

УДК 304.2 ББК 60.99

Масленцева Наталья Юрьевна –
канд. социол. наук, доцент,
зав. кафедрой социологии и социальной
работы Российский государственный
профессионально-педагогический
университет, г. Екатеринбург
e-mail: masnat@yandex.ru

ПРОБЛЕМЫ И ТЕНДЕНЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ НОВОЙ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ: ФЕДЕРАЛЬНЫЙ И РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Ключевые слова: реабилитация, комплексная реабилитация, межведомственное взаимодействие, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)

Термин «реабилитация» насчитывает около сотни разных определений. Существующие различия в определении реабилитации влекут за собой различное формулирование цели реабилитации и подходы к оценке результатов реабилитации. Основным документом, регламентирующим деятельность в сфере реабилитации в Российской Федерации, является Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 №181-ФЗ. В связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов в новой редакции закона (редакция от 29.06.2015) 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».

В Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (редакция от 03.04.2017) под медицинской реабилитацией понимается «комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных

нарушений функций поврежденных органов либо систем, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество».

В Конвенции о правах инвалидов (принята Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 г.) отмечена необходимость «наделить инвалидов возможностью для достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни». Всемирная организация здравоохранения трактует реабилитацию как «процесс, включающий в себя все меры, направленные на обеспечение возможности достичь социальной интеграции» [2].

В Законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ (редакция от 29.06.2015) определены следующие направления реабилитации инвалидов: 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. Восстановительные мероприятия должны осуществляться с учетом биологических, личностных, психологических, профессиональных и социальных факторов, применительно к роли и месту человека в окружающей среде. При этом необходимо соблюдение основных принципов реабилитации: комплексности и индивидуального подхода, раннего начала, непрерывности, этапности, последовательности, преемственности и самое главное активного участия самого реабилитанта [8]. Рассматривая реабилитацию в этом аспекте, можно с уверенностью отметить, что при таком походе возникают субъектно-объектные отношения: люди с ограниченными возможностями становятся полноправными участниками реабилитации.

Таким образом, цель комплексной реабилитации можно сформулировать как восстановление социального статуса человека с ограниченными возможностями здоровья, достижение им материальной независимости и его социальной адаптации, развитие активного социального субъекта, личности, способного к волевым усилиям, трудовой мотивации, саморазвитию, с использованием технологий медицинского, психологического и социального характера. В настоящее время проблематично оценить результативность реабилитации, так как функции оценки результатов реабилитации не возложены на исполнителей мероприятий.

С 1 января 2017 года в рамках подпрограммы «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 – 2020 годы Свердловская область приступила к реализации пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей – инвалидов [5]. Семь органов исполнительной власти Свердловской области вовлечены в разработку межведомственной системы по комплексной реабилитации: министерства здравоохранения, социальной политики, образования, культуры, транспорта и связи, департамент по труду и занятости населения, физической культуры, спорта и молодежной политики. В работе также принимают участие Фонд социального страхования, Пенсионный фонд РФ и Главное бюро медико-социальной экспертизы.

Комплексная реабилитация включает мероприятия по профилактике и ранней помощи, медицинской, психологической, педагогической и социальной реабилитации, подготовке к самостоятельному или сопровождаемому проживанию, профессиональной реабилитации, физкультурно-оздоровительной и спортивной направленности. Пока в работе субъектов реабилитации присутствует разрозненность и хаотичность деятельности, не только между ведомствами. Во многих реабилитационных отделениях реабилитацию рассматривают изолированно, в основном с позиции медицины, а в социально – реабилитационных отделениях предлагают убрать медицинские услуги. Реабилитация проходит без учета индивидуально – личностных особенностей человека, возможности адекватного существования в новых условиях. Универсальным инструментом для межведомственного взаимодействия, основой построения уровневой и этапной системы реабилитации и абилитации, а также организации комплексного подхода к реабилитации и абилитации в учреждениях различных профилей и специализаций является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [6].

Биопсихосоциальный подход дает понимание того, что лечат человека, а не болезнь; человек – это не только тело, но и психика; личность с индивидуальным опытом и реакциями [3]. Работа с мотивацией, психоэмоциональными реакциями человека, даст экономию времени и большую эффективность реабилитации.

Медицинская модель реабилитации (ЛФК, массаж, физиотерапия) не является оптимальной т.к. не учитывается влияние на лечение и восстановление индивида таких факторов, как личность и окружение. В качестве инструмента для внедрения биопсихосоциальной модели, оценки результата реабилитации предлагается использовать Международную классификацию функционирования (далее – МКФ), являющаяся классификацией доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем. «Домен – практический

и значимый набор взаимосвязанных физиологических функций, анатомических структур, действий, задач и сфер жизнедеятельности» [9]. В данной системе использует буквенно-цифровую систему. Домены описаны с позиций организма, индивида и общества посредством двух основных перечней: 1) функции (b) и структуры (s) организма – относятся к медицинской реабилитации; 2) домены активности и участия (d) – социальная составляющая реабилитации. К основным сферам активности и участия, по МКФ, относятся обучение и применение знаний, решение общих задач и выполнение требований, общение, мобильность, самообслуживание, бытовая или повседневная жизнь, межличностные взаимодействия и общение, главные сферы жизни, жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь.

МКФ расценивает понятия «здоровье» и «инвалидность» по-новому: каждый индивид может пройти через изменение состояния здоровья, испытав при этом, некоторую степень ограничения возможностей [4]. МКФ с помощью набора доменов описывает ситуацию индивида, с учетом воздействия физической среды (e) на его жизнедеятельность и личностных факторов. МКФ подробно описывает факторы окружающей среды, в нее входят продукция и технологии; природное окружение и изменение окружающей среды, осуществлённые человеком; поддержка и взаимосвязи; установки; службы, административные системы и политика. Необходимо отметить, что в МКФ отсутствует расшифровка личностных факторов, но они включены в структуру, так как являются внутренне присущим потенциалом здоровья индивида.

Основным термином, объединяющим все составляющие МКФ, является функционирование. В зависимости от ситуации изменение функционирования может произойти на разных уровнях: организма или органа; деятельности, которую индивид способен выполнять; участия его в общественной жизни. При одном заболевании у двух индивидов могут быть различные уровни функционирования, и два индивида с равным уровнем функционирования не обязательно имеют одинаковое изменение здоровья. Акцент делается на все, то положительное, что сохранилось в индивидуально личностных характеристиках человека и содержится в физическом и социальном окружении. Оценка в формате МКФ сводится к разделению и дифференциации диагноза между активностью, участием, функцией и структурами, и их взаимосвязи с факторами среды. Реализация биопсихосоциальной модели осуществляется именно за счет оценки активности, участия и понимания роли факторов среды. Если медицинская модель реабилитации формулируется так: восстанавливаем то, что повреждено и нарушено: то «реабилитация с учетом МКФ совершенно иная: восстанавливаем то, что необходимо для реализации активности и участия» [7] (с учетом мнения человека, проходящего реабилитацию). Преимущества оценки в новом формате позволяют реабилитанту получить профессиональную социальную поддержку, чувство понимания личных проблем специалистами, снизить уровень стресса, включенность

в восстановительный процесс. Специалисты, оказывающие реабилитационные услуги, смогут иметь доступ к большей информации о здоровье своих клиентов, использовать разнообразные критерии для оценки прогноза и результатов реабилитации, более адресно и точно подбирать оказываемые услуги, устанавливать партнерские отношения с реабилитантом, влиять на качество и эффективность оказываемых услуг.

Список литературы:

1. Буйлова Т.В. Международная классификация функционирования как ключ к пониманию философии реабилитации // МЕДИ-АЛЬ. 2013 № 2 (7). – С. 26–31.
2. Зак Г.Г. Исторический анализ сущности понятия «реабилитация» в системе специального образования // Специальное образование, 2012. № 3. – С. 35–38.
3. Концепция совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов (утв. Минтрудом России) – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 30.03.2017).
4. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (краткая версия под ред. Г.Д. Шостка. – СПб.: СПбИУВЭК, 2003. – 228 с.
5. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 18.08.2016 г. № 436н «Об утверждении технического задания пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов» (зарегистрировано в Минюсте России 11.10.2016. Регистрационный № 44000) – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 30.05.2017).
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. N 1677н «Об утверждении технического задания пилотного проекта по отработке новых подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с учетом Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья»: (Зарегистрировано в Минюсте РФ 06.02.2012. Регистрационный № 23145) – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 28.03.2017).
7. Романова З.А. Использование международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при экспертизе детей и подростков // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2014. № 1. – С. 51–56.
8. Соколова М.В. Реабилитация после заболеваний. Полный справочник. М.: ЭКСМО, 2008. – 360 с.
9. Шмонин А.А. Биопсихосоциальная модель пациента с инсультом: роль факторов среды в реабилитации // Consilium Medicum, 2016. №13. – С. 14–19.