля могут применяться в настоящее время для определения уровня качества оказания медицинской помощи больным РС?

По определению П.А.Воробьева, медицинская услуга – это мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболевания, их диагностику, лечение или реабилитацию, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость, например, осмотр невролога, компьютерная томография, анализ крови, инъекция и т.п. Качество оказания медицинской услуги, как простой, так и сложной и комплексной, подразумевает, что медицинский работник имеет высокий уровень квалификации и выступает гарантом качества услуги. Сама же услуга должна соответствовать жестким стандартам и ожиданиям пациента, как субъективным, так и объективным.

Качество медицинской услуги могут оценивать как специалисты, так и потребители этих услуг путем сравнения с существующими стандартами.

Характеристиками качества услуги могут выступать: эффективность, безопасность, научно-технический уровень, профессиональная компетенция медицинского работника и удовлетворенность пациента.

В отличие от медицинских услуг, успешно разрешающих частные аспекты диагностики и лечения, лечебно-диагностический процесс имеет дело с патологией целостного организма, окрашенной в неповторимо индивидуальный тон, с особенностями его компенсаторных процессов, а клиницист – не только с болезнью, но и с человеческой личностью, по-своему преломляющей эту болезнь.

Врач должен уметь выбирать из множества существующих диагностических, лечебных методик, манипуляций и медикаментов те, которые, во-первых, необходимы пациенту, максимально эффективны и безопасны, а во-вторых, доступны и оптимальны с точки зрения расходования имеющихся ресурсов здравоохранения. Логика действий врача при выборе того или иного решения также может сравниваться со стандартами и быть субъективно оценена экспертами – специалистами того же профиля с уровнем квалификации не ниже, чем у лечащего врача, но объективных критериев оценки данного процесса в настоящее время не существует.

Характеристиками качества лечебно-диагностического процесса можно считать уровень квалификации врача, результативность, эффективность, адекватность и научно-технический уровень.

В проведенном нами исследовании визуализировалась разница в состоянии пациентов с РС, чьи лечащие врачи по месту жительства в различной степени информированы о методах ведения своих пациентов. Учитывая, что уровень образованности врачей-неврологов на территории проведения данных мероприятий достаточный, было решено сравнивать пациентов с РС, получающих различные виды лечения (329 человек) и людей с РС, не получающих в силу каких-либо причин медицинского лечения (54 человека).

Изучение характера терапии 329 больных РС, зарегистрированных в ЛПУ в 2007-2008 гг., показало, что практически все из них получали симптоматическое лечение, большинство (87,2%) – физиотерапию и гормонотерапию (79,3%). Доля случаев назначения современных препаратов патогенетического воздействия колебалась от 3% (ребиф, авонекс) до 14,9% (копаксон, бетаферон). Каждый седьмой пациент (14,2%) получал пульс-терапию, а каждому пятому (19,1 %) проводилась гипербарическая оксигенация.

Выявлено, что наиболее активно лечились пациенты с незначительными функциональными изменениями и с функциональными нарушениями средней степени выраженности. Препараты патогенетического действия назначались только указанному контингенту больных, гормонотерапия – всем больным, за исключением наиболее «тяжелых» (при степени функциональных нарушений, оцениваемых в 6-8,5 баллов – только 22,9 % пациентов, в то же время при более легких нарушениях – подавляющему большинству из них). Только при минимальных нарушениях не назначалась симптоматическая терапия. Все больные с функциональными нарушениями в 1-5,5 и

более 8,5 баллов получали физиотерапию (при оценке до 1 балла их доля составляла 72,7%; при оценке 6-8,5 баллов – 60,9%). Доля получивших гипербарическую оксигенацию была выше при небольшой степени выраженности функциональных нарушений; составляла 16,8% при средней степени выраженности и только 1,1% – при наличии значительных нарушений (наиболее «тяжелым» пациентам данное лечение не проводилось).

Почти все (95,7%) пациенты получали льготные медикаменты (не получавшие их были только среди больных с отсутствием – 57,1% и легкой степенью неврологического дефицита – 42,9%). Среди получавших таковые все пациенты получали медикаменты в рамках Государственных программ (по рецептам) Минздрава РФ - 66,5%; по программе медицинского университета - 12,2%; по программам Администрации области - 21,3% .

Среди пациентов, наблюдаемых (состоящих на учете) в специализированном центре помощи больным РС (СЦПБРС), более половины (53,2%) консультировались ежеквартально (в основном – это больные, получающие дорогостоящие препараты), а 4,9% - чаще одного раза в квартал (среди больных с легкой степенью тяжести показатель достигал 31,2%, со средней – даже 37,5%).

Большая часть пациентов (86,3%) получала реабилитационные услуги, в т.ч. 64,7% - не реже одного раза в год; 21,6% - 2 раза в год. Не направлялись в СЦПБРС больные с отсутствием неврологического дефицита и с крайней степенью его выраженности, а также 14,5% - с легкой степенью тяжести и 4,3% - с тяжелыми изменениями. Доля получивших реабилитационные услуги 2 раза в год составляла 27,8% при легких; 24,8% при средних; 18,5% - при тяжелых функциональных нарушениях.

Оценка эффекта проведенных реабилитационных мероприятий по динамике суммы баллов в шкале EDSS показала, что положительные изменения имели место в большинстве (79,9%) случаев; в 12,2% динамика отсутствовала; а в 4,9% она носила негативный характер. Как и следовало ожидать, в целом, с увеличением тяжести заболевания эффект от проведенной терапии был менее ощутим. Однако указанная зависимость не вполне прямолинейна. Так, например, в группе больных с отсутствием нарушений процент отрицательных результатов вдвое выше, чем в случае наличия тяжелых нарушений. Видимо, это связано с недостаточным вниманием к данной группе пациентов и свидетельствует о необходимости усиления терапевтического воздействия в данной группе пациентов, то же справедливо в отношении группы больных со средней степенью тяжести, эффективность лечения которых ниже, чем среди больных с тяжелыми функциональными нарушениями.

При этом в группе больных РС, не получающих никакого лечения, отмечалось нарастание неврологического дефицита, увеличение числа обострений. Субъективно положительный эффект от терапии ощущали большинство (79,9%) пациентов. В 12,2% случаев таковой отсутствовал, а 4,9% больных отметили у себя негативную динамику. У пациентов, не получающих терапию, только 2,3% настаивали на улучшении своего состояния, 5,4% чувствовали себя относительно стабильно, у остальных 92,3% было отмечено ухудшение самочувствия.

Приведенные данные показывают существенное отличие ожидаемых и полученных результатов между двумя группами пациентов, имеющих одинаковый диагноз, но разное качество оказанной медицинской помощи. Кроме того, полученные результаты доказывают эффективность и оправданность создания и функционирования новых организационных форм оказания медико-социальной помощи больным с РС, которые не только позволяют оказать эту помощь наиболее квалифицированно и в максимально возможном объеме, но и оказывать ее системно, централизовав на основе мониторинга за пациентами все виды помощи.

Чтобы изменить уровень качества медицинской помощи больным РС, необходимо не только увеличивать объем финансирования отрасли и данного направления медицины, но и изменить систему менеджмента, активно используя новые организационные

технологии, принципы и методы управления международных стандартов ИСО серии 9000 и российском ГОСТ Р ИСО 9001, в частности процессный и системный подходы к управлению медицинскими учреждениями.

Отставание в области кадровых, гуманитарных технологий от организационных и производственных приводит к несоответствию достижений медицинской науки возможностям практической системы здравоохранения и ожиданиям пациента. Существует необходимость изменения системы подготовки врача, путем создания условий для непрерывного образования и мотивации для повышения уровня профессиональной компетентности.

Большинство дефектов оказания медицинской помощи возникает в сфере взаимодействия между структурными и организационными подразделениями одного медицинского учреждения и между учреждениями. Устранение барьеров между ними путем создания экспертных групп и специализированных центров и разработки этими группами стандартов, протоколов или алгоритмов действия в рамках одного процесса может существенно изменить качество медицинской помощи без дополнительных финансовых вливаний.

Ориентация на потребителя является главным принципом управления и обеспечения качества медицинской помощи. Социологические исследования, анализ жалоб и обращений граждан являются не только механизмом обратной связи между менеджерами и пациентами, но и основным источником информации о состоянии системы, ее слабых и сильных сторонах. Эта информация должна стать одним из главных инструментов менеджеров здравоохранения при планировании изменений процессов и системы в целом. Важно не превращать эту информацию в досье на врача с целью его наказания.

Комплексная система оказания медико-социальной помощи в России для данной категории больных по существу отсутствует; помощь, оказываемая со стороны различных государственных и негосударственных учреждений и организаций, носит разобщенный характер, что снижает ее медико-социальную и экономическую эффективность. Интеграция усилий всех заинтересованных структур и реализация системного подхода в проведении лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий обеспечивает достижение значительного положительного эффекта: по данным динамического наблюдения положительная динамика функционального статуса пациентов по шкале EDSS отмечается в большинстве (79,9%) случаев.

Все приведенные данные получены с участием патронажной сестринской службы.

Делая короткое **резюме**, хочется указать, что организация службы социально-патронажной помощи инвалидам и людям, страдающим рассеянным склерозом на территории Российской Федерации включает широкий спектр мероприятий, которые включают, но не ограничиваются, следующими мероприятиями:

- Информационная поддержка больных рассеянным склерозом (далее РС) и их родственников касательно особенностей терапии РС как по запросу больных и их родственников, так и путем проактивного регулярного посещения больных, регулярных телефонных контактов с больными и их родственниками. Доведение до сведения больных информации о наиболее целесообразном образе жизни при РС; Данные мероприятия осуществляются силами НКО, включая патронажных сестр и руководителя проекта.
- Контроль обеспечения больных необходимыми лекарственными препаратами и средствами ухода. Информирование больных РС об установленных процедурах получения препаратов и средств ухода. Мониторинг изменений соответствующего законодательства и своевременное информирование о таких изменениях больных РС и их родственников;
- Обсуждение с больными необходимости проведения долгосрочной терапии для достижения наилучших результатов в купировании периодов обострения;
- Обеспечение больных литературой, касающейся лечения и профилактики РС;

- Оценка оказания медицинской (в том числе лекарственной) и социальной помощи пациентам с РС на территории РФ путем ведения региональных баз данных пациентов, получающих терапию препаратами для лечения РС и отслеживания внедрения различных лечебных моделей в регионах;
- Организация круглых столов для больных РС и их родственников с участием специалистов, работающих в области лечения и профилактики РС. Организация досуга больных для улучшения их психологического состояния;
- Оценка качества медико-социальной помощи больным РС на территории РФ путем сбора и анализа поступающих жалоб от пациентов;
- Мониторинг услуг, необходимых для больных РС;
- Содействие организации сети специализированных региональных центров для оказания помощи больным РС;
- Учет больных РС с целью профилактики обострения указанного недуга и оказания больным необходимой помощи.

МАТЕРИАЛЫ ПРОГРАММЫ «ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СОЦИАЛЬНЫХ ПОМОЩНИКОВ»

Деятельность специалиста по социальной работе.

Профессии «социальный работник», «социальный педагог» и «специалист по социальной работе» официально зарегистрированы в российских государственных документах в марте – апреле 1991 году и созданы для решения социальных проблем человека и общества, в их числе:

- Социальные и психологические конфликты, кризисные, стрессовые ситуации;
- Эмоциональные и психологические проблемы;
- Нужда и бедность;
- Алкоголизм и наркомания;
- Насилие и дискриминация;
- Национальные проблемы и миграция;
- Преступление и правонарушение;
- Безработица и профессиональная адаптация;
- Жилищная проблема;
- Опекунство, попечительство, усыновление;
- Родительская жестокость и другие.

В настоящее время профессия социального работника и ее мастерство остро востребованы. Нужен, по сути, специалист широкого профиля, владеющий основами юридических, медицинских, психологических знаний. Таким специалистом является социальный работник, в основные трудовые операции которого входит:

- Сбор и анализ информации о личности;
- Диагностика микросреды;
- Прогноз дальнейшего развития и социализации личности;
- Профилактика и социальная терапия негативных явлений окружающей среды;
- Организационно-коммуникативная педагогизация среды;
- Охранно-правовая защита;
- Образовательно-воспитательные задачи;
- Составление и ведение документации;
- Работа с педагогическим коллективом.

Теперь это стало реально, но возникла новая проблема – угроза дискредитации профессии.

Руководители учреждений, определяя должностной круг обязанностей социального работника, исходят из потребностей своего учреждения. Но, как это часто бывает, пытаются охватить все предметное поле профессии. Поэтому широко распространилась практика «латания дыр». Задача же специалиста социальной работы не в этом, она звучит так:

«Своевременно выявить возникающие проблемы в сфере ближайшего окружения; понять и устранить причины, порождающие их; обеспечить профилактику различных негативных явлений, могущих выявиться в микросреде». При этом социальный работник не должен ждать, когда к нему обратятся за помощью. В этически допустимой форме он сам «выходит на контакт» с человеком и его семьей.

Проблемное поле социальной работы огромно и вбирает в себя все многообразие жизненных ситуаций и коллизий людей разных возрастов и социального положения. Проблемное поле социального работника конкретного учреждения формируется на основе реального социального заказа, специфики контингента учреждения, его ведомственной подчиненности, типа и вида, а также профессионального багажа специалиста.

Для каждого учреждения нужен особый подход, так, например, в сельской средней школе на 100 учащихся приходится 8 детей, имеющих поведение называемое дезадаптивным, в социально-реабилитационном центре эта цифра значительно выше, она

составляет 24 из 100 по результатам анкетирования, здесь и проявляется специфика работы социального работника в различных учреждениях.

В своей практике специалист социальной работы выполняет различные социальные роли. Прежде всего, он – посредник в контексте: «человек – семья – общество», связующее звено между гражданином и государственно-социальными слоями, призванными заботиться о гражданине.

Одновременно работник социальной сферы – защитник интересов человека, защитник его прав и прав каждой семьи.

Также, социальный работник должен быть участником совместной деятельности, ведущим организатором этой деятельности. Он своеобразный духовный наставник, который как бы ведет человека и его семью, на протяжении продолжительного времени осуществляет психологическое сопровождение, заботится о формировании общественных ценностей в социуме.

Одновременно он и социальный терапевт, предотвращающий и разрешающий конфликтные ситуации своих подопечных.

Профессиональный портрет социального работника в трудовой деятельности.

Прежде чем рассматривать специфику социальной работы как формы практической деятельности и профессиональный портрет социального работника, следует определить, что понимается под деятельностью.

В научной литературе термин "деятельность" имеет весьма широкое распространение: "деятельность рек", "высшая нервная деятельность". Гегель, как известно, употреблял термин "деятельность" по отношению к движению. В философии термин "деятельность" обозначает понятие инструмента изучения общественной жизни в целом, отдельных ее форм, исторического процесса. Но и в этом случае происходит не однозначное его толкование: деятельность - это информационно направленная активность живых систем, обеспечивающая их самоподдержание (Э. Маркарян), деятельность есть проявление социальной активности (Г. Арефьева) и др.

Рассматривая содержание и структуру социальной работы как вида деятельности с одной стороны, надо исходить из общепринятой философской и психологической трактовки деятельности, с другой, учитывать специфические особенности и факторы, характеризующие ее. В трудах Л. П. Буевой деятельность определяется как способ существования и развития общества и человека, всестороннего процесса преобразования им окружающей природной и социальной реальности, включая его самого, в соответствии с его потребностями, целями и задачами. Среди основных признаков деятельности она выделяет следующие: целенаправленность, преобразующий и созидательный характер, предметность, детерминированность общественным условиям, обмен деятельностью, общение действующих индивидов.

В исследовании Кагана М.С. дан морфологический анализ деятельности (преобразовательная, ценностно-ориентационная, коммуникативная деятельность).

Автор выделяет три основных элемента деятельности: субъект, который направляет свою активность на объекты или другие субъекты; объект, на который направлена эта активность; сама активность, которая выражается в установлении субъектом коммуникативного взаимодействия с другими.

По Ананьеву Б.Г., деятельность имеет многоуровневый характер: во-первых, целостной деятельности, как исторически сложившейся системы программ, операций и средств производства материальных и духовных ценностей общества; во-вторых, отдельного акта - действия, включающего в себя цель, мотивы ее выдвижения и способы достижения; в-третьих, макродвижений, из которых посредством опредмечивания и построения программ строятся действия; в-четвертых, макродвижений, из которых строятся макродвижения. В этом случае первые два уровня соответствуют рассмотрению деятельности человека как субъекта, социального существа, как личности, а последние

уровниопределяют деятельность человека как природного индивида.

Разнообразие подходов к рассмотрению понятия деятельности и толкования самого термина способствует появлению множества оснований для классификаций различных форм и типов деятельности. В частности, в основу классификации часто кладется объект деятельности. Исходя из этого основания, можно говорить о правовой деятельности, медицинской, производственной и т.д.

Если это основание мы включим в систему социального пространства, где существуют различные формы деятельности, целью которых является оказание помощи индивидам или социальным группам по решению их самых разных проблем, то в этом случае выделится социальная деятельность, целью которой является оптимизация осуществления субъектной роли людей во всех сферах жизни общества и процесс совместного удовлетворения потребностей поддержания жизнеобеспечения и деятельного существования личности. Этой деятельностью и является социальная работа.

Социальный работник осуществляет ряд конкретных видов деятельности. К ним мы относим: психологическую, педагогическую, организаторскую, управленческую и др. Но при этом надо иметь в виду, что тот или иной вид деятельности преобладает в зависимости от основных функций того или иного социального специалиста.

К основным целям социальной работы как профессиональной деятельности можно отнести следующие:

- 1) увеличение степени самостоятельности клиентов, их способности контролировать свою жизнь и более эффективно разрешать возникающие проблемы;
- 2) создание условий, в которых клиенты могут в максимальной мере проявить свои возможности и получить все, что им положено по закону;
- 3) адаптация или реадaptация людей в обществе;
- 4) создание условий, при которых человек, несмотря на физическое увечье, душевный срыв или жизненный кризис, может жить, сохраняя чувство собственного достоинства и уважение к себе со стороны окружающих;
- 5) и как конечная цель - достижение такого результата, когда необходимость в помощи социального работника у клиента отпадает.

Социальная работа как практическая деятельность, в главном, как раз и направлена на поддержание, развитие и реабилитацию индивидуальной и социальной субъектности, которые в единстве характеризуют жизненные силы человека.

Реализатором целей социальной работы является социальный работник, прошедший специальную подготовку для осуществления различных функций, начиная от "линейной" работы с клиентом и кончая управленческой деятельностью в государственных ведомствах.

Социальная работа - это сложный процесс, требующий прочных знаний в области теории управления, экономики, психологии, социологии, педагогики, медицины, правоведения и т.д. Ее эффективность во многом зависит от самого социального работника, его умений, опыта, личностных особенностей и качеств.

Профессиональные качества социального работника рассматриваются как проявление психологических особенностей личности, необходимых для усвоения специальных знаний, умений и навыков, а также для достижения существенно приемлемой эффективности в профессиональном труде.

Для описания социального работника можно избрать язык способностей как проекцию определенных черт личности, отвечающих требованиям социальной деятельности и определяющих ее успешность, может быть, следующих: умение слушать других; понимать их; самостоятельность и творческий склад мышления; быстрая и точная ориентировка, организаторские способности, моральные качества и др.

Сформулирован оптимальный набор личностных качеств, необходимых социальному работнику, таких как ответственность, принципиальность,

наблюдательность, коммуникабельность, корректность (тактичность), интуиция, личностная адекватность по самооценке и оценке других, способность к самообразованию, оптимистичность, мобильность, гибкость, гуманистическая направленность личности, сочувствие к проблемам других людей, терпимость.

Таким же образом выявлены психологические "противопоказания" к социальной работе. К ним относятся: отсутствие интереса к другим людям (эгоизм), вспыльчивость, резкость суждений, категоричность, несобранность, неумение вести диалог с оппонентом, конфликтность, агрессивность, неумение воспринимать чужую точку зрения на предмет.

Не каждый человек пригоден для социальной работы; основным оп-ределяющим фактором здесь является система ценностей кандидата, которая в конечном счете определяет его профессиональную пригодность и эффективность практической деятельности. Представление об абсолютной ценности каждого человеческого существа переходит здесь из разряда философского понятия в категорию базисного психологического убеждения как основы всей ценностной ориентации индивида.

Социальная работа была и остается одной из самых трудных профессий. Она не всегда адекватно воспринимается общественным мнением. Но социальная работа является одним из самых одухотворенных и благородных видов деятельности человека.

Стиль поведения социального работника, обусловленный совокупностью его личностных качеств, его ценностными ориентациями и интересами, оказывает решающее воздействие на систему отношений, которую он формирует не только с клиентами, но и со своими коллегами, подчиненными и начальством.

Раскрывая личностные качества социального работника, Холостова Е.Н. разделяет их на три группы:

- 1) психологические характеристики, являющиеся составной частью способности к данному виду деятельности;
- 2) вторая - психолого-педагогические качества, ориентированные на совершенствование социального работника, как личности;
- 3) третья - психолого-педагогические качества, направленные на создание эффекта личного обаяния.

В работе с людьми, как правило, психологические требования бази-руются на собранности и внимательности, понимании другого, проявлении таких волевых качеств, как терпение, самообладание и т.д. Без этих, ведущих для данной профессии, характеристик психики невозможна эффективная работа.

Как показывает зарубежный опыт, от социального работника ожидается очень много. В соответствии со «Стандартами классификации практической социальной работы в США» ему необходимо иметь представление о:

- теории и методике работы с отдельным клиентом и их группой;
- ресурсах и услугах, предоставляемых обществом (общиной);
- программах и целях социальных служб, как в штате, так и на федеральном уровне;
- организации местной инфраструктуры и развитию служб здравоохранения и социального обеспечения;
- основах социально-экономической и политической теории;
- расовых, этнических и других культурных группах в обществе (их морально-нравственных ценностях, жизненных укладах и вытекающих отсюда проблемах);
- результатах профессиональных и научных исследований, которые можно использовать в практической работе;
- концепциях и методах социального планирования;
- теории и практике проведения наблюдений, в частности, за прак-тической социальной работой;
- теории и практике управления персоналом;

- социальных, психологических, статистических исследовательских методов и методиках;
- теории и концепции управления службами социальной защиты населения;
- факторах окружающей среды и общества, влияющих на клиента;
- теориях и методах психосоциальной оценки различных видов и форм вмешательства со стороны социальных служб, а также дифференциальном диагнозе состояния клиента;
- теории и практике организационных и социальных систем и методов поощрения улучшения их работы;
- теории и методах адвокатской практики;
- этических стандартах и практике профессиональной социальной работы;
- теории и методах преподавания и обучения;
- тенденциях в проводимой политике социальной защиты населения;
- законах и постановлениях на местном, федеральном уровнях, а также на уровне штатов, влияющих на различные виды социальных услуг.

В Финляндии социальный работник обязан проводить в жизнь следующие принципиальные установки.

1. Быть корректным.
2. Помогать клиенту избавиться от комплекса неполноценности.
3. Обеспечивать свободу выбора.
4. Конфиденциальность.
5. Превентивный характер.
6. Поощрение самостоятельности.

Социальные работники заняты разными видами деятельности при исполнении своих профессиональных функций. Их работа характеризуется тремя подходами при решении проблемы:

- воспитательный подход - выступает в роли учителя, консультанта, эксперта. Социальный работник дает советы, обучает умению, моделированию и демонстрации правильного поведения, устанавливает обратную связь, применяет ролевые игры, как метод обучения;
- фасилитативный подход - осуществляет роль помощника, сторонника или посредника в преодолении апатии или дезорганизации личности, когда ей это сделать самой трудно. Деятельность социального работника при таком подходе нацелена на интерпретацию поведения, обсуждение альтернативных направлений деятельности и действий, объяснение ситуаций, подбадривания и нацеливания на мобилизацию внутренних ресурсов;
- адвокативный подход применяется тогда, когда социальный работник выполняет ролевые функции адвоката от имени конкретного клиента или группы клиентов, а также помощника тех людей, которые выступают в роли адвоката от своего собственного имени, такого рода деятельность включает в себя помощь отдельным людям в выдвижении усиленной аргументации, подборе документально обоснованных обвинений.

Исследования российских ученых, а также практика позволили выделить несколько групп умений для специалиста по социальной работе. Среди них выделим несколько групп.

Когнитивные умения. Квалифицированный социальный работник должен уметь:

- анализировать и оценивать опыт, как свой, так и других;
- анализировать и выявить проблемы и концепции;
- применять на практике свои знания и понимание проблем;
- применять на практике исследовательские находки.

Коммуникативные умения. Квалифицированный социальный работник должен быть в состоянии:

- создавать и поддерживать рабочую обстановку и атмосферу;
- выявлять и преодолевать негативные чувства, которые влияют на людей и на него самого;
- выявлять и учитывать в работе различия личностного, националь-ного, социального и культурно-исторического характера;
- распознавать и преодолевать в отношениях с людьми агрессию и враждебность, минимизировать ярость с учетом риска для себя и для других;
- содействовать предоставлению физической заботы нуждающимся и престарелым;
- наблюдать, понимать и интерпретировать поведение и отношения между людьми;
- общаться вербально, невербально и письменно;
- организовывать и брать интервью при различных обстоятельствах;
- вести переговоры, выступать по радио, действовать в коллективе с другими социальными работниками;
- ставить себя в роль адвоката своего клиента.

Конструктивные умения. Квалифицированный социальный работник должен быть в состоянии:

- вырабатывать решения с индивидами или, при необходимости, от их имени, с семьями, группами или от их имени;
- выделять решения, требующие предварительного согласования с другими специалистами;
- действовать в алгоритме выработки решения;
- вырабатывать решения, предусматривающие сотрудничество с другими учреждениями, ведомствами, профессионалами.

Организаторские умения. Квалифицированный социальный работник должен быть в состоянии:

- нести четкие и лаконичные записи;
- проводить политику службы относительно конфиденциальности и надлежащего подхода к делу;
- готовить доклады и докладывать;
- организовывать, планировать и контролировать работу;
- добывать информацию с помощью доступной технологии;
- исследовать и распознавать потребности в услугах;
- расширять сферы своих услуг;
- использовать физическое окружение, окрестности дома, микрорайона, учреждения для улучшения качества жизни живущих или работающих в нем;
- оценивать и творчески использовать ресурсы учреждения и социальных коммуникаций.

Социальный работник должен владеть немалым арсеналом профессиональных умений, навыков, обладать глубокими знаниями в области наук о человеке: психологии, акмеологии, социологии, педагогики, права, чтобы выступать достойным реализатором целей социальной работы. Знания и умения социального работника в сочетании с соответствующими личностными качествами подлежат оценке при помощи соответствующих методов, что способствует более эффективному выполнению профессиональной деятельности.

Технологии социальной работы.

Выполняя различные социальные роли, специалист социальной работы реализует следующие функции:

Образовательно-воспитательную – специалист обеспечивает целенаправленное педагогическое влияние на поведение и деятельность детей и взрослых, содействует

образовательной и воспитательной работе всех социальных институтов в зоне своего профессионального влияния: семьи, образовательных учреждений, трудовых коллективов, средств массовой информации, религиозных организаций и общественных объединений;

Диагностическую – специалист ставит «социальный диагноз», изучает психологические и возрастные особенности, способности человека, вникает в мир его интересов, круг общения, условия его жизни, выявляет позитивные или негативные влияния, проблемы;

Организаторскую – специалист организует ту или иную общественно ценную деятельность детей и взрослых, помогает в трудоустройстве, профессиональной ориентации и адаптации, координирует деятельность подростковых и молодежных объединений, влияет на взаимодействие клиента с медицинскими, Образовательными, культурными, спортивными, правовыми учреждениями, общества и благотворительными организациями, обеспечивает реализацию планов, проектов и программ;

Прогностическую – специалист участвует в разработке планов, программ и прогнозов социального развития микрорайона и конкретного микросоциума, деятельности различных институтов, разрабатывает социально-педагогическую программу развития личности конкретного ребенка, схемы и алгоритмы решения конкретных социально-педагогических задач;

Профилактическую и социально-терапевтическую – специалист участвует и приводит в действие социально-правовые, юридические и психологические механизмы предупреждения и преодоления негативных влияний, организует социально-терапевтическую помощь нуждающимся, обеспечивает защиту прав человека в обществе, оказывает помощь подросткам и молодежи в период социального и профессионального самоопределения;

Организационно-коммуникативную – специалист способствует включению добровольных помощников, населения в социальную работу, в совместный труд и отдых, деловые и личные контакты, сосредоточивает информацию и налаживает взаимодействие между различными социальными институтами в их работе с клиентом;

Охранно-защитную – специалист использует весь арсенал правовых норм для защиты интересов клиентов, содействует применению мер социального принуждения и юридической ответственности в отношении лиц, допускающих прямые или опосредованные противоправные воздействия на клиента;

Посредническую – специалист осуществляет связи между семьей, образовательными учреждениями, ближайшим окружением, официальными инстанциями в интересах ребенка.

Будучи сотрудниками соответствующих служб, социальные работники должны чувствовать себя в первую очередь лидерами социально уязвимых групп населения.

Для того чтобы профессионально реализовать призвание, необходимо знать, как люди развиваются, взаимодействуют, изменяются, учитывать специфику реагирования на трудности, проблемы, общественные условия жизни отдельных людей, а также уметь тонко сочетать методы убеждения и принуждения со стимулированием собственной активности людей, с раскрытием возможностей их внутреннего потенциала и компенсаторных возможностей.

Требуется не только отказ от авторитарных методов работы, но и подлинная вера в то, что каждый человек имеет право и способен сам достаточно успешно строить свою жизнь во всем многообразии ее проявлений.

Сформировалась концепция социальной службы, включающая наиболее общие положения, на основе которых создаются многочисленные варианты и модели, различающиеся по способам и средствам реализации в конкретных национально-региональных и местных условиях. Основным, базовым положением общей модели социальной службы является построение ее структур и применение технологий на основе территориального принципа, максимального приближения к семье, сфере

взаимоотношений и общения людей разного возраста, профессии, поколений, взрослых и детей.

Таким образом, сфера деятельности социального работника многогранна, многофункциональна и востребована обществом.

Поиски путей решения проблем, возникающих в пределах и за пределами учебно-воспитательного процесса, привели к необходимости введения новых должностей для решения задач воспитания, развития и социализации личности. В школе появились такие профессии, как педагог-психолог, педагог дополнительного образования, освобожденный классный воспитатель, социальный педагог. У каждого из них своя квалификационная характеристика, своя роль, свое место в образовательном процессе.

Можно выделить следующие направления социально-педагогической работы в образовательном учреждении:

Помощь семье в решении проблем, связанных с учебой, воспитанием, присмотром за ребенком;

Помощь ребенку в устранении причин, негативного влияния на его успеваемость и посещение учреждения;

Привлечение детей, родителей, общественности к организации и проведению социально-педагогических мероприятий, акций;

Распознавание, диагностирование и разрешение конфликтов, проблем, трудных жизненных ситуаций, затрагивающих интересы ребенка, на ранних стадиях развития с целью предотвращения серьезных последствий;

Индивидуальное и групповое консультирование детей, родителей, педагогов, администрации по вопросам разрешения проблемных ситуаций, конфликтов, снятия стресса, воспитанию детей в семье и тому подобное;

Выявление запросов, потребностей детей и разработка мер помощи конкретным учащимся с привлечением специалистов из соответствующих учреждений, организаций;

Помощь педагогам в разрешении конфликтов с детьми, в выявлении проблем в учебно-воспитательной работе и определение мер по их преодолению;

Проектирование, разработка планов и программ по различным направлениям деятельности образовательного учреждения;

Пропаганда и разъяснения прав детей, родителей, педагогов;

Решение практических вопросов обеспечения учебно-воспитательной работы за пределами расписания учебных занятий.

Вся деятельность социального работника должна способствовать созданию обстановки психологического комфорта и безопасности личности подопечного, обеспечению охраны жизни и здоровья гражданина, установлению гуманных, нравственно здоровых отношений в социальной среде.

Профессиональная успешность социального работника определяется результативностью его деятельности и ее общественным признанием. Для успешного взаимодействия социальный работник должен обладать следующими качествами:

- Веселый характер;
- Умение помочь;
- Дружелюбие;
- Вежливость;
- Справедливость;

и именно в этой последовательности.

Но не только от этого зависит успешность деятельности специалиста социальной работы, она зависит и от условий труда, здесь важны:

1. Наличие должностных обязанностей, составленных с учетом специфики учреждения;

2. Четкое и ясное информирование о должностных обязанностях специалиста социальной работы – (должна быть у всех членов педагогического коллектива, а не только

у администрации и самого специалиста социальной работы);

3. График работы с учетом времени на связи во внешнем реабилитационном пространстве;

4. Собственный кабинет;

5. Средства на методическую литературу;

6. Возможность профессионального роста;

7. Адекватная оплата труда;

8. Адекватный социальный статус.

Содержание деятельности социального работника необъятно, однако автором работы сделана попытка обозначить основные направления его деятельности.

Из всего вышесказанного следует, что:

1. Деятельность социального работника многообразна и многоканальна;

2. Направления деятельности социального работника могут быть разнообразны, от широкой направленности: «ребенок – семья – общество», до узкоспециальных: организатор работы с трудными детьми; специалист по организации культурного досуга детей и взрослых в микрорайоне; специалист, работающий в области охраны прав ребенка и т.д.

3. Социальный работник должен выполнять следующие функции:

- организационно-коммуникативную;
- диагностическую;
- организаторскую;
- прогностическую;
- профилактическую и социально-терапевтическую; организационно-коммуникативную;
- охранно-защитную;
- посредническую.

Приложение 1.

СТРУКТУРА АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА

Блок 1. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

- 1.1. Регистрационный номер карты _____
- 1.2. Регистрационный номер ИПР _____
- 1.3. Наименование бюро МСЭ _____
- 1.4. Фамилия, имя, отчество _____
- 1.5. Домашний адрес _____
- Телефон _____
- 1.6. Пол муж.; жен.
- 1.7. Возраст _____
- 1.8. Паспортные данные _____

Блок 2. МЕДИКО-ЭКСПЕРТНЫЕ ДАННЫЕ

- 2.1. Диагноз, включая основное заболевание и его код по МКБ X пересмотра, сопутствующее заболевание и его код по МКБ X пересмотра : _____
- _____
- 2.2. Психологический диагноз: _____
- _____
- 2.3. Группа инвалидности _____
- 2.4. Длительность инвалидности и ее динамика _____
- _____
- 2.5. Причина инвалидности: _____
- 2.6. Процент утраты профессиональной трудоспособности: _____
- 2.7. Ограничения жизнедеятельности (вид и степень выраженности)

Блок 3. ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ТРУДОВЫЕ ДАННЫЕ.

- 3.1. Образование _____
- 3.2. Основная профессия (и) _____
- 3.3. Специальность _____
- 3.4. Квалификация (разряд, категория, звание) _____
- 3.5. Общий трудовой стаж инвалида _____
- 3.6. Характеристика занятости (работает: да, нет; где работает, кем работает, условия работы, зарплата, хочет работать или нет, желаемая работа) _____
- _____
- 3.7. Характеристика образовательного статуса (учится или нет, где учится, уровень и условия обучения) _____

Блок 4. МАТЕРИАЛЬНОЕ И СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ.

- 4.1. Семейное положение: количество членов семьи, число работающих и учащихся членов семьи, кто помогает инвалиду в быту, размер пенсии со всеми доплатами, доход на одного члена семьи, психологический климат в семье _____
- 4.2. Благоустроенность жилья _____
- 4.3. Имеются ли условия для выполнения работы на дому _____
- 4.4. Имеются ли вспомогательные приспособления для инвалида в комнате, в квартире, в подъезде: _____

Блок 5. СОЦИАЛЬНО-СРЕДОВЫЕ ДАННЫЕ

- 5.1. Данные о занятиях культурой _____
- 5.2. Данные о занятиях физкультурой и спортом _____
- 5.3. Ролевое положение в семье, обществе _____
- 5.4. Общественная деятельность _____
- 5.5. Личные проблемы (половое воспитание, контроль рождаемости, сексуальные вопросы и др.) _____
- 5.6. Социальная независимость _____
- 5.7. Социальное общение _____

Блок 6. ДАННЫЕ, КОНКРЕТИЗИРУЮЩИЕ СПОСОБНОСТЬ ИНВАЛИДА ВЫПОЛНЯТЬ РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НАРУШЕНИЕ КОТОРЫХ КОМПЕНСИРУЕТСЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ.

Блок 7. ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЛИДА В СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.

- 7.1. Нуждается в социальной реабилитации (да, нет) _____
- 7.2. В каких видах социальной реабилитации нуждается:
 - А. Информировании и консультировании инвалида и его семьи _____
 - Б. Адаптационном обучении инвалида и семьи _____
 - В. Обучении персональному уходу _____
 - Г. Обучении персональной сохранности _____
 - Д. Обучении социальным навыкам _____
 - Е. Обучении социальной независимости _____
 - Ж. Обучении социальному общению _____
 - З. Обучении навыкам проведения отдыха и досуга _____
 - И. Обучении навыкам занятий физкультурой и спортом _____
 - К. Обучении навыкам занятий туризмом _____
 - Л. Обучении пользованию техническими средствами реабилитации _____
 - М. Содействию в решении личных проблем _____
 - Н. Социально-психологической реабилитации _____
 - О. Адаптации жилья к нуждам инвалида _____
 - П. Юридическом консультировании _____
- 7.3. В каких видах социального патронажа нуждается семья, имеющая инвалида:
 - А. Медико-социальном патронаже _____
 - Б. Социально-педагогическом патронаже _____
 - В. Культурно-досуговом патронаже _____
 - Г. Социально-психологическом патронаже _____
- 7.4. В какой адаптации жилья нуждается инвалид:
 - А. Установке пандусов _____
 - Б. Установке поручней _____
 - В. Расширении дверных проемов _____
 - Г. Настилке нескользящих полов _____
 - Д. Снятии порогов _____
 - Е. Переоборудовании электропроводки _____
 - Ж. Переоборудовании газовой (электро) плиты _____
 - З. Замене раковины, унитаза, душа, ванны или др., их переоборудование _____

- 7.5. Нуждается в технических средствах реабилитации (да, нет, указать в каких): _____
- 7.6. Нуждается в технических средствах передвижения (трости для ходьбы; костыли локтевые, подмышечные, с опорой для предплечья; трости трехопорные, четырехопорные; рамы для ходьбы; кресло-коляски комнатные, прогулочные, санитарные, автомобиль, веревочные лестницы; пояса и ремни для подъема, подъемники и др.) _____
- 7.7. Нуждается в технических средствах для приготовления пищи и напитков (средства для взвешивания и измерения; резки, рубки; очистки продуктов; сушки” приготовления пищи; варки, жарки и т.д.) _____
- 7.8. Нуждается во вспомогательных средствах для ведения домашнего хозяйства (совки, щетки, губки; пылесосы; вакуумные очистители; половые швабры; ведра с колесиками, выжимательные машинки и др.) _____
- 7.9. Нуждается в домашних принадлежностях и приспособлениях для дома и домашнего хозяйства (столы рабочие, чертежные, обеденные, кроватные и др.) _____
- 7.10. Нуждается в мебели для сидения (функциональные кресла; “катапультные” кресла и сиденья, кресла-шезлонги, упоры и др.) _____
- 7.11. Нуждаемость в кроватях (функциональная кровать, кроватный подъемник, кроватные поручни и поручни для самоподнимания и др.) _____
- 7.12. Нуждаемость в поддерживающих устройствах (перила, поручни, подлокотники и др.) _____
- 7.13. Нуждаемость в открывателях/закрывающих дверей, окон, штор _____
- 7.14. Нуждаемость в противопролежневых средствах (подушки, сиденья противопролежневые, матрасы и покрывала противопролежневые и др.) _____
- 7.15. Нуждаемость в средствах для одевания и раздевания (вспомогательные средства для одевания носков и чулок-штанов (колготок), рожки для обуви и приспособления для снятия ботинок, держатели одежды, крюки для одевания и раздевания, замки застежек “молния”, петли пуговиц и др.) _____
- 7.16. Нуждаемость в средствах ухода за кожей, волосами и зубами (вспомогательные средства для маникюра и педикюра, специальные расчески, электрические зубные щетки и др.) _____
- 7.17. Нуждаемость в средствах для обращения с продуктами и вещами (средства для маркировки и обозначения, вспомогательные средства для открывания бутылок, банок, баков; вспомогательные средства, помогающие и/или замещающие функции руки и/или пальцев и др.) _____
- 7.18. Нуждаемость в игрушках и играх (игры, “разборно-складной кубик” головоломка “Панжир”, лото “Разноцветный урожай”, шахматы, шашки, мозаика, звучащие мячи и др.) _____
- 7.19. Нуждаемость в средствах для физкультуры, спорта и туризма _____

7.20. Нуждаемость во вспомогательных средствах для отправления естественных надобностей (туалетные сиденья-возвышения с откидным приспособлением; туалетные сиденья-возвышения с фиксирующими приспособлениями; самоподнимающиеся туалетные сиденья; туалетные подлокотники и/или туалетные спинки, смонтированные на туалете; зажимы-держатели туалетной бумаги и др.) _____

7.21. Нуждаемость во вспомогательных средствах для умывания, купания и принятия (кресла для ванной/душа, табуретки, спинки и сиденья; противоскользящие маты для ванны, душевые маты и шлепанцы; мочалки, губки и щетки с рукояткой, ручки или зажимы; намыливатели с рукояткой и мыльные дозаторы и др.) _____

7.22. Нуждаемость во вспомогательных средствах для помощи при еде и питье (распределители (дозаторы) сахара; пробки и воронки; ножевые изделия; кружки и стаканы, чашки и блюдца (специальные) и др.) _____

7.23. Нуждаемость во вспомогательных средствах для обучения социальным навыкам (программы тренировки поведения; программа и система тренировки потребительских навыков; система тренировки обращения с деньгами; программа обучения обращению с деньгами, мерам безопасности, временным навыкам и др.) _____

7.24. Нуждаемость в средствах для обучения (тренировки) обращения с устройствами управления, продуктами и вещами (да, нет) _____

7.25. Нуждаемость в средствах для обучения (тренировки) способности выполнять бытовую деятельность (да, нет) _____

7.26. Нуждаемость во вспомогательных средствах для обучения (тренировки) способности выполнять бытовую деятельность (программа обучения личным навыкам, тренинг с уличными знаками и др.) _____

7.27. Нуждаемость в оптических средствах (увеличительные стекла, бинокли и телескопы, очки с вмонтированными монокулярными и бинокулярными телескопическими устройствами для дальнорукких и близорукких, расширители поля зрения, электроннооптические средства, видеосистемы с увеличенным изображением, цифровые читающие машины, системы для чтения и трансформации письменного текста и др.) _____

7.28. Нуждаемость в вводных и выходных блоках и принадлежностях компьютеров, пишущих машинок и калькуляторов (блоки ввода, в т.ч. блоки распознавания речи; клавиатуры и системы управления; устройства синтетической речи, в т.ч. блоки преобразования текста в речь, речи в речь и искусственную речь; приспособления для переключивания бумаги; держатели рукописи (оригинала); опоры предплечья, прикладываемые к пишущим машинкам или компьютерам и др.) _____

7.29. Нуждаемость во вспомогательных средствах для рисования и почерка (ручки, карандаши, кисточки, циркули для черчения и линейки; устройства для письма, рисования и черчения; сигнатурные направляющие устройства и сигнатурные штампы; рамки для

письма; аппаратура (приборы) для письма по Брайлю; специальные бумажные/пластмассовые изделия для письма; программное обеспечение для рисования и живописи и др.) _____

7.30. Нуждаемость во вспомогательных средствах для чтения (устройство для переворачивания листов; подставки для книг и держатели книг, аппараты для записи и воспроизведения “говорящая книга”; аппарат для тиражирования “говорящей книги” ТТМ и др.) _____

7.31. Нуждаемость в звукозаписывающей и воспроизводящей аппаратуре _____

7.32. Нуждаемость в телевизионной и видеоаппаратуре _____

7.33. Нуждаемость в телефонах и средствах телефонии (телефоны с текстовым вводом и/или текстовым выходом, в т.ч. телефоны с Брайлевским вводом/выходом и др.) _____

7.34. Нуждаемость в системах передачи звука (головные телефоны и вибраторы, громкоговорители и др.) _____

7.35. Нуждаемость в средствах связи “лицом к лицу” (наборы букв и/или символов; шаблоны букв и/или символов; генераторы голоса; коммуникационные усилители; слуховые трубки и др.) _____

7.36. Нуждаемость в слуховых средствах, в т.ч. в слуховых средствах с встроенной антишумовой маской (слуховые средства, вставляемые в ухо, в т.ч. вставляемые в ушной канал; слуховые средства заушные; слуховые средства, вмонтированные в оправу очков и др.) _____

7.37. Нуждаемость в средствах сигнализации (часы; часы-будильник с синтезатором с тактильной доработкой “Слава”, карманные “Молния”; системы передачи тревоги; звуковые индикаторы (“электронная сиделка”) и др.) _____

7.38. Нуждаемость в системах подачи сигналов тревоги (системы предупреждения о персональной опасности; сигналы тревоги начала приступа болезни для эпилептиков, сигналы тревоги, подаваемые автоматически в случае большого судорожного припадка) и др. _____

7.39. Нуждаемость во вспомогательных средствах ориентации (тактильные (белые) трости, трость локатор, опорная телескопическая трость, опорная складная трость; электронные средства ориентации; акустические навигационные средства (звуковые маяки); компасы; рельефные карты и др.) _____

7.40. Нуждаемость в собаке-поводыре _____

7.41. Нуждаемость в транспортном обслуживании _____

7.42. Нуждаемость в услугах сурдопереводчика _____

Блок 8. ПОТРЕБНОСТЬ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

8.1. Нуждается в психологической реабилитации (да/нет) _____

8.2. В каких видах психологической реабилитации нуждается:

А. Психологическое консультирование _____

Б. Психологическая коррекция _____

В. Психотерапия _____

Г. Психологический тренинг _____

Д. Психопрофилактическая и психогигиеническая работа _____

Е. Привлечение к участию в группах взаимоподдержки, клубах общения _____

Блок 9. ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА ПО РЕАБИЛИТАЦИИ:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПСИХОЛОГА:

Блок 10. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ МАРШРУТ

(виды реабилитационных мероприятий, услуг и технических средств; форма реабилитации, объем мероприятий и сроки исполнения)

Блок 11. КОНТРОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗА ПРОЦЕССОМ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

КРАТКИЙ СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

А

АДАПТАЦИЯ (*adaptacio* - приспособление) - приспособление строения и функций организма к условиям существования или привыкания к ним

АДАПТАЦИЯ БЫТОВАЯ - решение различных аспектов в формировании определенных навыков, установок, привычек, направленных к распорядку, традициям, существующим отношениям между людьми в коллективе, в группе вне связи со сферой производственной деятельности

АДАПТАЦИЯ ДОСУГОВАЯ - формирование установок, способностей к удовлетворению эстетических переживаний, стремление к поддержанию здоровья, физического совершенства

АДАПТАЦИЯ СОЦИАЛЬНАЯ – процесс и результат активного приспособления индивида, слоя, группы к условиям новой социальной среды, к изменяющимся или уже изменившимся общественным условиям жизни. В А.с. выделяют две формы: а) *активную*, когда субъект стремится воздействовать на среду в целях ее изменения (например, изменения ценностей, форм взаимодействия и деятельности, которые он должен освоить); б) *пассивную*, когда субъект не стремится к такому воздействию и изменению. Показателями успешной А.с. выступает высокий социальный *статус* индивида (слоя, группы) в данной среде, его психологическая удовлетворенность этой средой в целом и ее наиболее важными элементами (в частности, удовлетворенность работой, ее условиями и содержанием, вознаграждением, организацией). Показателями низкой А.с. являются перемещения субъекта в другую социальную среду (текучесть кадров, миграция, разводы), *аномия* и *отклоняющееся поведение*. Успешность А.с. зависит от характеристики среды и субъекта.

АДАПТАЦИЯ СОЦИАЛЬНАЯ - процесс освоения относительно стабильных условий социальной среды, решения повторяющихся, типичных проблем путем использования принятых способов социального поведения, действия

АДАПТАЦИЯ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ - система и процесс определения оптимальных режимов общественной и семейно - бытовой деятельности инвалидов в конкретных социально-средовых условиях и приспособления к ним инвалидов

Б

БЫТ – 1) в *узком* смысле – сфера повседневной жизни, рассматриваемая как отличная от профессиональной, официальной деятельности. С одной стороны, она связана с удовлетворением материальных потребностей людей в пище, одежде, жилище, поддержании здоровья, с другой – с освоением человеком духовных благ культуры, с общением, отдыхом, развлечениями; 2) в *широком* смысле – уклад повседневной жизни, один из компонентов образа *жизни* людей. Необходимо различать общественный, городской, сельский, семейный, индивидуальный Б. Знание Б., бытовой жизнедеятельности человека, семьи – непереносимое условие успешной социальной работы. Цель социально-бытовой функции социальной работы – способствовать оказанию

необходимой помощи и поддержки различным категориям населения (особенно инвалидам, людям пожилого возраста, молодым семьям и т.д.) в улучшении их жилищных условий, организации нормального Б.

БЫТОВОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ – часть сферы обслуживания, оказание непроизводственных и производственных услуг (ремонт жилищ, химчистка вещей, ремонт одежды, услуги бань, фотоателье и др.).

Материально-техническая база Б.о. – основные и оборотные производственные фонды предприятий, учреждений, организаций Б.о.: здания, коммуникации, теплоэлектроцентрали, станки, оборудование, испытательные стенды, технические приспособления, инструменты, сырье, материалы, комплектующие, запасные части, красители, клей и т.д.

Организация Б.о. – система вертикальных и горизонтальных связей между предприятиями, организациями и учреждениями Б.о., их целевая и функциональные структуры. Отношения всех производственных подразделений Б.о. друг к другу подчинены субординации и координации. С развитием рыночных отношений, приватизацией структур Б.о. целевые и функциональные связи между ними изменяются, становятся намного сложнее, гибче и мобильнее. Особый вес приобретает автономность, самостоятельность производственных структур. Постепенно меняется состав компонентов организационной структуры Б.о., одни из них отмирают, другие меняют свои функции, возникают новые.

Управление Б.о. – деятельность управленческих органов Б.о., призванных обеспечить четкую, бесперебойную и высокоэффективную работу предприятий, учреждений, организаций Б.о. Органы управления выполняют многообразные функции: налаживают производство бытовых товаров и услуг, планируют, принимают решения, организуют учет и контроль, анализируют организацию и эффективность деятельности производственных структур, изучают спрос на товары и услуги, рыночную конъюнктуру, определяют приоритетные направления в развитии и т.д. В условиях формирования рыночных отношений существенно уточняются структура, целевая и функциональная направленность деятельности органов управления Б.о.

Экономика Б.о. – производственная деятельность предприятий, учреждений, организаций Б.о. в целях удовлетворения бытовых нужд населения при минимальных материальных, трудовых и финансовых затратах. Понятие “экономика Б.о.” предполагает использование таких показателей, как материально-техническая база, производительные силы, производственные отношения, производительность труда, качество обслуживания населения, доход, прибыль, рентабельность, эффективность и др. Каждый из этих показателей в отдельности и понятие “экономика Б.о.” в целом существенно меняют свое содержание в связи с приватизацией предприятий, организаций и учреждений Б.о.

Исторический и международный опыт Б.о. – совокупность знаний об организации Б.о. населения в различные периоды истории разных стран. Знание исторического и международного опыта позволяет работникам сферы Б.о. сохранять в развитии отрасли историческую преемственность, накапливать положительное, избавляться от недостатков, перестраивать свою работу на фундаментальном базисе опыта предшествующих поколений.

В

ВАЛЕОЛОГИЯ – учение о здоровом образе жизни, физических возможностях человеческого организма как количественной характеристике здоровья, о взаимоотношениях человека с окружающей средой, влиянии техногенных факторов, угрожающих здоровью, соблюдении населением нормативных требований санитарии и гигиены, формах обучения методам поддержания здоровья и т.д.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СОЦИАЛЬНОЕ – взаимное влияние различных сфер, явлений и процессов, лиц или общностей, осуществляемое посредством социальной деятельности. Различают взаимодействие внешнее (между обособленными объектами) и внутреннее (внутри отдельного объекта между его элементами).

.Если социальную работу рассматривать как систему, то взаимодействие между ее составными элементами (субъектом, объектом и т.д.) будет внутренним, а ее взаимодействие с другими системами (экономической, политической и т.д.) – внешним.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ (в социальной работе) – взаимообмен эмоциями, динамическое взаимодействие; коррективная, поведенческая связь, устанавливаемая социальным работником с клиентом. Для создания рабочей атмосферы при оказании помощи социальный работник должен придерживаться определенных этических норм, включая конфиденциальность, непредвзятость по отношению к клиенту, применять индивидуальный подход, предоставлять клиенту возможность самому определять свои действия, целенаправленно выражать свои чувства.

ВНУШЕНИЕ (суггестия) – воздействие на психику человека, основанное на подавлении тем или иным способом (например, авторитетом) сознания и способности к критическому восприятию действительности в целях навязывания определенных установок. Объектом В. может быть как отдельный человек, так и целые группы, слои людей. Не все люди в одинаковой степени поддаются В. Это зависит от волевых качеств личности и степени ее конформности. Как свидетельствуют экспериментальные данные, В. сильной степени подвержены 20% людей. Способность человека сопротивляться В. Названа психологами *контрсуггестией*. Человек на основе своего жизненного опыта создает целую систему защитных механизмов, противостоящую

В. (так называемые психологические барьеры). Один из главных этих механизмов – “барьер недоверия”. В. может осуществляться не только со стороны других лиц, иногда оно принимает форму самовнушения (аутосуггестия).

ВОСПИТАНИЕ – 1) в широком смысле – функция общества, обеспечивающая его развитие путем передачи новым поколениям людей социально-исторического опыта предшествующих поколений в соответствии с целями и интересами тех или иных классов, социальных групп; 2) в узком смысле – процесс сознательного, целенаправленного и систематического формирования личности, осуществляемый в рамках и под воздействием социальных институтов (семьи, воспитательных и учебных заведений, учреждений культуры, общественных организаций, средств массовой информации и др.) в целях ее подготовки к выполнению социальных функций и ролей, к жизнедеятельности в различных сферах социальной практики (профессионально-трудовой, общественно-политической, культурной, семейно-бытовой и т.д.).

В. – основное звено *социализации*, оно органично взаимосвязано с обучением, является составной частью системы образования. Как функция общества, присущая любой социальной системе, В. в то же время – конкретно-историческое явление, обусловленное в конечном счете социальными отношениями, свойственными тому или иному типу общества. Теоретическую основу систем В. составляют философские, религиозные, социально-политические, психологические и педагогические учения, отвечающие интересам господствующих в обществе сил.

В социальной работе В. имеет исключительно важное значение и для подготовки социальных работников, и для возможностей решения задач социальной защиты населения, воздействия на клиентов, те или иные слои и группы населения (например, подростков с девиантным поведением и т.д.), общения социологов с клиентами и т.д. Педагогические, психологические, государственно-правовые и другие основы социальной

работы самым тесным образом связаны с процессом В. как в широком, так и узком смысле слова.

ВСЕОБЩАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА – принята и провозглашена Генеральной Ассамблеей ООН 10 декабря 1948 года в качестве задачи, к выполнению которой должны стремиться все народы, все государства и общественные организации, отдавая приоритет поощрению и развитию уважения к *правам человека* и основным свободам (см. также *Свободы демократические*) для всех, без различия расы, пола, языка, религии, политических и иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного, сословного или иного положения.

В качестве таких прав В.д.п.ч. сформулировала: право на жизнь, свободу и личную неприкосновенность; свободу от рабства и подневольного состояния; свободу от пыток или жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания; свободу от произвольного ареста, задержания или изгнания; право на справедливое и гласное разбирательство независимым и беспристрастным судом, право считаться невиновным, пока вина не будет установлена; свободу от произвольного вмешательства в личную и семейную жизнь, произвольного посягательства на неприкосновенность жилища и корреспонденции; свободу передвижений и выбора места жительства, право на убежище; право на гражданство; право вступать в брак и основывать семью; право владеть имуществом; свободу мысли, совести и религии; свободу убеждений и их выражения; право на свободу мирных собраний и ассоциаций; право принимать участие в управлении страной и право равного доступа к государственной службе.

В.д.п.ч. содержит также изложение экономических, социальных и культурных прав, таких, как право на социальное обеспечение, право на труд, отдых и досуг, право на жизненный уровень, необходимый для поддержания здоровья и благосостояния, право на образование, право на участие в культурной жизни общества.

Вместе с тем в В.д.п.ч. подчеркиваются обязанности каждого человека перед обществом, его моральный долг признавать и уважать права и свободы других людей, принципы демократического общества.

На основе принципов В.д.п.ч. ООН приняла ряд документов (договоров), имеющих не рекомендательный (как Декларация), а обязательный характер для подписавших их государств.

В.д.п.ч. и принятые на ее основе документы (договоры) являются важнейшим юридическим, политическим и моральным фактором, способствующим более эффективному осуществлению социальной политики, решению задач социальной защиты людей.

Г

ГРУППА – совокупность людей, объединенных любым общим признаком: пространственным и временным бытием, деятельностью, экономическими, демографическими, этнографическими и другими характеристиками.

ГРУППА БОЛЬШАЯ – группа с большим числом членов, в отличие от *группы малой* характеризуемая разными типами связей и не предполагающая обязательных личных контактов. Ее основные типы: а) условные, статистические; б) образуемые некоторыми поведенческими признаками (аудитория, публика); в) классовые, национальные и др.; г) территориальные (город, государство).

ГРУППА МАЛАЯ (контактная) – группа людей, имеющих непосредственные контакты. Обычно применяют два критерия выделения Гм.: а) количество членов – от 2 до 50 (иногда и более); б) продолжительность контактов между членами группы не менее 6

месяцев. М.г. достаточно много. Это коллективы бригад, небольших участков, малых предприятий, постоянные и временные учебные коллективы, небольшие воинские подразделения, семья, группы сверстников, друзей, соседские группы и т.д. Практически каждый человек входит в ту или иную и.г. Учитывая принадлежность клиента к определенной группе и особенности этой группы (возраст, образование, профессии, интересы и т.д.), социальный работник может быстрее и эффективнее решать их проблемы.

ГРУППА СОЦИАЛЬНАЯ – устойчивая группа людей, занимающая определенное место и играющая присущую ей роль в общественном производстве. Это – классы, интеллигенция, служащие, люди умственного и физического труда, население города и деревни. Различия между Г.с. имеют место прежде всего в области экономики, политики, образования, доходов, условий жизни. Критериями же вычленения несоциальных, общественных групп (демографических – молодежь, женщины, пенсионеры и др.) и общностей (наций, народностей и т.д.) являются различия половые, возрастные, расовые, этнические и др. Не будучи в строгом смысле слова различиями социальными, эти естественно-природные отличия в классовых обществах приобретают характер социальных различий (например, положение в обществе мужчин и женщин и т.д.).

ГРУППЫ ВЗАИМОПОМОЩИ – формальные или неформальные организации людей, имеющих общие проблемы и встречающихся регулярно небольшими группами для оказания помощи друг другу, эмоциональной поддержки, обмена информацией и т.д.

ГРУППЫ РИСКА – лица (контингент), имеющие повышенный риск в отношении СПИДа: проститутки, гомосексуалисты, наркоманы, венерические больные и т.п.

Д

ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ – негативные формы поведения, проявление нравственных пороков, отклонение от норм морали, права, форма нравственного зла. Д.п. – одна из острых проблем, с которыми приходится иметь дело социальным работникам разных специализаций.

ДЕЙСТВИЕ СОЦИАЛЬНОЕ – осознанное действие человека, обычно вызванное его потребностями, которое связано с действиями другого человека или других людей, сориентировано на их поведение, воздействует на них и, в свою очередь, испытывает влияние поведения других. В учение о Д.с. особенно большой вклад внес М. Вебер. Оно получило дальнейшее развитие в современной социологии (феноменология, функционализм и другие направления). Д.с. включает в себя: субъект, среду или “ситуацию”; ориентацию субъекта на условия среды, на “ситуацию, ориентацию субъекта на другого (или других).

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА – составная часть *социальной политики*; система мероприятий (социальных, экономических, юридических и др.), направленных на изменение естественного возобновления поколений и миграцию. К их числу, в частности, относятся меры поощрения или сдерживания деторождения.

Как часть социальной политики Д.п. влияет на содержание, формы и методы социальной работы.

ДЕТИ – социально-демографическая группа населения в возрасте до 18 лет, имеющая специфические потребности и интересы, социально-психологические особенности.

ДЕТНОСТЬ СЕМЬИ – размер семьи по числу рожденных и выращенных детей (без учета умерших в возрасте моложе 5 лет). В настоящее время актуальны научные исследования установок супругов на число детей (установок Д.с.), которое они считают идеальным (*идеальная Д.с.*), хотели бы иметь (*желаемая Д.с.*), намереваются иметь (*ожидаемая или планируемая Д.с.*).

ДЕТСТВО – стадия жизненного цикла человека, на которой происходит становление организма, развитие его важнейших функций, активная *социализация* индивида (т.е. усваивается определенная система знаний, норм, ценностей, осваиваются социальные роли, способствующие формированию полноценного и полноправного члена общества).

ДИАГНОСТИКА СОЦИАЛЬНАЯ – исследование социального явления для распознавания и изучения причинно-следственных связей и отношений, которые характеризуют его состояние и определяют тенденции развития. Полученный социальный диагноз, содержащий теоретические выводы и практические рекомендации, скорректированные с учетом реальных ресурсов и возможностей, служит основанием для разработки соответствующими управленческими структурами конкретных практических действий в интересах общества, тех или иных его групп и слоев.

В социальной работе Д.с. – это изучение социальных мотивов и причин поведения личности, слоя, группы, их состояний (материального, психического, духовного), определение форм и методов работы с ними.

К

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ – компонент (сторона) *образа жизни*; категория, выражающая качество удовлетворения материальных и духовных потребностей людей: качество питания, качество одежды и ее соответствие моде, комфортность жилища, качественные характеристики в сфере здравоохранения, образования, обслуживания населения, качественная структура досуга, нравственная атмосфера, настрой людей, степень удовлетворения людей в содержательном общении, знаниях, творческом труде, структуре расселения и т.д. Органически связано с *уровнем жизни*.

Учет и знание К.ж. своих клиентов, основных социальных и других групп и слоев населения – неперенные условия успешной деятельности социального работника.

КОММУНИКАбельность – способность, предрасположенность к общению, коммуникации, к установлению контактов и связей, психологическая и иная совместимость, общительность. Исключительно важна в социальной работе.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЕ – особая форма оказания социальной помощи путем психологического воздействия на человека или малую группу в целях их *социализации*, восстановления и оптимизации их социальных функций, ориентиров, выработки социальных норм общения. Выделяют следующие направления К.с.: медико-социальное, психологическое, социально-педагогическое, социально-правовое, социально-управленческое, социально-инновационное и др. Организация К.с. включает в себя региональные центры социального консультирования и специализированные службы (службы семейной консультации, супружеской консультации, психологической помощи и консультирования, телефон доверия, службы К.с. в медицинских учреждениях и общественных организациях).

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ – доверительность, недопустимость огласки секретной информации; этический принцип, в соответствии с которым социальный или другой работник не имеет права раскрывать информацию о клиенте без согласия последнего. Сюда могут относиться информация о личности клиента, профессиональные суждения о клиенте, материалы из “истории болезни”. В особых случаях социальных работников могут юридически обязать дать определенным представителям властей некоторую информацию (например, угроза применить силу, совершения преступления, подозрения в жестоком обращении с ребенком и т.д.), которая влечет за собой возбуждение судебного преследования.

КОНФЛИКТ СОЦИАЛЬНЫЙ – столкновение сторон, мнений, сил; высшая стадия развития противоречий в системе отношений людей и социальных институтов. Выделяют конфликты международные – между нациями, государствами; конфликты классов, социальных групп и слоев внутри общества; конфликты между малыми группами, семьями, личностями.

Разрешить или ослабить К.с. (особенно между малыми группами, в семьях, между личностями) – одна из важнейших задач специалистов по социальной работе.

О

ОБУЧЕНИЕ НАВЫКАМ ПРОВЕДЕНИЯ ОТДЫХА, ДОСУГА, ЗАНЯТИЯМИ ФИЗКУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ - приобретение знаний и навыков о различных видах спортивной и досуговой деятельности, обучение пользованию для этого специальными техническими средствами, информирование о соответствующих учреждениях, осуществляющих данный вид реабилитации.

ОБУЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНОЙ СОХРАННОСТИ - овладение знаниями и навыками такими видами деятельности, как пользование газом, электричеством, туалетом, ванной, транспортом, лекарствами и др.;

ОБУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫМ НАВЫКАМ - освоение знаний и навыков, позволяющих инвалиду готовить пищу, убирать помещение, стирать белье, осуществлять ремонт одежды, работать на приусадебном участке, пользоваться транспортом, посещать магазины, посещать предприятия бытового обслуживания;

ОБУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОМУ ОБЩЕНИЮ - обеспечение реализации возможности инвалида посещать друзей, кино, театры и др.;

ОБУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ НЕЗАВИСИМОСТИ - обеспечение возможности самостоятельного проживания, распоряжаться деньгами, пользоваться гражданскими правами, участвовать в общественной деятельности

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ В РЕШЕНИИ ЛИЧНЫХ ПРОБЛЕМ, которое включает обеспечение инвалидам контроля рождаемости, получение знаний в области полового воспитания, воспитания детей и др.;

Р

РЕАБИЛИТАЦИЯ СОЦИАЛЬНАЯ - комплекс мер, направленных на создание и обеспечение условий для социальной интеграции инвалидов, восстановление (формирование) социального статуса, утраченных общественных связей (на макро- и микроуровне)

РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ СОЦИАЛЬНАЯ - система и процесс восстановления способностей инвалида к самостоятельной общественной и семейно - бытовой деятельности

С

СЕМЕЙНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ – психологическое воздействие на семью и ее членов, цель которого – восстановить и оптимизировать ее функционирование, улучшить отношения между ее членами, создать благоприятные внутрисемейные условия для развития семьи и ее членов.

СЕМЕЙНЫЙ ДОМ – воспитательное учреждение для детей, не имеющих родителей, на базе какой-либо семьи.

СЕМЕЙНЫЙ ПОДРЯД – форма ведения хозяйства, основанная на использовании индивидуально-семейного труда. Является одним из факторов решения проблем безработицы и социальной защищенности людей.

СЕМЬЯ – основанная на браке или кровном родстве малая группа, члены которой связаны общностью быта, взаимной моральной ответственностью и взаимопомощью; отношения между мужем и женой, родителями и детьми.

Сфера семейной деятельности весьма сложна и находит свое содержательное выражение в выполняемых ею функциях: а) репродуктивная сфера – биологическое воспроизводство населения, удовлетворение потребности в детях; б) воспитательная сфера – социализация молодого поколения, удовлетворение потребностей в родительстве, контактах с детьми, самореализация в детях; в) хозяйственно-организаторская сфера – оказание хозяйственно-бытовых услуг одними членами семьи другим и тем самым поддержание физического состояния членов общества; г) экономическая сфера – получение материальных средств одними членами семьи от других (в случае нетрудоспособности или в обмен на услуги); д) сфера первичного социального контроля – формирование и поддержание правовых и моральных санкций при нарушении моральных норм членами семьи; е) сфера духовного общения – духовное взаимообогащение, поддержание дружеских отношений в брачном союзе; ж) социально-статусная сфера – социальное продвижение членов С.; з) досуговая сфера – организация рационального досуга, удовлетворение потребностей в совместном проведении свободного времени; и) эмоциональная сфера – удовлетворение потребности в личном счастье и любви, психологическая защита, эмоциональная поддержка членов С.; к) сексуальная сфера – удовлетворение сексуальных потребностей, осуществление сексуального контроля.

В социологических исследованиях важно учитывать средний размер и состав С. (число поколений в С. "число и полнота супружеских пар, число и возраст несовершеннолетних детей), деление С. по социально-классовым и национальным признакам. В социальной политике, в практической социальной работе очень важно учитывать социальную уязвимость С., ее нужду в материальной поддержке государства, особых льготах и услугах. К числу социально уязвимых относятся многодетные С.; С. одиноких матерей; С. военнослужащих срочной службы с детьми; С., в которых один из родителей уклоняется от уплаты алиментов; С. с детьми-инвалидами; С. с родителями-инвалидами, взявшими детей под опеку (попечительство); С. с малолетними детьми; студенческие С. с детьми; С. беженцев и вынужденных переселенцев; С. безработных, имеющие несовершеннолетних детей; девиантные С. (С. алкоголиков, наркоманов, правонарушителей и т.д.).

Существуют различные формы помощи и поддержки С., в частности С., имеющим детей: а) денежные выплаты в связи с рождением, содержанием и воспитанием детей (пособия и пенсии); б) трудовые, налоговые, кредитные, медицинские и другие льготы; в) бесплатные выдачи С. и детям (детское питание, лекарства, одежда и обувь, питание беременным женщинам и т.д.); г) социальное обслуживание (оказание конкретной психологической, юридической, педагогической помощи, консультирование, социальные услуги).

СЛУЖБА СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ – структурное подразделение (отдел, лаборатория, бюро, сектор, группа) производственных и научно-производственных объединений, комбинатов, трестов, предприятий, министерств и ведомств, в составе которого работают социологи, психологи, специалисты по профтехобразованию, организации и управлению производством. В последние годы в штат С.с.р. включают также социальных работников.

СМЕРТНОСТЬ – демографический показатель, характеризующий состояние здоровья различных групп населения (количество смертей на 1 тыс. населения за год): территориальных, половозрастных, социальных и др.

Уровень С. зависит от взаимодействия различных факторов (географических, социально-экономических, культурно-исторических, социально-психологических и др.). Среди них главным является социально-экономический, он выражается в уровне благосостояния, образования, питания, жилищных условиях, санитарно-гигиеническом состоянии населенных мест и качестве здравоохранения. Действием именно этого фактора объясняется повышенная С. населения, превышение С. над рождаемостью, уменьшение численности населения страны (примерно на 1 млн. человек в год) в 90-е годы в России.

СОЦИАЛИЗАЦИЯ – процесс становления личности, усвоение индивидом ценностей, норм, установок, образцов поведения, присущих данному обществу, социальной группе, той или иной общности людей. С. осуществляется в трех основных сферах: деятельность, общение и самосознание. Выделяют три стадии процесса С.: дотрудовая, трудовая и послетрудовая.

Социальные работники, выполняя свои профессиональные функции, практически занимаются С. клиентов.

С. можно подразделить на первичную и вторичную. **П е р в и ч н а я** касается непосредственного окружения человека, т.е. родителей, братьев и сестер, бабушек и дедушек, близких и дальних родственников, приходящих нянь, друзей семьи, сверстников, учителей, врачей, тренеров и т.д. **В т о р и ч н а я** С. осуществляется опосредованным, формальным окружением, воздействием учреждений и социальных институтов. Первичная С. играет большую роль на ранних этапах жизни человека, вторичная – на поздних.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА – раздел медицины, исследующий влияние социальных факторов на состояние здоровья населения.

СОЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ - научное заключение о состоянии “социального здоровья” рассматриваемого объекта или социального явления, основанное на его всестороннем и систематическом наблюдении и изучении

СОЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА - комплексный процесс научного выявления и изучения многоплановых причинно-следственных связей и взаимоотношений в обществе, характеризующих его социально-экономическое, культурно-правовое, нравственно-психологическое, медико-биологическое и санитарно-экологическое состояние

СОЦИАЛЬНО-СРЕДОВАЯ ОРИЕНТАЦИЯ - система и процесс определения структуры наиболее развитых функций инвалида с целью последующего подбора на этой основе вида общественной или семейно - общественной деятельности

СОЦИАЛЬНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО – правовые нормы, регулирующие положение работающих по найму, а также вопросы социального обеспечения и социальной защиты людей.

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА – система приоритетов и механизмов по реализации законодательно закрепленных социальных, правовых и экономических гарантий граждан, органов управления всех уровней, иных институтов, а также система социальных служб, призванных обеспечить определенный уровень социальной защищенности, помогающих достичь социально приемлемый уровень жизни населения в соответствии с конкретными условиями общественного развития.

С.з. – это экономические, социальные, правовые гарантии соблюдения и реализации прав и свобод человека. С.э. обеспечивает гражданам достойный уровень и качество жизни. Складывающийся в России в условиях формирования рыночных отношений механизм С.з. включает комплекс мер по обеспечению гарантии в области занятости, вознаграждения и оплаты труда, компенсации потерь от инфляции, помощи престарелым и инвалидам и т.д. К сожалению, этот механизм крайне несовершенен, он не обеспечивает полную и постоянную защиту населения.

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИЩЕННОСТЬ – целостная система законодательно закрепленных экономических, юридических и социальных прав и свобод, социальных гарантий граждан, противодействующих дестабилизирующим факторам жизни, в первую очередь таким, как безработица, *инфляция*, *бедность* и др.

СОЦИАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ - социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к ограничению жизнедеятельности, невозможности (полностью или частично) выполнять обычную для человека роль в социальной жизни и обуславливающие необходимость социальной помощи и защиты

В процессе создания классификации социальной недостаточности экспертами ВОЗ были выделены определенные фундаментальные действия, связанные с существованием и выживанием человека как общественного существа и которые свойственны индивиду фактически любой культуры. Индивид, имеющий ограничения способности в любой из этих областей, находится фактически в невыгодном положении по сравнению с остальными. Степень неудобств, которые влечет за собой ограниченная способность, может значительно варьировать в зависимости от культуры, но в целом эта зависимость является всеобщей. Ключевые критерии "выживания" включают способности индивида ориентироваться в окружающей обстановке, вести независимое существование, передвигаться, поддерживать социальные связи. Для каждого из этих показателей был рассмотрен наиболее важный круг обстоятельств и сформулированы основные разделы этой классификации:

1. Социальная недостаточность из-за ограничения физической независимости
2. Социальная недостаточность из-за ограничения мобильности
3. Социальная недостаточность из-за ограничения способности заниматься обычной деятельностью
4. Социальная недостаточность из-за ограничения способности к получению образования
5. Социальная недостаточность из-за ограничения способности к профессиональной деятельности

6. Социальная недостаточность из-за ограничения экономической самостоятельности

Социальная недостаточность из-за ограничения способности к интеграции в общество.

СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ – государственная система помощи, поддержки и обслуживания престарелых и нетрудоспособных граждан, а также семей, имеющих детей. Согласно Федеральному закону “Об основах социального обслуживания населения Российской Федерации С.о. является составной частью *социального обслуживания населения*.

СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ – комплекс мер по оказанию социальной помощи нуждающимся в ней гражданам, который способствует сохранению социального здоровья и поддержанию жизнедеятельности, преодолению кризисных ситуаций, развитию самообеспечения и взаимопомощи. С.о. является частью системы социальной безопасности населения и осуществляется социальными службами.

СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ НА ДОМУ ПРЕСТАРЕЛЫХ – совокупность надомных услуг гарантированных государством: организация питания и доставка продуктов на дом; помощь в приобретении медикаментов, товаров первой необходимости; содействие в получении медицинской помощи и сопровождение в медицинские учреждения; помощь в поддержании условий проживания в соответствии с гигиеническими требованиями; организация различных социально-бытовых услуг (ремонт жилья, обеспечение топливом, обработка приусадебного участка, доставка воды, оплата коммунальных услуг и др.); помощь в оформлении документов, в том числе для установления опеки и попечительства, обмена жилья, помещения в стационарные учреждения органов социальной защиты населения; содействие в организации ритуальных услуг и в погребении одиноких умерших.

СОЦИАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ - социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости его социальной защиты или помощи.

СОЦИАЛЬНОЕ ПАРТНЕРСТВО – трудовые отношения, характеризующиеся общностью позиций и согласованными действиями лиц наемного труда, работодателей и государства. Их обычно представляют на переговорах при заключении коллективных договоров профсоюзы, организации предпринимателей, представители администрации. Основные принципы С.п. – учет взаимных требований и ответственности, уважительное отношение к интересам друг друга, разрешение споров и конфликтных ситуаций за столом переговоров, готовность сторон к компромиссам, последовательное выполнение достигнутых договоренностей, подписанных соглашений.

С.п. (трудовые соглашения) – важный фактор социальной защиты рабочих и служащих, членов их семей.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПАСПОРТ КОЛЛЕКТИВА ПРЕДПРИЯТИЯ – документ, отражающий состояние социальной структуры коллектива (соотношение квалификационных, социально-демографических и других групп работников), производственно-технических и экономических средств предприятия, определяющих это состояние. С.п.к.п. содержит информацию, на основе которой планируют социальное развитие коллектива, определяют приоритетные направления, необходимые производственно-технические, экономические и другие мероприятия.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПЕДАГОГ – работник социальной сферы, специализирующийся на работе с детьми и родителями, взрослым населением в семейно-бытовой среде, с подростками и молодежными группами и объединениями. С.п. призван обеспечивать социально-психологическую поддержку процесса социализации детей и молодежи, оказывать психолого-педагогическую помощь семье, различным воспитательным учреждениям, выполнять роль посредника, связующего звена между детьми и взрослым населением, школой и семьей, личностью и государством, оказывать помощь подросткам в период их социального и профессионального становления, защищать их права. Возможна следующая специализация С.п.: организатор культурно-досуговой деятельности, организатор физкультурно-оздоровительной работы по месту жительства и т.д.

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА – система мер по оказанию помощи некоторым категориям граждан, временно оказавшихся в тяжелом экономическом положении (частично или полностью безработные, учащаяся молодежь и др.), путем предоставления им необходимой информации, финансовых средств, кредитов, обучения, правозащиты и введения иных льгот.

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА - одноразовые или эпизодические мероприятия кратковременного характера при отсутствии признаков социальной недостаточности.

СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА – деятельность государства и других политических институтов по управлению развитием социальной сферы общества. *Социология* способствует выработке С.п., альтернативных вариантов решения в этой области, обоснованию социальных приоритетов.

СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ - периодически и (или) регулярные мероприятия, способствующие устранению или уменьшению социальной недостаточности

СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ – система социальных мер в виде содействия, поддержки и услуг, оказываемых отдельным лицам или группам населения социальной службой для преодоления или смягчения жизненных трудностей, поддержания их социального статуса и полноценной жизнедеятельности, адаптации в обществе.

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ – система методов воздействия на психологизированное представление о причинах и фактах, порождающих негативные явления, а также различные социальные движения в обществе. Согласно этой концепции, любое “*отклоняющееся поведение*” (преступность, наркомания, психические заболевания или антиправительственные выступления) объясняется отклонениями в психике людей, обусловленными разными причинами. Методами коррекции всех форм отклоняющегося поведения служат использование психофармакологических средств, гипноз, электрошок, насильственная изоляция, нейрохирургия и др.

СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК – человек, который в силу своих должностных и профессиональных обязанностей оказывает все (или отдельные) виды социальной помощи в преодолении человеком, семьей или группой (слоем) возникших у них проблем.

СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ – 1) в ш и р о к о м смысле – вся совокупность экономических, социальных, политических и духовных процессов; 2) в у з к о м смысле – развитие социальной сферы, социальных отношений в собственном значении слова,

С.р. – процесс, в ходе которого происходят существенные количественные и качественные изменения в социальной сфере, общественной жизни или отдельных ее

компонентах – социальных отношениях, социальных институтах, социально-групповых и социально-организационных структурах и т.д. Не всякие изменения в социальных явлениях представляют собой их развитие, а лишь такие, при которых одни социальные явления заменяются явлениями более высокого уровня или переходят на более высокие (по объективным критериям социального прогресса) ступени своего состояния (прогрессивное развитие) либо, напротив, более низкого уровня (регрессивное развитие).

Основные формы С.р.: эволюция, когда происходит постепенное отмирание старых элементов определенной социальной системы и их вытеснение новыми элементами; социальная революция, революционные преобразования, когда происходят относительно быстрое и единовременное разрушение всех устаревших элементов системы и замена их возникающими в системном единстве новыми элементами.

С.р. – важнейший фактор, обуславливающий эффективную социальную защиту людей.

СОЦИАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ – исторически обусловленное несходство между классами, социальными группами и слоями, базирующееся на социально-экономической неоднородности труда (умственного и физического, индустриального и аграрного, управленческого и исполнительского, механизированного и немеханизированного, квалифицированного и неквалифицированного), на неодинаковом развитии социальной активности, культуры, образования, квалификации, условий труда и быта, образа жизни общественных классов, социальных групп и слоев.

Высокая или низкая степень С.р. оказывает влияние (отрицательное или положительное) на решение проблем социальной защищенности тех или иных групп и слоев населения.

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА КАК ВИД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ – вид профессиональной деятельности, направленной на удовлетворение социально гарантированных и личностных интересов и потребностей различных групп населения, на создание условий, которые способствуют восстановлению или улучшению способности людей к социальному функционированию.

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА КАК НАУКА – вид деятельности, функция которой состоит в выработке и теоретической систематизации знаний о социальной сфере.

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА КАК УЧЕБНАЯ ДИСЦИПЛИНА – вид деятельности, цель которой дать целостное представление о содержании социальной работы, ее основных направлений, инструментарии, технологиях и организации, научить методам этой работы.

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ – см. *Реабилитация социальная.*

СОЦИАЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ – совокупность государственных и негосударственных органов управления, структур и специализированных учреждений, осуществляющих социальную работу по обслуживанию населения, оказывающих населению социальную помощь и услуги с целью преодолеть или смягчить сложную ситуацию.

Система С.с. включает в себя государственную, негосударственную и муниципальную (местную) службы. К *г о с у д а р с т в е н н о й* С.с. относятся органы управления, учреждения¹ и предприятия социального обслуживания системы социальной защиты населения, министерств и ведомств Российской Федерации, к компетенции которых отнесена функция социальной помощи населению. К *н е г о с у д а р с т в е н н о й* – учреждения и предприятия социального обслуживания, создаваемые благотворительными, общественными, религиозными и другими организациями и

частными лицами. К м у н и ц и п а л ь н о й С.с. относятся учреждения и предприятия социального обслуживания, находящиеся в ведении органов местного самоуправления.

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС – см. *Статус социальный*.

СОЦИАЛЬНАЯ СФЕРА – область жизнедеятельности человеческого общества, в которой реализуется социальная политика государства путем распределения материальных и духовных благ, обеспечения прогресса всех сторон общественной жизни, улучшения положения человека труда. С.с. охватывает систему социальных, социально-экономических, национальных отношений, связи общества и личности. В нее включается также совокупность социальных факторов жизнедеятельности общественных, социальных и других групп и личностей, условий их развития. С.с. охватывает все пространство жизни человека – от условий его труда и быта, здоровья и досуга до социально-классовых и социально-этнических отношений. Содержанием С.с. являются отношения между социальными и другими группами, индивидами по поводу их положения, места и роли в обществе, образа и уклада жизни.

СОЦИАЛЬНАЯ ФИЛОСОФИЯ – 1) раздел философии, в котором рассматриваются качественное своеобразие общества, его цели, генезис и развитие судеб и перспектив; 2) раздел общей социологии, в котором названные выше проблемы исследуются с помощью понятий теоретической социологии и пограничных с нею дисциплин. Основоположниками С.ф. (преимущественно во втором значении) считаются, с одной стороны, К. Сен-Симон и 0. Ком, с другой – К. Маркс и Ф. Энгельс.

В марксизме С.ф. нередко отождествляется с понятием “исторический материализм”.

СОЦИОЛОГИЯ – наука о закономерностях становления, функционирования и развития общества в целом, социальных отношений, социальных общностей и групп. Вопрос об объекте и предмете С. дискутируется в литературе. В этой связи важно отметить, что С. как наука: а) изучает общество и различные его подструктуры как целостные явления; б) обращает внимание, прежде всего, на социальные аспекты общественных процессов, на социальные явления, социальные отношения в узком, собственном смысле слова; в) изучает социальные механизмы, социологические закономерности. В первых двух случаях речь идет о специфике о б ъ е к т а С., в третьем – о е е п р е д м е т е. Предмет С. менялся в ходе ее развития. Так, в XIX в. С. трактовалась как общественная наука в целом. В первой половине XX в. наряду с этим подходом использовалось и более узкое понимание С. В 60-е годы получило распространение трех- или четырехуровневое понимание С. В 80-е годы С. трактовалась как наука о социальных отношениях, механизмах и закономерностях функционирования и развития социальных общностей разного уровня: общества как целостного социального организма; социальных общностей (групп, слоев), дифференцированных по разным основаниям.

В структуре социологического знания выделяют несколько уровней: а) общая социологическая теория; б) специальные (частные) социологические теории, или теории среднего уровня (С. города, образования, социальной сферы, социальной работы, управления и т.д.); в) эмпирические исследования, где особую роль играют методика, техника и организация социологических исследований. Не подвергая сомнению выделение высшего уровня социологической теории, некоторые авторы обосновывают правомерность выделения еще ее формационного уровня. Все уровни социологического знания органически связаны между собой.

С. выполняет несколько функций: познавательную, прогностическую, функцию социального проектирования и конструирования, организационно-техническую, управленческую и инструментальную. Познавательная функция С. состоит: а) в изучении

социальных процессов с учетом их конкретного состояния в реальной ситуации; б) в поиске путей и способов их преобразования (изменения, совершенствования); в) в разработке теории и методов социологического исследования, методики и техники сбора и анализа социологической информации. Все остальные функции (их перечень у разных авторов различен) как бы дополняют содержание познавательной функции. С. тесно связана с другими науками, особенно с общественными.

СОЦИУМ – большая устойчивая социальная общность людей, которая характеризуется единством условий их жизнедеятельности в каких-то существенных отношениях и вследствие этого общностью культуры. Разновидности С.: общество, родовые и семейно-родственные, социально-классовые, национально-этнические, территориально-поселенческие общности.

Знание С. является одним из факторов успешной социальной деятельности.

СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА - возможность достижения самообслуживания и самостоятельного проживания. Предусматривает определение соответствия требований, предъявляемых социально-бытовой деятельностью, физическим, психическим и психофизиологическим возможностям инвалида (например, соотношение физиологической стоимости бытовых нагрузок с максимальной аэробной способностью инвалида и т.д.), а также определение возможности и путей их оптимизации.

СОЦИАЛЬНО-СРЕДОВАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА - возможность достижения самостоятельной общественной и семейной деятельности.

СЕМЕЙНО-БЫТОВЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ - ролевые функции инвалида в семье, характер отношения семьи к инвалиду, имеющийся в семье психологический климат.

СТРУКТУРА ПОТРЕБНОСТИ ИНВАЛИДА - желания, влечения, объекты (материальные и идеальные), которые необходимы для существования и развития инвалида, и выступающие источником его активности.

СПЕЦИАЛИСТ – 1) работник, получивший подготовку к избранному им виду трудовой деятельности в профессиональном учебном заведении; 2) в социальной статистике – работник преимущественно умственного труда, окончивший, как правило, высшее или среднее специальное учебное заведение.

В зависимости от сложности умственного труда различают С. наивысшей (высококвалифицированные кадры науки, искусства, системы управления и др.), высокой (инженеры, агрономы, врачи, учителя старших классов, юристы, экономисты, социальные работники и др.) и средней (техники, фельдшеры, учителя младших классов, воспитатели детских садов, библиотекари и др.) квалификации.

В зависимости от уровня ответственности выделяют С.-руководителей и С.-исполнителей.

СПЕЦИАЛИСТ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ – работник социальной службы с высоким общекультурным, интеллектуальным и нравственным потенциалом, профессиональной подготовкой и необходимыми личностными качествами, позволяющими эффективно выполнять профессиональные функции. С. по с.р. изучает социально-экономические и социально-психологические условия жизни социальных групп, слоев, семьи и отдельного человека и применяет адекватные методы социальной

защиты, поддержки, реабилитации и других видов социальной работы, а также различные социальные технологии.

СПРАВЕДЛИВОСТЬ СОЦИАЛЬНАЯ – соотношение обоснованного равенства между людьми, с одной стороны, и сохраняющегося неравенства, с другой стороны. С.с. – это обеспечение общественно оправданных минимальных потребностей людей в зависимости от семейного положения, состояния здоровья и т.д. С.с. проявляется, в частности, в том, что в любом цивилизованном обществе власти стараются контролировать реализацию “*потребительской корзины*”, обеспечить каждой семье, каждому человеку минимальный доход, дающий возможность существовать и удовлетворять наиболее важные материальные и духовные потребности. Неспособность их реализации может приводить к катаклизмам в виде превышения смертности над рождаемостью, уменьшения численности населения. Если это результат не только объективно действующих условий, но и сознательной (или неумелой) социальной политики правящих кругов, то этот процесс получает название *геноцида* по отношению к собственному или чужому народу (народам).

Степень С.с. обусловлена в целом уровнем развития общества. На современном этапе в условиях осуществления реформ главной проблемой (противоречием) выступает, с одной стороны, необходимость укрепления С.с., а с другой – повышения экономической эффективности труда, т.е. сочетание равенства и неравенства в обществе.

СРЕДА СОЦИАЛЬНАЯ – окружающие человека (слой, группу) общественные, материальные и духовные условия его существования, формирования и деятельности. С.с. в широким смысле (макросреда) охватывает общественно-политическую систему в целом (общественное разделение труда, способ производства, совокупность общественных отношений и институтов, общественное сознание, культуру данного общества). С.с. в узком смысле (микросреда) как элемент С.с. в целом включает непосредственное окружение человека (семью, трудовой коллектив и различные группы). С.с. оказывает решающее влияние на формирование и развитие личности (группы, слоя), преобразуясь под воздействием людей.

СТАТУС СОЦИАЛЬНЫЙ – интегрированный показатель положения социальных и других групп и их представителей в обществе, в системе социальных связей и отношений. Определяется по ряду признаков как естественного (пол, возраст, национальность), так и социального характера (профессия, род занятий, доход, служебное положение и т.д.).

Одна из задач социальных работников – способствовать сохранению и упрочению С.с. своих клиентов.

СТАТУС СОЦИАЛЬНЫЙ - положение индивида или группы в социальной системе по отношению к другим индивидуумам или группам. Характеризуется по экономическим, профессиональным и другим признакам.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС - положение индивида в системе социально-психологических взаимодействий. Характеризуется по ролевым и другим функциям, выполняемым индивидом в малых и (или) больших группах.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ТРАНСПОРТНЫЕ СРЕДСТВА- мотоколяски, автомобили с ручным и обычным управлением

СРЕДСТВА, ОБЛЕГЧАЮЩИЕ ЖИЗНЬ ИНВАЛИДА - приспособления для ванн, туалета, поручни, устройства для приготовления пищи.

СТЕРЕОТИП СОЦИАЛЬНЫЙ – упрощенное, стандартизированное представление (или образ) о социальном объекте (индивиде, группе, явлении или процессе), обладающее высокой устойчивостью, нередко эмоционально окрашенное. Термин введен журналистом У. Липманом (США) в 1922 году для обозначения предвзятых образов, эталонов, общественного мнения относительно этнических, сословных, классовых, профессиональных, политических и других групп, представителей партий и социальных институтов.

С.с. играет важную роль в формировании оценки человеком окружающего мира. Однако его использование может повлечь за собой двоякие последствия. С одной стороны, приводит к сужению познавательного процесса, что может иметь в определенных ситуациях положительное значение, с другой – формирует разного рода предубеждения. Последние же особенно опасны в оценке межэтнических, политических, межгрупповых и экономических отношений, так как порождают социальную напряженность, социальные конфликты. С.с. подобного рода обусловлен недостатком жизненного опыта, отсутствием информации, излишне эмоциональным восприятием, манипулированием обыденным сознанием.

С.с. может служить фактором, препятствующим или способствующим преодолению проблем, стоящих перед клиентом (клиентами) социальных служб.

СТИЛЬ ЖИЗНИ – компонент *образа жизни*, характеризующий поведенческие особенности повседневной жизнедеятельности людей (в частности, ритм, интенсивность, темп жизни), а также социально-психологические черты быта и взаимодействия между людьми, которые нередко выражают национально-этнические и социально-профессиональные черты социальной общности, группы. В С.ж. как определенном поведении личности или группы фиксируются устойчиво воспроизводимые черты, манеры, привычки, вкусы, склонности. Представление о С.ж. дают такие внешние формы бытия, как организация рабочего и свободного времени, любимые занятия вне сферы труда, устройство быта, манеры поведения, ценностные предпочтения, вкусы и т.д.

Социальный работник непременно должен учитывать С.ж. (прежний, настоящий) клиента в своей профессиональной деятельности.

СТИМУЛИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ – формирование и использование стимулов при выработке и реализации цели. Суть стимулирования заключается в побуждении к деятельности. Для С.д. характерно сочетание материальных и духовных, объективных и субъективных факторов. К ним относятся: а) внешние объективные условия (реально существующая среда); б) внутреннее освоение субъектом побуждений к деятельности (осознание им соответствия внешних явлений его индивидуальным или социальным потребностям и интересам); в) результат производственной деятельности (качество и себестоимость продукции, производительность труда, удовлетворенность деятельностью, вознаграждение и поощрение за труд и т.д.). В стимулировании социальной работы играют существенную роль все три группы факторов. Однако в определенных условиях один из них может иметь решающее значение.

СТРАХОВАНИЕ – система социально-экономических отношений, при которых за счет взносов предприятий, организаций и населения создаются *страховые фонды*, предназначенные для возмещения ущерба от стихийных бедствий и других неблагоприятных случайных явлений, а также для оказания гражданам или их семьям помощи при наступлении определенных событий в их жизни, являющихся предметом страхового договора.

СТРАХОВАТЕЛЬ – лицо или учреждение, страхующее себя на определенную сумму и вносящее в специальный фонд установленные платежи.

СТРАХОВКА – страховая сумма, на которую страхуется субъект по закону об обязательном страховании или при заключении договора добровольного страхования.

СТРАХОВОЙ ФОНД – резервный фонд или фонд риска, создаваемый предприятиями, фирмами, акционерными обществами для обеспечения их деятельности при неблагоприятной конъюнктуре, задержке заказчиками платежей за поставленную продукцию. Имеет важное значение для социальной поддержки работающих и членов их семей.

Т

ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ - совокупность специальных средств и приспособлений, позволяющих осуществлять замещение анатомических и функциональных дефектов организма и способствующих активному приспособлению человека к окружающей среде.

У

УРОВЕНЬ ЖИЗНИ – компонент *образа жизни*, понятие, характеризующее меру и степень удовлетворения материальных и духовных потребностей людей (в основном в денежных и натуральных единицах): уровень национального дохода, размер оплаты труда, реальные доходы, объем потребляемых благ и услуг, уровень потребления продовольственных и непродовольственных товаров, продолжительность рабочего и свободного времени, жилищные условия, уровень образования, здравоохранения, культуры и т.д. Чаще всего в качестве обобщающего показателя У.ж. рассматривают *реальные доходы населения*. Важный показатель У.ж. – *минимальный потребительский бюджет семьи*.

УСЛОВИЯ ТРУДА – совокупность особенностей орудий и предметов труда, состояние производственной среды и организации труда, оказывающие существенное влияние на здоровье, настроение и работоспособность индивида. Выделяют четыре группы элементов У.т.: а) санитарно-гигиенические (микроклимат, освещенность, шум, вибрация, состояние воздушной среды, ультразвук, разнообразные излучения, контакт с водой, маслом, токсичными веществами, общая и профессиональная заболеваемость); б) психофизиологические (физическая нагрузка, нервно-психическое напряжение, монотонность работы, рабочая поза и т.д.); в) социально-психологические (социально-психологический климат трудового коллектива, его социальные характеристики); г) эстетические (художественно-конструкторские качества рабочего места, архитектурно-художественные качества интерьера, применение функциональной музыки и т.д.).

Факторы, воздействующие на У.т.: а) социально-экономические (нормативно-правовые, экономические, социально-психологические, общественно-политические) непосредственно обусловлены совокупностью производственных отношений, опосредованно – уровнем развития производительных сил; б) технико-организационные (средства труда, предметы и продукты труда, технологические процессы, организация труда, организация управления) непосредственно обусловлены уровнем производительных сил, опосредованно – производственными отношениями; в) естественно-природные (географические, биологические, геологические) обусловлены особенностями природной среды, в которой совершается труд. Специфика воздействия естественно-природных факторов на У.т. заключается в том, что они не только

непосредственно влияют на формирование У.т., но и создают среду, в которой действуют факторы, относящиеся к первым двум группам.

Все три группы факторов находятся в неразрывном единстве и воздействуют на процесс труда одновременно.

Учет этих факторов, их “очеловечивание” – необходимое условие реализации социальной защиты населения.

Создание нормальных У.т. – важнейший фактор социальной защищенности людей. Обязанностью социальных служб является активное воздействие на соответствующие управленческие структуры в целях создания (и контроля) благоприятных У.т. работающим.

УСЛУГИ – 1) действия на пользу, помощь кому-либо; 2) бытовые, хозяйственные и другие удобства.

Виды У. очень разнообразны. Это ремонт обуви, бытовой техники и квартир; ремонт и пошив одежды; ремонт и техническое обслуживание транспортных средств; услуги парикмахерских; строительство и ремонт садовых домов; химчистка; продажа продовольственных и непродовольственных товаров (магазины и пункты заказа, выездная торговля и т.д.); медицинское обслуживание; У. культуры; У. дошкольных и образовательных учреждений, социальных служб (детских домов, домов престарелых и инвалидов и т.д.); транспортные У. (перевозка хозяйственных грузов, продукции садовых участков, топлива и т.д.); туристско-экскурсионное обслуживание; общественное питание и т.д.

Названные виды У. могут быть сгруппированы, классифицированы по разным основаниям. В частности, возможно выделение социальных У., включая медицинские, правовые, социально-бытовые и т.д.

У. можно группировать по принципу их безопасности: а) У., могущие повлечь опасность для здоровья и жизни потребителей; б) У., исключающие (предотвращающие) такие опасности. В первом случае возможны негативные последствия для человека (смерть; увечья; потеря здоровья; склонности (установки) к девиантному поведению (проституции, алкоголизму, наркомании, сутенерству, самоубийству и т.д.); сиротство, психические заболевания; вовлечение в преступные группировки, банды; потеря имущества, жилища, работы; отклонения в сфере морали и т.д.). Во втором случае имеются в виду У., предотвращающие негативные последствия (к примеру, специальное оборудование жилых помещений для инвалидов и престарелых, создание системы подъемников для ухода за лежачими больными, поручней и опорных скоб для посадки старого человека в ванну, ликвидация порогов или создание вместо них пологих пандусов и т.д., оздоровление экологической среды в местах проживания и отдыха, особенно детей, и т.д.).

Существуют различные способы обеспечения безопасности У.: информационные, правовые, экономические и др. (в частности, моральные). Практика показывает, что необходимо поощрять безопасность предоставляемых У., например с помощью налоговых льгот предприятиям, учреждениям, где эффективно решаются вопросы безопасности труда, питания, отдыха и т.д.

УСЛУГИ КОММУНАЛЬНЫЕ – водоснабжение, газообеспечение, электроосвещение и т.п.

УСТАНОВКА СОЦИАЛЬНАЯ – ценностное отношение субъекта к социальному объекту, выраженное в готовности положительной или отрицательной реакции на него.

Выработка положительной установки на работу с клиентами социальных служб, на социальную работу в целом – неперемное условие успешной профессиональной деятельности социологов.

УСТАНОВКА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ – 1) готовность, предрасположенность индивида или группы людей определенным образом реагировать на те или иные явления социальной действительности; 2) относительно устойчивая во времени система взглядов, основанных на ценностных ориентациях индивида, а также совокупность связанных с ними эмоциональных состояний, предрасполагающих к определенным действиям.

Знание У.с.-п. имеет большое практическое значение в социальной деятельности, в том числе и в социальной работе, контактах социальных работников и клиентов.

Х

ХОСПИС – 1) больница для онкологических больных в последней стадии заболевания, где созданы все условия, чтобы человек испытывал как можно меньше страданий; 2) многопрофильная программа, предусматривающая помощь смертельно больным людям в течение последних месяцев их жизни. Эта помощь, как правило, оказывается в учреждениях не больничного типа, в домашней обстановке членами семьи, друзьями и знакомыми.

Ц

ЦЕЛИ (ориентиры) СОЦИАЛЬНЫЕ – ценности индивида, группы индивидов, классов, общества, на достижение которых направлена их деятельность.

ЦЕЛЬ – планируемый результат, идеальное, мыслимое предвосхищение результата деятельности. Содержание Ц. зависит от объективных законов действительности, реальных возможностей субъекта и применяемых средств.

Можно выделить различные типы Ц.: конкретные и абстрактные, стратегические и тактические, индивидуальные, групповые и общественные, Ц., поставленные самим субъектом деятельности и заданные ему извне.

ЦЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ – удовлетворение потребностей клиентов. Ц.с.р. зависит от специфики объекта (клиентов, групп) и направлений социальной работы.

ЦЕННОСТИ СОЦИАЛЬНЫЕ – 1) в ш и р о к о м смысле – значимость явлений и предметов реальной действительности с точки зрения их соответствия или несоответствия потребностям общества, социальных групп и личности; 2) в у з к о м смысле – нравственные и эстетические требования, выработанные человеческой культурой и являющиеся продуктами общественного сознания. К числу Ц.с. относят мир, социальную справедливость, человеческое достоинство, гражданский долг и т.д.

