

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-СРЕДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА

Рогачева Т.В.¹, Шестакова Е.В.²

¹ Рогачева Татьяна Владимировна

доктор психологических наук, заведующая отделением реабилитационной диагностики и мониторинга; государственное автономное учреждение Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов», ул. Белинского, 173а, Екатеринбург, 620089, Россия. Тел.: 8 (343) 270-88-19.

E-mail: TVRog@yandex.ru

² Шестакова Елена Васильевна

заместитель директора по реабилитации; государственное автономное учреждение Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов», ул. Белинского, 173а, Екатеринбург, 620089, Россия. Тел.: 8 (343) 270-88-19.

E-mail: shestakova.evas@yandex.ru

Аннотация

В статье представлена полная нормативная правовая база, регламентирующая деятельность учреждений и организаций по реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. Подчеркивается, что российское законодательство в части определения реабилитации и абилитации ориентировано на международные нормативные документы, в частности, на Конвенцию о правах инвалидов и Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. Под реабилитацией понимается, в первую очередь, система полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

В соответствии с Федеральным законом № 181 определены основные направления реабилитации (медицинская реабилитация, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение; профессиональная ориентация, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве, в том числе на специальных рабочих местах, производственная адаптация; социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая и социокультурная реабилитация; социально-бытовая адаптация; физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт).

Дан анализ двух международных документов, выступающих методологическими основаниями для реабилитационного процесса: Международной классификации нарушений ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН) и Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Указаны основные недостатки МКН: отсутствие оценки роли социальной и физической окружающей среды преодолении последствий заболеваний; ориентация на оценивание, главным образом, последствий заболевания, без учета резервов восстановления или компенсации и реабилитационного потенциала инвалида. Подчеркнуто, что МКФ выступает инструментом объективной оценки как качества, так и результативности реабилитации и абилитации инвалидов и состоит из двух частей с двумя составляющими: первая включает информацию о функционировании и ограничениях жизнедеятельности; вторая — контекстовые факторы, что позволяет диагностировать в том числе и социально-средовой статус и социально-средовой потенциал инвалида.

Авторы считают, что социально-средовая реабилитация находится на первом месте среди видов социальной реабилитации и абилитации и ориентирована на создание оптимальной среды жизнедеятельности инвалидов, обеспечение условий для восстановления их социального статуса и утраченных общественных связей.

Предложены этапы разработки программы социально-средовой реабилитации: диагностический, на котором выявляются социально-средовой статус и социально-средовой потенциал инвалида; формирующий и оценочный как определение результативности проведенной реабилитации.

Ключевые слова: реабилитация; Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ); инвалидность; социально-средовой статус; социально-средовой потенциал.

УДК 159.9:362.611

Библиографическая ссылка

Рогачева Т.В., Шестакова Е.В. Теоретические основания социально-средовой реабилитации инвалида // Медицинская психология в России. – 2018. – Т.10, № 3. – С. 4. doi: 10.24411/2219-8245-2018-13040

Поступила в редакцию: 20.04.2018 Прошла рецензирование: 10.06.2018 Опубликовано: 04.09.2018

Вопросы реабилитации и абилитации инвалидов в нашей стране рассматриваются государством как один из важных компонентов социальной политики; реабилитация и социальная интеграция инвалидов считаются одним из направлений долгосрочной социальной поддержки населения. За последние десять лет была разработана нормативная правовая база, в том числе отредактирован Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 53874-2010 «Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг», Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 54738-2011 «Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации». В данных документах определены: сами понятия «реабилитация» и «абилитация», а также направления реабилитации и абилитации. Так, в Федеральном законе № 181 установлено, что реабилитация инвалидов представляет собой «систему и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности», направленные на «устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество» [9].

Этим же Федеральным законом определены основные направления реабилитации инвалидов. К ним относятся:

- медицинская реабилитация, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;
- профессиональная ориентация, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственная адаптация;
- социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая и социокультурная реабилитация;
- социально-бытовая адаптация;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт [Там же].

Если обратиться к международным правовым актам [3], то, например в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов, реабилитация ориентирована, прежде всего, на надление «инвалидов возможностью для достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни». Стандартными правилами обеспечения равных возможностей для инвалидов установлено (правило 3), что «государствам следует обеспечить предоставление инвалидам услуг по реабилитации с тем, чтобы позволить им достигнуть и поддерживать оптимальный уровень их самостоятельности и жизнедеятельности» [14].

Независимости и оптимального уровня самостоятельности невозможно достигнуть в недоступной среде. Так, по результатам различных социологических опросов, «люди с ограниченными возможностями являются социальной группой, исключаемой из сферы потребления локальных общественных благ, представленных инфраструктурой города» [6; 7; 17]. Кроме того, в исследованиях констатируется, что «люди с ограниченными возможностями выведены из нормативного поля социальной и иной деятельности через исключение данной категории людей из жизни общества и создания для них дополнительных ограничений и препятствий» [6, с. 154].

На основании Федерального закона Министерство труда и социальной защиты РФ издало Приказ от 25 декабря 2012 г. № 627 «Об утверждении методики, позволяющей объективизировать и систематизировать доступность объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения, с возможностью учета региональной специфики», в котором указано, что данная методика направлена, в том числе, и на «разработку обоснованных управленческих решений — планов и программ адаптации объектов социальной инфраструктуры и развития услуг с учетом потребностей инвалидов и других маломобильных групп населения; объективного контроля и оценки эффективности их реализации» [11]. Методика паспортизации и классификации объектов была призвана стать основой для организации: мониторинга состояния доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности для инвалидов с учетом их потребностей. Основой для определения приоритетов в формировании доступной среды (в данном случае «адаптивной» среды) должны стать результаты изучения потребностей инвалидов (в частности, в получении реабилитационных и иных социальных услуг и их доступности) с объективной оценкой этих потребностей специалистами.

В данном документе также указано, что, с точки зрения удовлетворения специальных потребностей инвалидов в реабилитации и социальной интеграции, а также возможностей влияния на поставщиков этих услуг — исполнителей реабилитационных мероприятий, — приоритетными должны быть признаны учреждения и организации следующих сфер (согласно последовательности их в порядке исполнения индивидуальных программ реабилитации): здравоохранения, образования, социальной защиты населения, физической культуры и спорта, культуры. Кроме того, объектами, способствующими социальной интеграции инвалидов, являются: объекты и средства связи и информации, объекты транспорта и дорожно-транспортной инфраструктуры, жилые здания и помещения, объекты потребительского рынка и сферы услуг, места приложения труда. Перечисленные виды объектов социальной инфраструктуры должны быть отнесены к категории приоритетных сфер жизнедеятельности для организации работы социальных служб по паспортизации (мониторингу состояния доступности) этих объектов и доступности предоставляемых ими услуг.

В Постановлении Правительства РФ от 1 декабря 2015 г. № 1297 «Об утверждении государственной программы РФ «Доступная среда» на 2011—2020 гг.» расставлены приоритеты и цели государственной политики в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации, в том числе представлены общие требования к государственной политике субъектов Российской Федерации. В данном Постановлении говорится, что «реабилитация и абилитация должны начинаться как можно раньше и основываться на многопрофильной оценке нужд и сильных сторон инвалида (ребенка-инвалида), способствовать вовлечению его в местное сообщество и быть доступными для инвалидов как можно ближе к местам их непосредственного проживания» [10].

В соответствии с вышеперечисленными нормативными документами потребовался пересмотр и теоретических оснований процесса реабилитации и абилитации инвалидов. До 2000-х годов в качестве методологического обоснования реабилитационного процесса специалисты пользовались Международной классификацией нарушений ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности [4]. Смысл МКН

заклучался в оценивании последствий заболевания, которые приводят пациента к ограничениям и социальной недостаточности. В данной классификации под инвалидностью понимается любое ограничение или невозможность — в результате нарушения — выполнения деятельности способом и в пределах, которые принято считать нормальными для человека. Т.е. данное понятие отражает последствия нарушения в терминах функциональных возможностей и активности индивида; это расстройство функций на уровне индивида. Социальная недостаточность — ограничение для индивида возможности выполнять нормальную социальную роль, соответствующую возрасту, полу, общественной и культурной деятельности человека, в результате дефекта, травмы или инвалидности. Другими словами, это расстройство адаптации человека к окружающему миру и взаимодействия с ним. Следовательно, в данном документе внимание сосредоточено на негативных изменениях, которые произошли как с организмом человека, так и в различных сферах его жизнедеятельности вследствие заболевания или травмы. По словам Э.И. Аухадеева, «в данном документе сформулировано понятие последствий заболеваний как основного предмета науки и практики реабилитации» [1, с. 5]. Именно МКН послужила отправной точкой для разработки современного технологического инструмента, обеспечивающего решение широкого круга проблем современной реабилитологии.

После отработки основных положений МКН специалистам стало понятно, что в данном документе существуют определенные недостатки. Так, не была раскрыта роль социальной и физической окружающей среды — как в формировании последствий заболеваний, так и в их преодолении. Во-вторых, данный документ ориентирует специалиста на оценивание, главным образом, последствий заболевания, не заостряя внимание на резервах восстановления или компенсации и реабилитационном потенциале инвалида. Фактическое отсутствие или минимизация вышеперечисленных факторов, влияющих на реабилитационный процесс, не позволяют разработать индивидуальную программу реабилитации или абилитации инвалида, включая социально-средовую реабилитацию.

Поэтому потребовался другой документ, учитывающий эти факторы. Таким документом стала Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья [5], одобренная Всемирной организацией здравоохранения в 2001 г. На сегодняшний день МКФ является международным стандартом для описания состояния реабилитируемого и определения целевых показателей реабилитации. МКФ обеспечивает единство методических подходов к реабилитации и сопоставимость материалов на международном уровне. Главным отличием МКФ от МКН выступает ориентированность на сохраняемые функции инвалида, резервы восстановления или компенсации возникших ограничений или нарушений, оценку всех индивидуальных достоинств личности инвалида. МКФ базируется на тесной интеграции медицинской модели, представленной МКН, и социальной модели инвалидности для объединения различных сторон функционирования инвалида — биологической, личностной и социальной.

В МКФ включены аспекты здоровья человека, обозначенные термином «домены здоровья». Домен — это сфера проявления признаков здоровья или болезни, а также факторов, определяющих здоровье или болезнь, практический «набор» для оценивания результативности реабилитационного процесса:

- а) взаимосвязанные физиологические функции и анатомические структуры;
- б) действия, задачи и сферы жизнедеятельности;
- в) внешние природные и культурные условия;
- г) внутренние индивидуально-психологические особенности.

Вторая группа аспектов связана со здоровьем и названа «домены, связанные со здоровьем». Эту группу можно назвать «показателями благополучия», т.е. такими показателями, которые характеризуют позитивные факторы как самого инвалида, так и его социального окружения.

Основными показателями благополучия инвалида являются, по определению МКФ, активность и участие, определяемые через «жизнь в сообществах, общественную и гражданскую жизнь» [Там же]. Активность — это выполнение задач и/или действий инвалидом с точки зрения индивидуальной стороны функционирования. Возможны ограничения активности, т.е. трудности в осуществлении активности, которые может испытать инвалид, преодолевая индивидуальные нарушения функционирования (нарушения структур и функций). Ограничение активности может варьироваться от легкого до тяжелого качественного или количественного отклонения в выполнении активности, как по форме, так и по величине по сравнению с людьми без изменения здоровья. Участие — это вовлечение инвалида в жизненную ситуацию, складывающуюся во внешних условиях, облегченных или лимитирующих функционирование и жизнедеятельность. Оно представляет социальные стороны функционирования. Ограничения возможности участия — это проблемы, которые испытывает инвалид при вовлечении в жизненные ситуации, преодолевая барьеры окружающей среды, внешних природных или культурных условий. Наличие ограничений возможности участия определяется путем сравнения с участием индивида без ограничения жизнедеятельности в данной культуре или обществе. Ограничение участия ведет к тому, что в Международной классификации последствий заболевания обозначалось термином «социальная недостаточность».

Другими словами, это полное описание той обстановки, в которой находится инвалид и которая может влиять на его здоровье. Окружающая среда с барьерами и без облегчающих факторов будет ограничивать возможности реализации реабилитационных мероприятий, точно так же и личностные факторы могут влиять на ограничения жизнедеятельности человека. Поэтому они и включены в схемы МКФ, чтобы продемонстрировать вклад каждого домена в конечный результат реабилитации и абилитации инвалида.

Таким образом, структура МКФ состоит из двух частей с двумя составляющими: первая включает информацию о функционировании и ограничениях жизнедеятельности; вторая — контекстовые факторы. В первой части описаны 3 составляющие: организм, активность и участие. Составляющая «организм» определяет параметры функции и структуры организма, составляющие «активность и участие» — домены функционирования человека как индивидуума (активность) и как субъекта общества и окружающей среды (участие). Термин «ограничение жизнедеятельности» обозначает проблемы аспектов здоровья и аспектов, связанных со здоровьем, а нейтральность данных факторов обозначена общим термином «функционирование». Вторая часть содержит составляющую «контекстовые факторы», разделенную на окружающие и личностные факторы. Контекстовые факторы могут влиять на здоровье положительно или отрицательно. МКФ рассматривает функциональное состояние здоровья как результат взаимодействия между человеком, имеющим определенные показатели здоровья и его контекстовыми факторами. При наличии отрицательного эффекта данного взаимодействия возникает результат — ограничение/нарушение функционального здоровья, т.е. инвалидность [9].

Следовательно, в МКФ предлагается биопсихосоциальный подход к человеку, и можно говорить о том, что МКФ стала более полной классификацией «составляющих здоровья» инвалида. Несомненно, МКФ выступает инструментом объективной оценки как качества, так и результативности реабилитации и абилитации инвалидов.

В соответствии с нормативной правовой базой в России сложилась определенная система оказания реабилитационных и абилитационных услуг. По данным Аналитического центра при Правительстве Российской Федерации, распределение реабилитационных услуг, оказанных инвалидам на территории России за период 2011—2014 гг., выглядело следующим образом:

- социальная реабилитация (социально-средовая, социально-бытовая адаптация; социально-педагогическая, социально-психологическая и социокультурная реабилитация) — 39,7%;
- медицинская реабилитация — 34,7%;
- профессиональная реабилитация — 8%;
- другие — 17,6% [12, с. 13].

На первом месте среди видов социальной реабилитации и абилитации находится социально-средовая реабилитация, которая ориентирована на создание оптимальной среды жизнедеятельности инвалидов, обеспечение условий для восстановления или компенсации их социального статуса и утраченных общественных связей. Реабилитология предлагает для теоретического обоснования социально-средовой реабилитации понятие «мобильного гражданства», предложенное Айвой Онг [19]. Под «мобильным гражданством» понимается «положение людей с ограниченными возможностями в обществе и их право формировать условия и способы своей жизнедеятельности» [20]. Следовательно, данная концепция описывает условия и возможности нормализации жизни людей с ограниченными возможностями в сферах занятости, образования, медико-социальных сервисов, ведь именно состояние среды определяет влияние ограничений жизнедеятельности на повседневную жизнь инвалида. Именно отсутствие мобильности в широком смысле, ограничения передвижения, информации и доступности определяют особенности жизни людей, в том числе имеющих физические или умственные ограничения жизнедеятельности. В рамках теории мобильного гражданства логично рассматривать и диагностировать такие социальные категории, как социальный и экономический статус, занятость, семейное положение и семейные роли, гендерные отношения, в зависимости от степени и динамики включенности и участия людей с инвалидностью в различные сферы социальной среды.

Проведенное Саратовскими социологами исследование [8] выявило три позиции инвалидов относительно мобильности собственной жизни. К первой группе были отнесены люди, которые считают себя независимыми, несмотря на зависимость от помощи посторонних, но при этом они уверены в себе, полагаются в основном на себя и стараются заранее все четко спланировать в своей повседневной жизни, вплоть до тщательного продумывания маршрута движения и алгоритма действий, прежде чем выйти из дома (8%). Вторая группа была самой многочисленной и состояла из инвалидов, считающих себя зависимыми от семьи, родственников, соседей, часто — от социального работника (61%). Третья позиция — оценка своего положения инвалидом как полностью зависимого от других и бесправного. Эти инвалиды достаточно категоричны в оценке степени нормальности своей жизни, считают свою жизнь мучением, героизмом или тяжелым испытанием, а избавлением мыслят только чудо, связанное с исцелением (31%).

Следовательно, для адекватного выполнения задачи определения мероприятий по социально-средовой реабилитации инвалида необходимо продиагностировать его социально-средовой статус и социально-средовой потенциал. Другими словами, необходимо выявить, каковы на настоящий момент контекстовые факторы конкретного инвалида, какие средовые показатели ограничивают мобильность, а какие — помогают преодолеть различные барьеры инвалиду, что делает его зависимым, а что — независимым в конкретной для него среде. Именно полученные диагностические данные позволят разработать программу социально-средовой реабилитации инвалида. Таким образом, **первый этап — диагностический**. Диагностическими методами на этом этапе

выступают социологическая анкета, опрос, беседа и психодиагностические методики, определяющие качество жизни, например, «Индекс жизненной удовлетворенности» (в адаптации Н.В. Паниной) и др. Следует учитывать, что на момент диагностики у инвалида есть определенный объективный и субъективный социально-средовой статус.

Объективный статус включает:

- место жительства инвалида;
 - уровень и разносторонность образования и профессиональной подготовки;
 - профессиональная пригодность в основной профессии, наличие других квалифицированных специальностей;
 - возможность приобретения другой, показанной по состоянию здоровья, профессии (при профессиональной непригодности в основной профессии);
 - наличие условий для рационального трудоустройства;
 - экономическое положение инвалида и его семьи,
- а также ответы на следующие вопросы:
1. Имеет ли человек с ограничениями жизнедеятельности доступ к различным сферам жизни?
 2. Интегрирован ли он в те сферы жизни, которые важны для него?
 3. Может ли он обеспечить свое существование в этих жизненных сферах?
 3. Может ли он быть независимым и самостоятельным в этих сферах жизни?

Субъективный статус (личностный) показывает, в первую очередь, удовлетворенность инвалида своей жизнью в данном статусе.

Следовательно, можно говорить о высоком, среднем, низком социально-средовом статусе.

Высокий социально-средовой статус предполагает, что инвалид независим в основных для себя видах жизнедеятельности, т.е. его социальные навыки не нарушены, он активно участвует в жизни своих (значимых) референтных групп.

Средний социально-средовой статус сигнализирует о необходимости участия других людей в функционировании инвалида (например, требуется вербальная помощь, сопровождение и т.п.), либо о нарушении социальных навыков (инвалид не работает при такой возможности), либо о снижении функционирования инвалида в малых группах (проживает одиноко и пр.).

О низком социально-средовом статусе стоит говорить при зависимости инвалида от посторонней помощи (самостоятельное выполнение привычных действий невозможно или небезопасно, либо эти привычные действия занимают неразумное количество времени или требуют приспособлений).

Ориентируясь на социально-средовой статус инвалида, можно определить и его социально-средовой потенциал. Как справедливо указывает М.Ф. Шунтерманн, «во всех прежних концепциях состояние человека с ограничениями оценивалось врачами, психологами или другими специалистами в области здравоохранения или социального обслуживания. Но свое слово должен сказать и сам человек с ограничениями. Такое самоопределение человека с ограничениями достигается при использовании подхода субъективного опыта» [16, с. 33]. Социально-средовой потенциал как компонент реабилитационного потенциала инвалида определяет возможность расширения сфер жизнедеятельности за счет восстановления или компенсации нарушений, обусловленных социально-средовыми факторами. Следовательно, оценка социально-средового статуса инвалида дает возможность определить, каковы ресурсы личности и среды для достижения самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности инвалида.

Критериями для определения социально-средового потенциала выступают:

- компенсация или восстановление социально-бытовых навыков (самообслуживания, самостоятельного передвижения, обучения и пр.);
- компенсация или восстановление социальных навыков;
- компенсация или восстановление обычного (в соответствии с полом, возрастом и пр.) функционирования как в малых группах (например, в семье), так и в обществе в целом.

При диагностике определяются также и потенциальные способности инвалида и возможности их реализации, т.е. социально-средовой потенциал инвалида. Оценка реализации подразумевает ответы на вопросы, как инвалид способен функционировать в конкретной социальной среде, как он вовлечен в реальные жизненные ситуации, как способен применить свой жизненный опыт. Главной задачей при определении социально-средового компонента реабилитационного потенциала выступает выявление возможностей качественного «проживания» ситуации инвалидом, т.е. как можно более полное его включение в процесс социализации или ресоциализации, что может привести к компенсации ограничений жизнедеятельности и выходу инвалида на более качественный уровень жизни.

Следовательно, можно говорить о высоком, среднем, низком социально-средовом потенциале, а также об отсутствии такого потенциала у инвалида.

Высокий социально-средовой потенциал предполагает, что инвалид независим в основных для себя видах жизнедеятельности, т.е. его социальные навыки не нарушены, он активно участвует в жизни своих референтных групп.

Средний социально-средовой потенциал сигнализирует о необходимости участия других людей в функционировании инвалида (например, требуется вербальная помощь, сопровождение и т.п.), либо о нарушении социальных навыков (инвалид не работает при такой возможности), либо о снижении функционирования инвалида в малых группах (проживает одиноко и пр.).

О низком социально-средовом потенциале стоит говорить при зависимости инвалида от посторонней помощи (самостоятельное выполнение привычных действий невозможно или небезопасно), либо эти привычные действия занимают неразумное количество времени или требуют приспособлений.

Социально-средовой потенциал **отсутствует** в ситуациях, когда инвалид проживает один и не способен выполнять привычные действия самостоятельно, отказывается от социальных услуг и от социальных контактов.

Следовательно, диагностика социально-средового статуса и социально-средового потенциала позволяет специалисту начать определять мероприятия, которые должны быть включены в программу социально-средовой реабилитации инвалидов. В заключение диагностического этапа специалист, разрабатывающий данную программу, определяет следующие позиции:

- нуждаемость в технических средствах реабилитации (особенно это важно для людей с такими ограничениями жизнедеятельности, как самостоятельное передвижение и ориентация);
- необходимость в предоставлении услуг и видов помощи инвалиду в преодолении барьеров, мешающих получению им услуг на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур наравне с другими лицами;
- конкретизацию мероприятий социально-средовой реабилитации и абилитации;
- оценку способности к передвижению в рамках привычных для инвалида социальной, инженерной и транспортной инфраструктур.

Второй этап — формирующий, представляет собой непосредственное проведение социально-средовой реабилитации. Цель данного этапа — формирование (восстановление) способности инвалида к мобильности в рамках социальной, информационной, инженерной и транспортной и прочих инфраструктур, формирование (восстановление) способностей ориентироваться и взаимодействовать в условиях выше перечисленных инфраструктур, повышение активности и участия.

Третий этап — оценка результативности проведенной реабилитации. Оценка результативности реабилитационного процесса признается многими исследователями одной из самых сложных в теоретическом обосновании процесса реабилитации и абилитации. Так, В.Б. Смычек пишет, что «единых подходов к оценке эффективности реабилитации сегодня не существует» [13, с. 310]. Английские ученые Б.И. Беккер, М.А. Хьюзлид и Д. Ульрих, описывая процесс измерения результативности работы учреждения, подчеркивают, что «потенциальные результаты оценивать сложно, из-за того, что:

- они, скорее всего, будут иметь место в будущем;
- как уровень результатов, так и вероятность их получения сопряжены с высокой степенью неопределенности. Поэтому успех зависит от качества экспертной оценки» [2, с. 127]. Стоит отметить, что критерии оценивания результативности (эффективности) реабилитации в медицине и в социальной сфере отличаются друг от друга.

Л.В. Топчий предлагает комплексный подход, основанный на квалиметрии как науке об измерении и оценке качества, методологическими основаниями которой выступают оценка эффективности (результативности) практической деятельности в социальной работе. В качестве критериев и показателей результативности данный автор предлагает уровни:

1-й уровень измерения результативности — уровень организации, когда учитываются как количественные (количество документов, количество проведенных мероприятий, обслуженных клиентов и пр.), так и качественные показатели (организационная структура организации, оптимальность, достаточность и сбалансированность, целесообразность и комплексность проводимых мероприятий и пр.);

2-й уровень измерения результативности — изменение качеств клиентов (их знаний, умений, навыков, информированности, мотивации, поведения, рост социальной активности и пр.) [15, с. 12–16].

Литература

1. Аухадеев Э.И. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, рекомендованная ВОЗ, — новый этап в развитии реабилитологии // Казанский медицинский журнал. — 2007. — Т. 88, № 1. — С. 5–9.
2. Беккер Б.И., Хьюзлид М.А., Ульрих Д. Измерение результативности работы HR-департамента. Люди, стратегия и производительность / пер. с англ. — М.: Вильямс, 2007. — 304 с.
3. Конвенция о правах инвалидов [Электронный ресурс]. — URL: http://ombudsmanspb.ru/files/files/OON_02_site.pdf (дата обращения: 05.04.2018).
4. Международная классификация нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности (МКН): руководство по классификации состояний, относящихся к последствиям болезней и травм / под ред. В.К. Овчарова. — М.: РАМН, 1998. — 26 с.
5. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) // Женева: Всемирная Организация Здравоохранения, 2001. — 346 с.

6. Муравьева М.Г. Калеки, инвалиды или люди с ограниченными возможностями? Обзор истории инвалидности // Журнал исследований социальной политики. – 2012. – Т. 10, № 2. – С. 151–166.
7. Наберушкина Э.К. Город для всех: социологический анализ доступности городского пространства для инвалидов // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2011. – Т. XIV, № 3. – С. 119–139.
8. Наберушкина Э.К. Мобильное гражданство инвалидов в социальном пространстве города: дис. ... док. соц. наук. – Саратов, 2013. – 411 с.
9. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 29.12.2015) [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 05.04.2018).
10. Об утверждении государственной программы РФ «Доступная среда» на 2011–2020 гг. Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2015 г. № 1297.
11. Об утверждении методики, позволяющей объективизировать и систематизировать доступность объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения, с возможностью учета региональной специфики. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 25 декабря 2012 г. № 627.
12. Реабилитация инвалидов в Российской Федерации. Социальный бюллетень / В. Трубин, Н. Николаева, О. Авдеев [и др.]. – М.: Аналитический центр при Правительстве Российской Федерации, 2015. – № 4. – 48 с.
13. Смычек В.Б. Реабилитация больных и инвалидов. – М.: Медицинская литература, 2009. – 542 с.
14. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. Приняты резолюцией 48/96 Генеральной Ассамблеи ООН от 20 декабря 1993 г. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 05.04.2018).
15. Топчий Л.В. Проблемы квалиметрии в социальной работе: подходы, критерии, логика оценки эффективности // Отечественный журнал социальной работы. – 2005. – № 3. – С. 8–18.
16. Шунтерманн М.Ф. Цели и философия МКФ // Материалы научно-практической конференции по проблемам использования МКФ (Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья) в медико-психологической работе с людьми с интеллектуальными и физическими нарушениями, психическими заболеваниями. – Минск, 2014. – С. 26–37.
17. Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами: учебное пособие. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2004. – 320 с.
18. Ярская-Смирнова Е.Р., Романов П.В. Герои и тунеядцы: иконография инвалидности в советском визуальном дискурсе // Визуальная антропология: режимы видимости при социализме / под ред. Е.Р. Ярской-Смирновой, П.В. Романова. – М.: Вариант; ЦСПГИ, 2009. – С. 289–331.
19. Ong A. Flexible Citizenship: The Cultural Logics of Transnationality. – Durham: Duke University Press, 1999. – 322 p.
20. Urry J. Sociology beyond societies. Mobilities for the twenty-first century. – L. and N.Y.: Routledge, 1999. – 268 p.

Theoretical bases of definition of socio-environmental rehabilitation of a disabled person

Rogacheva T.V.¹
E-mail: TVRog@yandex.ru

Shestakova E.V.¹
E-mail: shestakova.evas@yandex.ru

¹ The State Autonomous Institution of Sverdlovsk Region
"Regional Center for Rehabilitation of Disabled People"
173a Belinsky str., Ekaterinburg, 620089, Russia
Phone: +7 (343) 270-88-19

Abstract

The article presents a full legal framework regulating the activities of institutions and organizations for the rehabilitation and habilitation of persons with disabilities, including children with disabilities. It is emphasized that the Russian legislation on the definition of rehabilitation and habilitation focuses on international normative documents, in particular on the Convention on the rights of persons with disabilities and the Standard rules on equal opportunities for persons with disabilities. Rehabilitation is understood primarily as a system of full or partial restoration of the abilities of persons with disabilities to household, social, professional and other activities.

In accordance with Federal Law № 181, the main areas of rehabilitation (medical rehabilitation, reconstructive surgery, prosthetics and orthotics, sanatorium treatment, professional orientation, general and vocational education, vocational training, assistance in employment (including in special workplaces), industrial adaptation, social-environmental, socio-pedagogical and socio-psychological and socio-cultural rehabilitation, social and household adaptation, physical fitness activities, sports) are defined.

There is the analysis of two international documents, acting as methodological grounds for the rehabilitation process: The international classification of violations of restrictions on life and social failure (ICF) and the International classification of functioning, disability and health (ICIDH). The main disadvantages of ICF: the role of the social and physical environment in overcoming of the consequences of diseases and them is absent; focus on assessing mainly the consequences of the disease, without taking into account the reserves of recovery or compensation and rehabilitation potential of the disabled person. It is emphasized that the ICF is a tool for objective assessment of both the quality and effectiveness of rehabilitation and habilitation of persons with disabilities and consists of two parts with two components: the first includes information on the functioning and limitations of life; the second — contextual factors that allows to diagnose, including social and environmental status and social and environmental potential of the disabled.

The authors believe that social and environmental rehabilitation is in the first place among the types of social rehabilitation and habilitation and is aimed at creating an optimal environment for disabled people, providing conditions for the restoration of their social status and lost social ties.

Stages of development of the program of social and environmental rehabilitation are offered: diagnostic on which the social and environmental status and social and environmental potential of the disabled person are revealed; forming and estimated as determination of effectiveness of the carried-out rehabilitation.

Key words: rehabilitation; International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); disability; social and environmental status; social and environmental potential.

For citation

Rogacheva T.V., Shestakova E.V. Theoretical bases of definition of socio-environmental rehabilitation of a disabled person. *Med. psihol. Ross.*, 2018, vol. 10, no. 3, p. 4. doi: 10.24411/2219-8245-2018-13040 [in Russian, abstract in English].