

УДК 614.2(364)+616-036.86

## ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В СОЦИАЛЬНОМ КОНТЕКСТЕ: СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ИНВАЛИДАМИ

© 2009 г. Ф. П. Фролов

*Социально-оздоровительный центр «У-РА», г. Новороссийск*

*Проанализированы некоторые аспекты социально-реабилитационной работы с инвалидами (в частности – с детьми-инвалидами). Показана социальная эффективность реабилитационных мероприятий с применением гиппотерапии и других оригинальных реабилитационных технологий.*

Ключевые слова: *инвалидность; дети-инвалиды; реабилитация; социализация инвалидов.*

*Some angles of social work and rehabilitation of the disabled (including disabled children) are analyzed in the article. A social effect of rehabilitation measures, that use hypotherapy and other original rehabilitation methods is also shown.*

Key words: *disability; disabled children; rehabilitation; socialization of the disabled.*

Лица с ограниченными возможностями относятся к наименее защищенным слоям населения и поэтому входят в группу особого риска, т. к. именно на этом контингенте особенно остро отражаются проявления социального, экономического и других аспектов неравенства в сравнении с остальными членами социума.

По мнению многих исследователей [1] в постсоветские годы традиционная государственная политика в отношении инвалидов утратила свою эффективность и встала проблема разработки новых подходов к решению этих проблем. Одновременно активизировались общественные силы, предпринимавшие попытки решить эти проблемы в соответствии с рекомендациями ООН и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Назрела настоятельная необходимость в разработке новых, современных принципов формирования государственной политики по отношению к людям с ограниченными возможностями (инвалидам), и обеспечении более реальных подходов к созданию доступной для этих людей «среды жизнедеятельности» (определение ВОЗ) [цит. по 1].

Следует отметить, что за последние годы в России был принят целый ряд решений на

государственном уровне, в т. ч. несколько федеральных программ. Главной из них является «Социальная поддержка инвалидов», утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации №59 от 16 января 1995 г. В стране создан институт социальной защиты населения, разработаны информационные системы и программные средства по проблемам инвалидности и инвалидов. Серьезным достижением в этой области является организация в России многопрофильных государственных реабилитационных центров, разнообразных по организационным принципам и по механизмам финансирования.

Однако анализ результатов многих реализованных проектов и программ, проведенный в ряде исследований [2], показал их невысокую эффективность при значительной финансовой затратности. Известные реабилитационные программы далеко не всегда отвечают должным требованиям и задачам, сформулированным ВОЗ, и определению Международной организации труда (МОТ), согласно которым сущность реабилитации заключается в восстановлении здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями для достижения

максимально возможной физической, психической и профессиональной полноценности. Решение этой актуальной проблемы связано с реализацией комплексных программ реабилитации, необходимых для интеграции людей с ограниченными возможностями в окружающее общество. При этом весьма важно, чтобы эти программы разрабатывались и осуществлялись на научной основе, с учётом результатов исследований.

В настоящее время процесс социальной реабилитации является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Психологи, философы, социологи, педагоги, социальные психологи и представители других отраслей науки рассматривают различные аспекты этого процесса, исследуют механизмы, этапы и стадии, факторы социальной реабилитации.

Важнейшей исследовательской и прикладной задачей является разработка теоретических основ и прикладного социологического инструментария для реабилитации детей-инвалидов. Инвалидность у детей означает существенное ограничение их жизнедеятельности, она способствует социальной дезадаптации, которая обусловлена нарушениями в развитии, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении, овладении в будущем профессиональными навыками. Освоение детьми-инвалидами социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует от общества определенных дополнительных мер, средств и усилий (это могут быть специальные программы, специальные центры по реабилитации, специальные учебные заведения и т. д.). Но разработка этих мер должна основываться на знании закономерностей, задач, сущности процесса социальной реабилитации.

Идеология медико-социальной реабилитации за последние годы претерпела значительную эволюцию. Если в 40-е годы прошлого века основой политики в отношении хронически больных и инвалидов были их защита и уход за ними, то с 50-х годов начала развиваться концепция интеграции больных и инвалидов в обычное общество; особый упор делается на их обучении, получение ими технических подсобных средств. В 70-е – 80-е годы зарождается идея максимальной адап-

тации окружающей среды к нуждам больных и инвалидов, всесторонней законодательной поддержки инвалидов в сфере образования, здравоохранения, социальных услуг и обеспечения трудовой деятельности. В связи с этим становится очевидным, что система реабилитации инвалидов в очень большой степени зависит от экономического развития общества.

Одним из ведущих принципов реабилитации инвалидов является комплексность воздействий. Реабилитационными могут называться лишь те учреждения, в которых проводится комплекс медико-социальных и профессионально-педагогических мероприятий. Выделяют следующие аспекты этих мероприятий [3]:

- медицинский аспект – включает вопросы лечебного, лечебно-диагностического и лечебно-профилактического плана;
- физический аспект – охватывает все вопросы связанные с применением физических факторов (физиотерапия, ЛФК, механо- и трудотерапия), с повышением физической работоспособности;
- психологический аспект – ускорение процесса психологической адаптации к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации, профилактика и лечение развивающихся патологических психических изменений;
- профессиональный (у работающих лиц) – профилактика возможного снижения или потери трудоспособности; у инвалидов – по возможности, восстановление трудоспособности; сюда входят вопросы определения трудоспособности, трудоустройства, профессиональной гигиены, физиологии и психологии труда, трудового обучения переквалификации;
- социальный аспект – охватывает вопросы влияния социальных факторов на развитие и течение болезни, социального обеспечения трудового и пенсионного законодательства, взаимоотношение больного и семьи, общества и производства;
- экономический аспект – изучение экономических затрат и ожидаемого экономического эффекта при различных способах восстановительного лечения, формах и методах реабилитации для планирования медицинских и социально-экономичес-

ких мероприятий.

Важнейшей проблемой медико-социальной деятельности является работа с детьми-инвалидами.

По мнению экспертов ВОЗ, доля тяжелой детской инвалидности составляет в мире 1–2% от детской популяции и, согласно прогнозам, численность данного контингента детей должна увеличиваться.

Ежегодно в Российской Федерации рождается около 30 000 детей с врожденными и наследственными заболеваниями, из них более половины, как показывает практика, признаются в дальнейшем инвалидами,

В настоящее время в нашей стране насчитывается около 80 000 детей-инвалидов, что составляет примерно 2% детской популяции. В структуре причин детской инвалидности преобладают нарушения функций ЦНС, умственная отсталость, нервно-психические и нервно-мышечные нарушения, нарушения скелета, дисморфогенетические черты. Существенную роль играют также нарушения слуха, зрения, а также функциональные органические нарушения при хронических соматических болезнях.

К категории детей-инвалидов в нашей стране относят детей до 16 лет, имеющих значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушений развития и роста ребенка, недоразвитию способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, трудностям в обучении, общении, в возможности трудовой деятельности в будущем. Больницы различного уровня (республиканские, краевые, центральные, районные, в т. ч. детские), специализированные больницы и отделения (неврологические, психиатрические, туберкулезные и др.), консультативно-диагностические центры после обследования и лечения таких детей могут рекомендовать установленные ребенку инвалидности.

В медико-социальном заключении на ребенка-инвалида содержатся рекомендации для ребенка-инвалида:

- необходимость пребывания ребенка в специализированном детском учреждении;
- обучение на дому или в специальном учреждении;

- обеспечение необходимым оборудованием, вспомогательными средствами;
- необходимость санаторно-курортного лечения: профиль санатория, срок пребывания;
- комплекс основных реабилитационных мероприятий и пр.

Несмотря на многочисленные декларации о необходимости комплексной реабилитации детей-инвалидов и их семей, исследований по этим проблемам в России чрезвычайно мало. Методологические подходы к проведению комплексной реабилитации разработаны С. А. Овчаренко с соавторами [4]. Известен программно-целевой метод медико-социального исследования семей, предложенный О. В. Гриминой [5]. В практике они получили небольшое распространение. Проблемой остаются, также, вопросы унифицированных реабилитационных программ в разных центрах. В деятельности многих центров разных форм собственности упущены многие вопросы организации комплексной реабилитации детей с разными причинами инвалидности. Нередко в реабилитационных центрах используются рутинные малоэффективные методы реабилитации.

Серьезной проблемой деятельности реабилитационных учреждений является недостаточный уровень психологической помощи инвалидам, оценки психологических аспектов реабилитации. Психологический аспект отражает как личностно-психологическую ориентацию самого инвалида, так и эмоционально-психологическое восприятие проблемы инвалидности обществом. Инвалиды, как отмечалось выше, относятся к категории так называемого маломобильного населения и являются наименее защищенной, социально уязвимой частью общества. Это связано прежде всего с дефектами их физического состояния, вызванного заболеваниями, приведшими к инвалидности, а также с имеющимся комплексом сопутствующей соматической патологии и с пониженной двигательной активностью. Кроме того, в значительной степени социальная незащищенность этих групп населения связана с наличием психологического фактора, формирующего их отношение к обществу и затрудняющего адекватный контакт с ним. Психологические проблемы

возникают при изолированности инвалидов от внешнего мира.

В развитых странах сложились определенные стандарты, формы и методы работы с детьми-инвалидами. Естественно, в каждой стране существуют свои особенности оказания помощи этой категории населения, обусловленные национальным своеобразием, социально-экономическими условиями, психолого-педагогическими традициями, ориентацией на определенные научные подходы.

В настоящее время создаются, разрабатываются различные инновационные программы, учитывающие тенденции по оказанию комплексной помощи, индивидуального подхода к детям со специфическими нуждами.

Одна из таких программ, предложенная ООН – это «Реабилитация, базирующаяся на непосредственном окружении» (РБНО). Она определяется, как «стратегия развития общества, проводимая с целью реабилитации, уравнивания возможностей и социальной интеграции всех инвалидов. Ее цели: изменить положение дел в этой области, проводить обучение, с вовлечением правительства и общественности; разработать систему, способную оказать помощь всем нуждающимся инвалидам» [цит. по 6].

Суть РБНО заключается в том, семья и непосредственное окружение, освоив некоторые основные реабилитационные навыки, а также сам инвалид способны самостоятельно осуществлять реабилитацию. Безусловно, им оказывается помощь и поддержка соответствующих учреждений систем здравоохранения, образования, занятости и социальной защиты.

В России была разработана комплексная инновационная модель «Центр независимой жизни для детей с ограниченными возможностями» [7]. Это система социальных служб, которые в условиях дискриминирующего законодательства, недоступной государственной архитектурной среды и консервативного в отношении инвалидов общественного сознания, создает режим равных возможностей для детей с особыми проблемами. Основная задача модели – обучение детей и родителей умениям и навыкам независимой жизни. В работе используются следующие формы оказания помощи: беседы, семинары, творческие кружки, исследования, проведение различ-

ных мероприятий, создание служб (например «От родителя к родителю»), обучение родителей, представительство интересов, оказание помощи на дому и т. п.

Участие социального работника в реабилитации инвалидов носит многоаспектный характер, который предполагает не только разностороннее образование, но и наличие соответствующих личностных качеств, позволяющих инвалидам относиться к ним с доверием.

Одним из средств реализации такого подхода является лечебная верховая езда (ЛВЕ). Известны отечественные организационно-методические разработки по созданию реабилитационных центров с использованием ЛВЕ.

В ряде работ [8] излагаются вопросы, связанные с примерной организационной структурой специализированного центра ЛВЕ, а также предложения по приоритетным направлениям развития такого реабилитационного центра. Его работа может осуществляться в двух режимах – городском (стационарном), продолжительностью около восьми месяцев, и летнем (выездном), продолжительностью около двух месяцев. Описаны стационарный вариант деятельности Центра и его летний выездной вариант. В центре осуществляются лечебно-профилактическая работа с контингентом центра, медицинское обеспечение занятий по ЛВЕ, постоянный медицинский контроль. Отделение ЛВЕ обеспечивает: регулярные занятия ЛВЕ, тренировки по конноспортивной программе Специальной Олимпиады, тренировки по Паралимпийской конноспортивной программе, методическая работа по вопросам ЛВЕ. Центр должен иметь в своём составе отделение психолого-педагогической реабилитации. Основная его функция – психологическая поддержка пациентов и их родственников. Усилиями психологов, педагогов и логопедов достигается коррекция поведения, дефектов речи, расширяются навыки по самообслуживанию. В кружках и студиях развиваются творческие способности, формируются первичные навыки разнообразных ремесел.

Вышеописанный подход положен в основу при создании социально-оздоровительного комплекса «У-РА» в г. Новороссийске, где проводятся мероприятия по ЛВЕ и организа-

ции инвалидного конного спорта в Южном Федеральном округе. Здесь же проводятся социологические исследования по проблемам социализации детей-инвалидов и другим аспектам здравоохранения в социальном контексте.

### Литература

1. Голубева А. В. Социальная защита детей-инвалидов и их родителей. – Владимир: Транзит-Икс, 2001. – С. 136.

2. Актуальные проблемы современного детства // Сб. научных трудов НИИ детства РФ. – Вып. 1-б. – М., 1999. – С. 67-69.

3. Дементьева Н. Ф., Багаева Г. Н., Исаева Т. А. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями. – М.: Институт социальной работы, 1996.

4. Овчаренко С. А., Швецова В. С., Полякова Т. В. К методике комплексного изучения медико-социальных причин инвалидности с детства // Здравоохранение РФ. – 1994. – №5. – С. 25-27.

5. Гринина О. В. Семья – единица комплексных социально-гигиенических исследований // Сов. здравоохранение. – 1966. – №10. – С. 9-14.

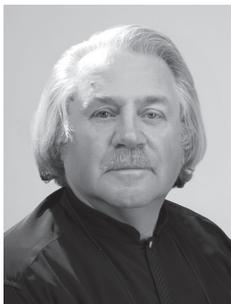
6. Генеративное здоровье и социальные гарантии. Педагогическая и психологическая абилитация детей с ограниченными возможностями / Под ред. чл.-корр. РАМН Саноцко И. В. – М.: «Нефтяник», 1998. – 51 с.

7. Орлова Г. Г., Шеметова Г. Н. и др. О валеологическом образовании и стратегии здоровья населения // Образ жизни и здоровья населения: Тезисы докл. 2-го междунар. мед. конгресса. – 1998. – С. 173.

8. Орлова Г. Г., Роберт Н. С., Денисенков А. И. Организационные аспекты комплексной реабилитации детей-инвалидов на основе лечебной верховой езды и инвалидного конного спорта. – М.: Национальная федерация лечебной верховой езды и инвалидного конного спорта, 2004. – 85 с.

Поступила в редакцию

20 сентября 2009 г.



**Фёдор Петрович Фролов** – руководитель социально-оздоровительного комплекса «У-РА», автор ряда оригинальных оздоровительных методик для людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, предусматривающих применение иппотерапии, ароматерапии и других процедур.

**Fedor Petrovich Frolov** – chief of social and sanitary complex «U-RA», author of numerous fitness training methods for people with locomotor apparatus dysfunctions, which methods include hypotherapy, aromatherapy, and other treatments.

353983, г. Новороссийск, ст. Раевская, ул. Майская, 10  
10 Mayskaya st., 353983, Rayevskaya stan., Novorossiysk, Krasnodarskiy kr., Russia  
Тел.: (8617) 27 00 99, e-mail: ffp@mail.ru