

РЕГИОНАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Автор: В. Г. СУХИХ

СУХИХ Валентина Герасимовна - заместитель начальника отдела по вопросам инвалидов и лиц, пострадавших от радиации, министерства социальной политики Красноярского (E-mail: svg@szn24.ru).

Аннотация. Вступление России в международные соглашения по обеспечению равных прав инвалидам предполагает создание современной модели их реабилитации и социальной инклюзии. Это вызывает необходимость модернизации и дальнейшего развития действующих региональных моделей социальной поддержки и реабилитации многочисленных представителей обозначенной категории населения.

Ключевые слова: модель реабилитации инвалидов * модернизация региональных моделей * индивидуальная программа реабилитации * среда жизнедеятельности * социальная инклюзия

Одной из приоритетных целей современной государственной социальной политики является создание условий для достойной жизни, свободного развития и самореализации каждого человека. В равной степени это относится и к людям с инвалидностью. Формирование региональной политики в отношении обозначенной категории граждан относительно новое явление в России, поскольку с 2005 г. социальная политика формировалась исключительно на федеральном уровне, а регион не представлял собой ее самостоятельный субъект в отношении инвалидов. В настоящее время все большая часть полномочий по реабилитации людей с инвалидностью передается на уровень региона, что требует модернизации и развития сложившихся региональных моделей их реабилитации.

Понятие "модель" в социологии нередко отождествляется с понятием "теория", как обобщение и формализация основных теоретических положений, как система конструирования определенных качеств, востребованных практикой социальной работы¹. Наряду с этим имеются публикации², в которых отражается практико-ориентированное применение понятия "модель структурных единиц" социальной защиты населения, как определенная структура организации, основные направления ее деятельности, цели, задачи, методы и формы работы. Модель реабилитации характеризуется рассогласованностью основных составляющих элементов. На практике отмечается слабое взаимодействие учреждений медико-социальной экспертизы, социальной защиты, образования, здравоохранения, культуры, спорта, что непосредственным образом приводит к потере комплексности реабилитационного процесса. Недостатки в реабилитации инвалидов в крае определяются также отсутствием постоянного мониторинга основных потребностей их и членов семей в услугах, контролем за качеством, а также ходом и результатами реализации индивидуальных программ на основе современных информационно-аналитических схем сбора, анализа и хранения информации.

¹ *Топчий Л. В.* Современные теоретические парадигмы и модели социальной работы // Отечественный журнал социальной работы. 2008, N 1.

² *Модели социальной работы в регионах Сибири: уч. пос. под редакцией Л. Г. Гусяковой.* Барнаул: Азбука, 2006.

Принятие любых значимых управленческих решений в сфере реабилитации инвалидов не обходится в настоящее время без всестороннего **исследования**. Одним из доступных и результативных способов **исследования** является выборочное изучение положения и установок людей с инвалидностью, а также анализ существующих социальных реалий их проживания и социального функционирования.

В качестве примера такой деятельности может служить проведенное в Красноярском крае в 2010 г. **исследование** микро- и макросреды жизнедеятельности инвалидов, а также ключевых барьеров и препятствий, стоящих на пути их реабилитации и социальной инклюзии.

В качестве теоретической модели **исследования** взято проблемное поле взрослой инвалидности в крае, состоящее из отдельных жизненных потребностей людей с инвалидностью. При этом толкование понятия "*микросреда жизнедеятельности инвалида*" понималось как среда, факторы которой обуславливают созидание новых внутренних характеристик человека, изменение самосознания, самоотношения и взаимоотношения индивида и его ближайшего окружения (семья, жизненные установки, эмоциональная и духовная сфера, интеллект и т.п.). Макросреда жизнедеятельности инвалида - это среда адаптированная под особые нужды людей с инвалидностью, способствующая их полноценному ролевому и статусному функционированию.

Результаты **исследования** социально-демографических показателей инвалидности в крае (выборка более 2000 человек) показали, что наиболее многочисленна возрастная группа от 46 до 60 лет и старше, преимущественно это женщины (особенно в группе 60 лет), 41% состоят (или состояли ранее) в браке, 28% имеют детей.

Основными причинами инвалидности являются различные соматические заболевания (сахарный диабет, бронхиальная астма, онкозаболевания, резекция внутренних органов и т.п.), приведшие к стойкому расстройству функций организма (инвалиды по "общему заболеванию", отдельно выделены инвалидизирующие патологии органов зрения и слуха). Достаточно многочисленна группа инвалидов с детства (19 - 25%). Из других причин инвалидности отмечались трудовые увечья, последствия военных травм и техногенных катастроф, дорожно-транспортных происшествий.

Анализ структуры бюджета основной массы инвалидов показал, что заработную плату как источник дохода дополнительно к пенсии рассматривают около 30% респондентов. Из-за низкой оплаты труда на рабочих местах, доступных для инвалидов, трудовая занятость редко рассматривается инвалидами как альтернатива жизни на пенсию.

Вызывает тревогу показатель количества инвалидов, не желающих и не пытающихся трудоустроиться (от 39 до 89%).

Что касается характера трудовой деятельности работающих инвалидов, то здесь преобладают рабочие специальности (20 - 42%). В центральной территориальной зоне отмечена научная и творческая деятельность (до 32%). Наиболее подходящим местом работы люди с инвалидностью считают либо специальные предприятия при общественных инвалидных организациях (17 - 27%), либо высококвалифицированный труд совместно с людьми без ограничений по здоровью (от 5% до 22%).

Первым звеном модернизации модели реабилитации инвалидов должна стать медико-социальная экспертиза. Сложившаяся практика ее проведения требует совершенствования, начиная с самой процедуры освидетельствования и заканчивая содержанием индивидуальных программ реабилитации.

Анализ ответов подтверждает также, что в региональной модели не хватает организационных структур по реабилитации взрослых инвалидов. По действующему законодательству инвалиду гарантируется получение разнообразных услуг, но часто они не имеют даже информации, где и в каком объеме смогут это сделать. Из услуг по профессиональной реабилитации более всего информанты хотели бы получить содействие в трудоустройстве, профессиональном обучении и переобучении, а также психологические, физкультурно-оздоровительные мероприятия, современные техни-

ческие средства реабилитации и компенсации. Подлежит модернизации процедура обеспечения инвалидов техническими средствами.

Доступность физической среды, включая жилье, транспорт, образование, здравоохранение, работу и культуру, информацию и средства коммуникации, является ключевым условием интеграции инвалидов в общество. Обеспечение доступности создает предпосылки для реализации потенциала инвалидов. Недостаточный уровень доступности среды вполне определенно можно рассматривать, как инвалидизирующий фактор ограничения жизнедеятельности. Следовательно, эффектом от формирования доступной среды должно стать не просто улучшение качества жизни инвалидов, *но* и снижение степени инвалидизации населения. Влияние фактора инвалидности на общественную активность, образ и качество жизни, социальные установки и стратегии человека совершенно очевидны. Результаты мониторинга показали, что у людей с инвалидностью происходит изменение ценностной иерархии в сторону снижения общественной активности и увеличение значимости утилитарных и индивидуалистических ценностей.

Скудная в видовом отношении досуговая деятельность абсолютного большинства инвалидов отражает наличие у них социально-психологического дискомфорта, обусловленного не только неудовлетворительным уровнем и качеством жизни, но и слабой доступностью общечеловеческих и культурных ценностей. Люди с инвалидностью, в основной своей массе, дезадаптированы по отношению к досуговой инфраструктуре и образу жизни здоровых людей, т.к. нетипичные требования инвалидов просто не учитываются.

Анализ ответов на вопрос о жизненных стратегиях показал особую озабоченность инвалидов проблемами здоровья (72 - 86%). Далее, по степени актуальности, значится материальное положение (38 - 57%), счастливая семейная жизнь (20 - 64%), наличие хороших друзей (22 - 38%). Успех реабилитации инвалидов зависит от воздействия не только внешних, но и внутренних побудительных сил, которые определяются интересами, желаниями, потребностями, идеалами, ценностями, а также психологическими особенностями личности (темперамент, реакция, внимание).

Все отмеченные показатели характеризуют способность людей с инвалидностью к самореабилитации, сознательному саморазвитию и самосовершенствованию, что в конечном итоге и определяет успех реабилитации.

Социальная инклюзия людей с инвалидностью рассматривалась автором как процесс приобщения этих людей к жизни совместно с более широким человеческим сообществом посредством реабилитации и социальной адаптации. Современное состояние функционирующей в крае модели реабилитации инвалидов нуждается в целенаправленном поиске новых подходов к решению проблем инвалидов с учетом их ресурсных потенциалов. Они испытывают колоссальную потребность в экономических, социальных, культурных, образовательных и иных ресурсах. Практически инвалиды оказались на периферии социального пространства (социальная эксклюзия), вместе с тем как они сами, так и общество готовы к более полному и активному участию во всех сферах жизни общества. Обеспечить это возможно формированием доступной среды жизнедеятельности инвалидов. По итогам исследования можно определенно говорить, что особые потребности инвалидов, проживающих на территории края, не интегрированы в условия по обеспечению независимой и качественной жизни.

Слабая доступность бесплатных качественных медицинских услуг и выявление соматических заболеваний на поздних стадиях развития для большинства жителей края приводят к ухудшению состояния здоровья и последующей инвалидности, о чем свидетельствует высокий процент инвалидов от "общего заболевания" (59% по краю). Существующая практика освидетельствования в учреждениях медико-социальной экспертизы и содержание ИПР требуют реформирования, т.к. существование проблем в самом начале реабилитационного процесса нивелирует всю последующую комплексную реабилитацию людей с инвалидностью.

Результаты исследования показали также наличие нерешенных проблем, препятствующих занятости инвалидов, а полученное образование либо не соответствует (26%), либо в малой степени (26%) соответствует их целям и потребностям. Специализированные предприятия, на необходимость которых указали 23%, не могут существовать без помощи государства, что существенно ограничивает возможность трудовой занятости для инвалидов.

Анализ эмпирических данных исследования микро- и макросреды жизнедеятельности инвалидов, а также теоретико-методологических представлений позволил сформулировать основные направления модернизации региональной модели реабилитации инвалидов. Это рационализация имеющейся реабилитационной инфраструктуры; создание условий трудоустройства и трудовой занятости людей с инвалидностью; обеспечение максимальной доступности образовательной, жилой, городской и транспортной среды; расширение перечня необходимых средств и услуг по обеспечению доступа к информационной среде (компьютерная грамотность, дистанционное дополнительное образование, подключение к сети Интернет); разработка и практическое внедрение региональных стандартов реабилитационных услуг и организация работы реабилитационных учреждений; повышение качества и "наполняемости" индивидуальной программы реабилитации; ведение мониторинга реализации ИПР на основе создания единой аналитической и справочной информации; разработка показателей эффективности реабилитационного процесса и качества работы соответствующего учреждения; организация обучения и повышения квалификации специалистов сферы реабилитации; поддержка общественных организаций инвалидов и развитие спонсорской и благотворительной помощи.