

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Реабилитация и абилитация инвалидов средствами адаптивной физической культуры и спорта, в том числе детей-инвалидов

Москва, 2022

1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Настоящие Методические рекомендации по реабилитации и абилитации инвалидов средствами адаптивной физической культуры и спорта, в том числе детей-инвалидов (далее – Методические рекомендации) предназначены для разработки информационных материалов для заинтересованных лиц и возможного применения на уровне физкультурно-спортивной организации, организации, оказывающей физкультурно-спортивные услуги или участвующей в комплексной реабилитации инвалидов (детей-инвалидов).

Реализация основных направлений реабилитации, абилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации, создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, инженерной, транспортной инфраструктур и пользование средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации, абилитации инвалидов.

Реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.

Методические рекомендации разработаны с учетом требований и норм международных документов в области обеспечения прав и социальной защиты инвалидов, в том числе Конвенции о правах инвалидов, действующих нормативных правовых актов Российской Федерации, а также технических нормативных правовых актов, строительных, противопожарных и иных норм в области доступности для инвалидов объектов и услуг.

Методические рекомендации предназначены руководителям и специалистам физкультурно-спортивных организаций, оказывающих услуги лицам с инвалидностью, для практического применения в работе при решении вопросов обеспечения доступности для инвалидов услуг и объектов, на которых они предоставляются, оказания при этом необходимой помощи.

Методические рекомендации содержат теоретический материал по основным организационным формам и механизмам управления программами реабилитации и абилитации инвалидов, в т.ч. детей-инвалидов, и дают общее представление о моделировании программ адаптивной физической культуры и спорта для комплексной реабилитации и абилитации. В рекомендациях рассмотрена сетевая и кластерная модели планирования программ адаптивной физической культуры и спорта и применение

Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в руководстве реабилитацией инвалидов. Вопросы оценки результатов реабилитации.

При использовании настоящих Методических рекомендаций необходимо проверять действие (актуальность) нормативно-правовых актов, упомянутых в документе, т.к. ряд документов ограничен по срокам действия. Также следует учитывать, что использование сводов строительных правил и регламентов, которые имеют статус действующих, но не включенных в Перечни сводов правил или частей сводов правил, в результате применения которых на обязательной или добровольной основе обеспечивается соблюдение требований Федерального закона от 30.12.2009 № 384-ФЗ «Технический регламент о безопасности зданий и сооружений», утвержденные соответствующим образом на федеральном уровне, должно подтверждаться результатами испытаний, проб и экспериментов.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

1. ГОСТ Р 52495-2005 Национальный стандарт Российской Федерации «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг».

2. ГОСТ Р 53874-2017 Национальный стандарт Российской Федерации «Реабилитация и абилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных и абилитационных услуг».

3. ГОСТ Р 54738-2021 Национальный стандарт Российской Федерации «Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов».

4. Конвенция о правах инвалидов (принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13.12.2006, подписана от имени Российской Федерации 24.09.2008, ратифицирована Федеральным законом от 03.05.2012 № 46-ФЗ).

5. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), утверждена 22.05.2001 54-й сессией ассамблеи ВОЗ (резолюция WHA54.21).

6. Организационно-методические рекомендации по использованию технологий, основанных на средствах и методах адаптивной физической культуры в индивидуальных программах реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов (утверждены Министром спорта Российской Федерации П.А. Колобковым 20.10.2017).

7. Письмо Минобрнауки России от 13.01.2016 № ВК-15/07 «О направлении методических рекомендаций» (вместе с Рекомендациями Министерства образования и науки Российской Федерации органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования по реализации моделей раннего выявления отклонений и комплексного сопровождения с целью коррекции первых признаков отклонений в развитии детей).

8. Постановление Правительства Российской Федерации от 29.03.2019 № 363 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда»

9. Приказ Министерства культуры России от 30.12.2016 № 3019 «Об утверждении модельной программы социокультурной реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов».

10. Приказ Министерства социальной защиты населения Российской Федерации от 26.12.2017 № 875 «Об утверждении методики разработки региональной программы по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (типовая программа субъекта Российской Федерации)».

11. Приказ Министерства социальной защиты населения Российской Федерации от 30.06.2017 № 545 «Об утверждении методики оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов».

12. Приказ Министерства социальной защиты населения Российской Федерации от 29.09.2017 № 705 «Об утверждении примерной модели межведомственного взаимодействия организаций, предоставляющих реабилитационные услуги, обеспечивающей принцип ранней помощи, преемственность в работе с инвалидами, в том числе с детьми-инвалидами, и их сопровождение».

13. Приказ Министерства социальной защиты населения Российской Федерации от 23.04.2018 № 275 «Об утверждении примерных положений о многопрофильных реабилитационных центрах для инвалидов и детей-инвалидов, а также примерных перечней оборудования, необходимого для предоставления услуг по социальной и профессиональной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов».

14. Приказ Министерства социальной защиты населения Российской Федерации от 27.09.2017 № 700 «О примерных штатных нормативах организаций, предоставляющих услуги по социальной и профессиональной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов».

15. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 18.08.2016 № 436н «Об утверждении технического задания пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов».

16. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18.12.2021 № 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года».

17. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, приняты Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций на сорок восьмой сессии 20.12.1993 (резолюция 48/96).

18. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 24.11.2020 № 3081-р «Об утверждении стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2030 года».

19. Федеральный закон от 19.04.1991 № 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации».

20. Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».

21. Федеральный закон от 04.12.2007 № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».
22. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
23. Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
24. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
25. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

Абилитация инвалидов – система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Адаптация социальная – система мероприятий, направленных на приспособление гражданина, находящегося в трудной жизненной ситуации, к принятым в обществе правилам и нормам поведения, окружающей его среде жизнедеятельности.

Адаптированная физическая активность – дополнение реабилитационного лечения, направлена на восстановление активности пациента (клиента).

Ассистивные (вспомогательные) устройства – любое внешнее изделие (включая устройства, оборудование, инструменты или программное обеспечение), специально изготовленное или широко имеющееся в наличии, главная цель которого состоит в поддержании или улучшении функционирования и независимости индивида, содействуя тем самым его благополучию.

Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида – комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Кластер – организационная форма консолидации усилий заинтересованных сторон, направленных на достижение конкретных преимуществ, в условиях становления постиндустриальной экономики. Одна из форм взаимодействия организаций и социальных групп в рамках совместной цепочки ценности. Представляет собой взаимозаменяемый элемент самодостаточной локализованной сферы производства или услуг определенного направления, объединяющий широкий круг участников производственного процесса по всей цепочке технологического цикла. Обладает свойствами кооперации и взаимной конкуренции его участников, формирует уникальные компетенции региона, способствует концентрации предприятий и организаций на определенной территории.

Кластеризация – процесс формирования и развития кластера вследствие действия внешних стимулов и внутренних мотивов, побуждающих актора к реализации кластерного взаимодействия.

Кластерная инициатива – управляемый процесс создания и развития кластера. Инициатором создания кластера «снизу», как правило, является один или несколько субъектов рынка, деятельность которых носит смежный взаимодополняющий характер, и они замотивированы на снижение издержек и максимизацию выгод за счет реализации кластерного взаимодействия.

Кластерная политика – система государственных и общественных мер и механизмов поддержки кластеров и кластерных инициатив, обеспечивающих повышение конкурентоспособности регионов, предприятий, входящих в кластер, развитие институтов, стимулирующих формирование кластеров, а также обеспечивающих внедрение инноваций. Процесс стимуляции развития кластеров и кластерных инициатив государственными и общественными организациями.

Комплексная реабилитация и абилитация инвалида (ребенка-инвалида) – совокупность различных по форме, направлению и области применения приемов и методов (медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических, бытовых, социально-правовых, профессиональных, спортивных, творческих и средовых компонентов) реабилитации.

Локальная кластеризация (ЛК) – предусматривает создание сетевых объединений или устойчивых связей открытого типа, создающихся на короткий промежуток времени и не имеющих общей системы управления и координации участников. Для ЛК применяются методы самоуправления и согласования действий с реализацией модели горизонтальной интеграции.

Медико-социальная экспертиза – признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медицинская реабилитация представляет собой комплекс медицинских мер воздействия на человека-инвалида, направленных на восстановление нарушенных или утраченных функций организма, приведших к инвалидности. Цель этих мер – восстановление, поддержание и охрана здоровья инвалида.

Многопрофильная организация комплексной реабилитации (абилитации) инвалидов (детей-инвалидов) – реабилитационная организация, реализующая

мероприятия по различным направлениям реабилитации и абилитации для всех категорий инвалидов.

Моделирование – это метод воспроизведения и исследования определённого фрагмента действительности (предмета, явления, процесса, ситуации) или управления им, основанный на представлении объекта с помощью модели.

Модель – представление предмета, системы или идеи в форме, отличной от формы целого, т.е. самого предмета. Модели играют полезную роль, потому что они упрощают реальность и тем самым облегчают возможность увидеть внутренние отношения.

Направления реабилитации и абилитации инвалидов – включают в себя медицинскую реабилитацию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение; профессиональную ориентацию, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственную адаптацию; социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию; физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Реабилитационная организация – организация, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, осуществляющая деятельность в сферах образования, социальной защиты, здравоохранения, физической культуры и спорта, труда и занятости, направленную на устранение или, возможно, более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в целях их социальной адаптации, включая интеграцию в общество.

Реабилитационная услуга инвалиду – действие реабилитационных организаций, заключающееся в проведении для инвалида комплекса медицинских, психологических, педагогических, профессиональных, юридических и других мероприятий для устранения или возможно полной компенсации ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Реабилитационный потенциал – обобщенный показатель сохранившихся (неповрежденных) и скрытых резервов человека со сниженным здоровьем; совокупность биологических и психофизиологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих при создании определенных условий в той или иной

степени восстановить или компенсировать нарушенные сферы жизнедеятельности, реализовать потенциальные способности, интегрироваться в общество.

Реабилитация инвалидов – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Реабилитация социальная – система мероприятий, направленных на восстановление утраченных гражданином социальных связей, социального статуса, устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности.

Система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов – система методологических, методических, правовых, финансовых и организационных компонентов (в т.ч. организаций), обеспечивающих реабилитационный и абилитационный процессы, оказание ранней помощи и сопровождение инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на основе эффективного межведомственного взаимодействия при обеспечении социальной защиты инвалидов, в том числе детей-инвалидов, с учетом особенностей нарушения их здоровья, а также сопровождения инвалидов, в том числе детей-инвалидов, и (или) их семей.

Социально-бытовая адаптация – это обучение инвалида самообслуживанию и мероприятия по обустройству жилища инвалида в соответствии с имеющимися ограничениями жизнедеятельности. Социально-бытовая адаптация ориентирована на инвалидов, не владеющих необходимыми социально-бытовыми навыками и нуждающихся во всесторонней ежедневной поддержке в микросоциальной среде.

Социально-педагогическая реабилитация инвалидов – это совокупность мероприятий по коррекции и компенсации функций, приспособлению инвалида к условиям социальной среды педагогическими методами и средствами.

Социокультурная реабилитация – это комплекс мероприятий, цель которых заключается в помощи инвалиду достигнуть и поддерживать оптимальную степень участия в социальных взаимосвязях, необходимый уровень культурной компетенции, что должно обеспечивать возможность для позитивных изменений в образе жизни и наиболее полную интеграцию в общество за счет расширения рамок его независимости.

Спорт – сфера социально-культурной деятельности как совокупность видов спорта, сложившаяся в форме соревнований и специальной практики подготовки человека к ним.

Стратегическая кластеризация (СК) – предусматривает создание кластеров как устойчивых во времени полисубъективных организационных систем, реализующих сетевое взаимодействие в практике совместной деятельности в долгосрочной перспективе и имеющих общую систему управления и координации участников. Для СК применяются

методы управления и координации с реализацией вертикальной и горизонтальной моделей интеграции.

Услуга по профессиональной реабилитации – комплекс мероприятий, направленных на восстановление трудоспособности инвалида в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда, на максимально возможное включение в трудовую деятельность с учетом имеющихся у инвалида нарушений функций организма и ограничений к трудовой деятельности с целью достижения им конкурентоспособности на рынке труда, материальной независимости, самообеспечения и интеграции в общество.

Услуга по социальной реабилитации инвалидов представляет собой комплекс мер, направленных на устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалида, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций его организма, обеспечение ему оптимального режима общественной и семейно-бытовой деятельности в конкретных социально-средовых условиях. Основная цель социальной реабилитации – восстановление способностей инвалида к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности.

Услуга по социально-психологической реабилитации – это комплекс мер, направленных на оказание психологической помощи инвалидам для достижения целей социально-психологической реабилитации, а именно на восстановление (формирование) способностей, позволяющих им успешно выполнять различные социальные роли (семейные, профессиональные, общественные и другие) и иметь возможность быть реально включенным в разные области социальных отношений и жизнедеятельности, на формирование социально-психологической компетентности для успешной социальной адаптации и интеграции инвалида в общество.

Услуга по социально-средовой реабилитации – это комплекс мероприятий, направленных на интеграцию инвалида в общество путем обеспечения его необходимым набором технических средств реабилитации, создания доступной среды.

Физическая культура – часть культуры, представляющая собой совокупность ценностей, норм и знаний, создаваемых и используемых обществом в целях физического и интеллектуального развития способностей человека, совершенствования его двигательной активности и формирования здорового образа жизни, социальной адаптации путем физического воспитания, физической подготовки и физического развития.

Физическая реабилитация – восстановление (в том числе коррекция и компенсация) нарушенных или временно утраченных функций организма человека и способностей к общественной и профессиональной деятельности инвалидов и лиц

с ограниченными возможностями здоровья с использованием средств и методов адаптивной физической культуры и адаптивного спорта, которые направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья.

Физическое воспитание – процесс, направленный на воспитание личности, развитие физических возможностей человека, приобретение им умений и знаний в области физической культуры и спорта в целях формирования всесторонне развитого и физически здорового человека с высоким уровнем физической культуры.

Физкультурно-оздоровительная услуга – деятельность, осуществляемая физкультурно-спортивной организацией независимо от ее организационно-правовой формы, направленная на удовлетворение потребностей граждан в сохранении и укреплении здоровья, физической подготовке и физическом развитии, включающая в себя в том числе проведение физкультурных мероприятий.

Модель кластера – схематично представленная и вербально описанная организационная структура кластера, отражающая основной состав участников, среду реализации, механизмы кластерного взаимодействия и управления деятельностью.

Модельное решение – обобщенное «рамочное» описание принципов, ориентиров и концептуальных подходов к решению прикладных задач в какой-либо области деятельности.

4. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Одним из направлений государственной политики Российской Федерации в области обеспечения соблюдения прав инвалидов является формирование активного образа жизни граждан с ограниченными возможностями здоровья, их инклюзии в социальную жизнь. Ратификация нашим государством Конвенции о правах инвалидов послужила стимулом к совершенствованию службы медико-социальной экспертизы и порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА).

Ранняя помощь лицам с инвалидностью, семьям, в которой находится человек с проблемами со здоровьем любого возраста, сегодня становится элементом системы комплексной реабилитации, рассматривается в контексте профилактики инвалидности через организацию системы раннего выявления, в т.ч. детей с патологиями развития, и организации помощи им специалистами мультидисциплинарной команды.

Актуальность формирования комплексной системы реабилитации и абилитации инвалидов в субъектах Российской Федерации обусловлена объективными показателями инвалидности. По данным Федерального реестра инвалидов, численность инвалидов в Российской Федерации на 01.01.2022 составила 10 556 630 человек в возрасте старше 18 лет и 735 508 детей-инвалидов.

Современные требования к реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации основывается на положениях Конвенции о правах инвалидов, ратифицированной Федеральным законом от 03.05.2012 № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов». Одним из основных постулатов Конвенции является идея создания условий, обеспечивающих доступность получения инвалидами качественных реабилитационных и/или абилитационных услуг. Данное положение реализуется посредством государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» (утв. постановлением Правительства Российской Федерации от 29.03.2019 № 363).

Документы ООН предлагают новый принцип сбора данных в области устойчивого развития – принцип дезагрегированных данных: «чтобы никто не был забыт». Показатели должны приводиться, когда это уместно, в разбивке по уровню дохода, полу, возрасту, расе, этнической принадлежности, миграционному статусу, инвалидности, месту проживания и другим признакам в соответствии с основополагающими принципами официальной статистики (резолюция 68/261 Генеральной Ассамблеи ООН).

Европейская экономическая комиссия ООН рекомендует к 2030 году достичь следующих целей устойчивого развития (в контексте развития реабилитации инвалидов):

– внедрить на национальном уровне надлежащие системы и меры социальной защиты для всех, включая установление минимальных уровней, и к 2030 году достижение существенного охвата бедных и уязвимых слоев населения;

– обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в т.ч. защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех;

– оказывать содействие исследованиям и разработкам вакцин и лекарственных препаратов для лечения инфекционных и неинфекционных болезней, которые в первую очередь затрагивают развивающиеся страны, обеспечивать доступность недорогих основных лекарственных средств и вакцин в соответствии с Дохинской декларацией «Соглашение по ТРИПС и общественное здравоохранение»;

– наращивать потенциал всех стран, особенно развивающихся, в области раннего предупреждения, снижения рисков и регулирования национальных и глобальных рисков для здоровья;

– ликвидировать гендерное неравенство в сфере образования и обеспечить равный доступ к образованию и профессионально-технической подготовке всех уровней для уязвимых групп населения, в том числе инвалидов, представителей коренных народов и детей, находящихся в уязвимом положении;

– создать и совершенствовать учебные заведения, учитывающие интересы детей, особые нужды инвалидов и гендерные аспекты, и обеспечить безопасную, свободную от насилия и социальных барьеров и эффективную среду обучения для всех;

– обеспечить полную и производительную занятость и достойную работу для всех женщин и мужчин, в том числе молодых людей и инвалидов, и равную оплату за труд равной ценности;

– поддержать законодательным путем и поощрением активное участие всех людей в социальной, экономической и политической жизни независимо от их возраста, пола, инвалидности, расы, этнической принадлежности, происхождения, религии и экономического или иного статуса;

– обеспечить, чтобы все могли пользоваться безопасными, недорогими, доступными и экологически устойчивыми транспортными системами на основе повышения безопасности дорожного движения, в частности, расширения использования

общественного транспорта, уделяя особое внимание нуждам тех, кто находится в уязвимом положении, женщин, детей, инвалидов и пожилых лиц;

- обеспечить всеобщий доступ к безопасным, доступным и открытым для всех зеленым зонам и общественным местам, особенно для женщин и детей, пожилых людей и инвалидов;

- обеспечить ответственное принятие решений репрезентативными органами на всех уровнях с участием всех слоев общества;

- усилить поддержку, чтобы значительно повысить доступность высококачественных, актуальных и достоверных данных, дезагрегированных по уровню доходов, гендерной принадлежности, возрасту, расе, национальности, миграционному статусу, инвалидности, географическому местонахождению и другим характеристикам, значимым с учетом национальных условий.

Для достижения целей в области устойчивого развития Межучрежденческой группой экспертов ООН были разработаны соответствующие показатели – «Инициатива «Реабилитация 2030»», которая была запущена в феврале 2017 года и представила «призыв к действию» для согласованных и скоординированных глобальных действий по расширению масштабов реабилитации. Для достижения этого были определены 10 приоритетных направлений деятельности:

- создание сильного руководства и политической поддержки реабилитации на субнациональном, национальном и глобальном уровнях;

- усиление планирования и осуществления реабилитации на национальном и субнациональном уровнях, в том числе в рамках обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям и реагирования на них;

- улучшение интеграции реабилитации в сектор здравоохранения и укрепление межсекторальных связей для эффективного и действенного удовлетворения потребностей населения;

- включение реабилитации в программу всеобщего медицинского страхования;

- создание комплексных моделей оказания реабилитационных услуг для постепенного достижения равного доступа к качественным услугам, включая вспомогательные средства, для всего населения, в том числе в сельских и отдаленных районах;

- создание сильного многопрофильного реабилитационного персонала, подходящего для странового контекста, и продвижение концепций реабилитации во всех сферах обучения кадров здравоохранения;

- расширение финансирования реабилитации через соответствующие механизмы;

– сбор информации, относящейся к реабилитации, для улучшения информационных систем здравоохранения, включая данные о реабилитации на системном уровне и информацию о функционировании с использованием Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ);

– наращивание исследовательского потенциала и расширение доступности надежных данных для реабилитации;

– создание и укрепление сетей и партнерств в области реабилитации, особенно между странами с низким, средним и высоким уровнем доходов.

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации. Предусмотренные законом меры социальной защиты инвалидов являются расходными обязательствами Российской Федерации, за исключением мер социальной поддержки и социального обслуживания, относящихся к полномочиям государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Федеральный закон «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» в статье 31 содержит пояснения о применении АФК, физической реабилитации инвалидов и лиц с ОВЗ и спорта инвалидов. В соответствии с этим Федеральным законом физическая реабилитация и социальная адаптация инвалидов и лиц с ОВЗ с использованием методов адаптивной физической культуры и адаптивного спорта осуществляются в реабилитационных центрах, физкультурно-спортивных клубах инвалидов, физкультурно-спортивных организациях.

Адаптивная физическая культура является частью физической культуры, использующей комплекс эффективных средств физической реабилитации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, тогда как спорт инвалидов (адаптивный спорт) направлен на социальную адаптацию и физическую реабилитацию инвалидов и лиц с ОВЗ.

Развитие спорта инвалидов и лиц с ОВЗ основывается на принципах приоритетности, массового распространения и доступности занятий спортом.

Для инвалидов и лиц с ОВЗ, обучающихся в соответствующих образовательных организациях, организуются занятия с использованием средств адаптивной физической культуры и адаптивного спорта с учетом индивидуальных способностей и состояния здоровья таких обучающихся.

Министерство спорта Российской Федерации, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления совместно с общественными объединениями инвалидов способствуют интеграции инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в систему физической культуры, физического воспитания и спорта посредством физкультурно-спортивных организаций.

Федеральный орган исполнительной власти в области физической культуры и спорта, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, физкультурно-спортивные организации, в том числе физкультурно-спортивные объединения инвалидов, организуют проведение физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий с участием инвалидов и лиц с ОВЗ, создают детско-юношеские спортивно-адаптивные школы (с 01.01.2023 – спортивные школы, в том числе по адаптивному спорту), адаптивные детско-юношеские клубы физической подготовки. Образовательные организации вправе создавать филиалы, отделения, структурные подразделения по адаптивному спорту.

На современном этапе реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации осуществляется в реабилитационных организациях, которые возможно классифицировать по разным признакам:

- по уровням (реабилитационные центры, реабилитационные отделения, реабилитационные кабинеты);
- по направлениям деятельности (медицинские, социальные, образовательные);
- по спектру предоставляемых реабилитационных и абилитационных услуг (многопрофильные организации, специализированные организации);
- по формам предоставления реабилитационных и абилитационных услуг (стационарная, полустационарная, амбулаторная, на дому);
- по организационно-правовым формам и формам собственности (государственные реабилитационные организации: федеральные, региональные, муниципальные; негосударственные: частные, принадлежащие общественным и религиозным организациям).

На сегодняшний день множество имеющихся форм реабилитационных организаций (ведомственный характер), различие в организационных методологических, методических и нормативно-правовых подходах к организации реабилитационного и

абилитационного процесса создаёт особенности формирования в стране системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов.

Вовлеченность инвалида – это полное и эффективное вовлечение и включение в общество, равенство возможностей, отсутствие дискриминации, доступность. Необходимыми условиями вовлеченности инвалида в общественную жизнь являются доступная медицинская и социальная помощь, доступное жилье, доступное образование, доступная занятость, доступный транспорт, доступное общение, защита гражданских прав, доступный спорт и отдых, равные со здоровыми гражданами возможности реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, отсутствие дискриминации во всех сферах жизни (Рисунок 1).



Рисунок 1. Компоненты успешной интеграции инвалида (ребенка-инвалида)

Согласно ратифицированной Конвенции ООН о правах инвалидов государство берет на себя ряд обязательств по защите прав инвалидов, предотвращению их дискриминации, созданию условий для успешного вовлечения и включения в общество. В настоящее время крайне актуально успешное решение задач социализации, вовлечение инвалидов в общественную жизнь в значительной степени определяет будущее страны, способствует её поступательному развитию. Вовлечение инвалидов в общественную жизнь позволит во многом изменить не только их положение в обществе, сформировать к ним у населения определённый уровень толерантности, признать таких людей полноправными членами социума, но и дать им возможность реализовать себя как личность, стать весомой единицей трудовых ресурсов страны. Для полноценной, активной жизни инвалидов необходимо вовлечение их в общественно полезную деятельность, развитие и поддержание связей инвалидов со здоровым окружением, государственными

учреждениями различного профиля, общественными организациями и управленческими структурами. По существу речь идет о социальной интеграции инвалидов, которая является конечной целью реабилитации.

В законодательстве Российской Федерации в сфере физической культуры и спорта полномочия соответствующего федерального органа исполнительной власти и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации в части организации проведения физической реабилитации всех инвалидов независимо от их профессионального спортивного потенциала с использованием средств и методов адаптивной физической культуры и адаптивного спорта в настоящее время определены не в полной мере.

Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации предполагается осуществлять в соответствии со Стратегией развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.11.2020 № 3081-р, одним из основных целевых показателей которой является увеличение доли лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов, систематически занимающихся физической культурой и спортом, в общей численности этой категории населения.

В связи с этим необходимы дальнейшее совершенствование вопросов обеспечения доступности занятий по адаптивной физической культуре и адаптивному спорту для всех инвалидов, особенно для детей-инвалидов, посредством развития этих направлений не только в учреждениях и организациях физической культуры и спорта, но и образования и социального обслуживания населения, а также развитие пунктов проката технических средств реабилитации, предназначенных для занятий адаптивным спортом (специальных протезов, колясок и др.), поддержка массовых физкультурно-спортивных мероприятий для инвалидов, в том числе инклюзивных, подготовка кадрового потенциала и др.

5. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ И МЕХАНИЗМЫ УПРАВЛЕНИЯ ПРОГРАММАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, В Т.Ч. ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Государственная социальная политика реализует актуальную программу медицинской, социальной, профессиональной реабилитации маломобильных групп населения, совершенствования технических средств реабилитации и обеспечение к ним доступа, методик обучения их пользованию, нормативно-правового регулирования в обеспечении техническими средствами реабилитации и мониторинга оказания реабилитационных услуг.

Деятельность в сфере комплексной реабилитации и абилитации осуществляют множество специалистов: медицинские работники и работники сферы адаптивной физической культуры и адаптивного спорта, специалисты в области социальной работы, в сфере образования, занятости населения и культуры. Все они, в отличие от действовавшей несколько лет назад системы аттестации, могут теперь подтверждать свою квалификацию не только в принудительном порядке по воле работодателя, но и добровольно, что дает им преимущество на рынке труда, способствует карьерному и профессиональному росту. Такая возможность реализуется в настоящее время в системе Независимой оценки квалификации работников путем проверки соответствия их квалификации, навыков и компетенций положениям утвержденных отраслевых профессиональных стандартов. При этом значительное количество действующих профессиональных стандартов для указанных специалистов нуждается в актуализации или разработке.

Важное значение уделяется созданию специальных условий и новых технических средств реабилитации для занятий адаптивным спортом и физической культурой. Совершенствование программ подготовки кадров, обучающих программ повышения квалификации врачей, специалистов адаптивной физической культуры, инструкторов не теряет своей актуальности.

В настоящее время прослеживается разделение организаций, занимающихся реабилитацией инвалидов на три уровня (территориальный (районный), окружной (муниципальный), региональный), а также управленческих и исполнительских компонентов, негосударственных структур и связи между ними (вертикальные и горизонтальные). Такая схема организации социальной реабилитации и абилитации лежит в основе изменения функций реабилитационных организаций в сфере взаимодействия с участниками процесса реализации мероприятий ИПРА инвалида (ребенка-инвалида), определяет основные отличия в направлениях деятельности структурных подразделений

этих организаций и специалистов этих подразделений, практически организующих взаимодействие.

К числу организаций, осуществляющих функции по социальной реабилитации инвалидов, относятся следующие:

- федеральные научно-практические центры медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;
- региональные центры медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;
- центры реабилитации инвалидов;
- центры социального обслуживания;
- стационарные учреждения социального обслуживания;
- центры социально-психологической помощи населению;
- протезно-ортопедические предприятия;
- центры технических средств реабилитации инвалидов;
- специализированные реабилитационно-производственные предприятия инвалидов;
- специализированные центры медицинской реабилитации;
- стационарные, амбулаторные и диспансерные медицинские организации;
- санаторно-курортные организации;
- организации образования разного уровня, осуществляющие интегрированное воспитание, образование и профессиональное обучение инвалидов;
- ресурсные учебно-методические центры по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (на базе образовательных организаций среднего-профессионального и высшего образования);
- центры профессиональной ориентации и реабилитации инвалидов при органах занятости населения;
- методические центры профориентации и трудоустройства инвалидов;
- центры социальной помощи семье и детям;
- центры социальной реабилитации детей и подростков;
- организации социокультурной реабилитации инвалидов (библиотеки, клубы, дома культуры, дворцы детского творчества, центры культуры и искусства, центры народного творчества, музеи, театры);
- физкультурно-оздоровительные организации (физкультурные диспансеры, стадионы, спортивные школы, спортивно-оздоровительные центры, туристические базы, физкультурные клубы);

– социально ориентированные некоммерческие организации.

В таблице 1 представлены примерные структурные подразделения и специалисты организаций реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) различного уровня, непосредственно осуществляющие внутриведомственное и межведомственное взаимодействие на уровне региона.

Таблица 1 – Структурные подразделения и специалисты организаций реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) различного уровня, непосредственно осуществляющие внутриведомственное и межведомственное взаимодействие на уровне региона

Вид организации системы реабилитации и абилитации	Исполнитель внутриведомственного и межведомственного взаимодействия	Уровень организации		
		Территориальный (районный)	Окружной (муниципальный)	Региональный
Организация, имеющая реабилитационное оборудование	Структурное подразделение	Отделение социального мониторинга	Отделение консультирования, приема граждан и межведомственного взаимодействия	Не предусмотрен
	Специалист	Интеграционный консультант	Куратор случая инвалидности	
Многопрофильные (МРЦ) или специализированные (СРЦ) реабилитационные центры	Структурное подразделение	Отделение социального мониторинга	Отделение консультирования, приема граждан и межведомственного взаимодействия	Отделение консультирования, приема граждан и межведомственного взаимодействия
	Специалист	Интеграционный консультант	Куратор случая инвалидности	Куратор случая инвалидности

В тексте распоряжения Правительства Российской Федерации от 18.12.2021 № 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года» указано, что, кроме того, из всего объема ведомственных услуг, предоставляемых в сфере социального обслуживания, образования, культуры, физической культуры и спорта и других сферах, должны быть выделены именно реабилитационные (абилитационные) услуги для инвалидов.

Учитывая современную теорию управления можно говорить по отношению к человеческому капиталу о «реабилитационном менеджменте» для лиц с инвалидностью и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Основными принципами работы системы реабилитационного менеджера (куратора случая инвалидности) можно назвать:

1) адресность: личный контакт менеджера с инвалидом в ходе всего реабилитационного процесса, индивидуальное оперативное решение возникающих в ходе реабилитации организационных проблем;

2) эффективность и результативность: четкое понимание менеджером целей и задач реабилитационного процесса индивидуума, его координация и контроль;

3) комплексность: партнерская связь всех участников, предоставляющих различного вида услуги, необходимые для достижения конечной цели реабилитационного процесса;

4) мотивация лица с инвалидностью к выполнению реабилитационных назначений.

Стратегическое управление реабилитационной работой является важным уровнем интегративной системы управления реабилитацией и осуществляется с учетом гибкого реагирования на факторы внешней среды в целях достижения максимального социального эффекта от реабилитационной работы в долгосрочной перспективе.

Таким образом, важными задачами стратегического уровня управления системой реабилитации можно выделить следующие: 1) осуществление мониторинга внешней среды и 2) разработка целей, целевых показателей, концепции и стратегии развития системы реабилитации лиц с инвалидностью и ОВЗ.

Основные задачи тактического управления подразумевают осуществление анализа, оценки и совершенствования реабилитационной работы. Видится целесообразным применение процессного подхода к тактическому управлению. Процессный подход к тактическому управлению системой реабилитационной работы – это управление реабилитационной работой путем построения системы процессов, управления ими, осуществление деятельности по улучшению процессов.

В настоящее время система реабилитации лиц с инвалидностью сочетает в себе элементы административного (структурно-функционального) управления и программно-целевого управления. Хотя функциональное управление широко используется на практике, оно порождает ряд трудностей. Различные функциональные структуры часто имеют очень узкий взгляд на совокупность процессов и не заинтересованы в том, что прямо их не затрагивает, другими словами, организации, участвующие в реабилитационной работе, сосредоточены только на своих функциях и то, что происходит за пределами организации, их не волнует.

Обмен информацией в значительной степени тормозится из-за передачи информации с одного управленческого (организационного) уровня на другой, а не по горизонтали, т.е. напрямую между организациями (ответственными лицами).

Процессное управление – это альтернатива функциональному управлению, при помощи которого предлагается модернизировать основной процесс реабилитации. Процессное управление оказанием реабилитационных услуг ставит акцент на качественное выполнение работ, ориентированных на результаты, основные из которых представлены ниже:

- установление измеряемого результата процессов и подпроцессов;
- создание системы учета результатов процессов и подпроцессов;
- оценка и анализ результатов за несколько предшествующих лет;
- внедрение механизмов причинно-следственной обусловленности средств (ресурсов), выделяемых на процесс (подпроцесс), с достижением заданных результатов;
- стимулирование ответственных за процессы и подпроцессы, за поиск резервов повышения эффективности расходов (затрат);
- утверждение регламентирующей документации по реализации процессов и подпроцессов.

Тактическое процессное управление способно обеспечить постоянное соответствие осуществляемой реабилитационной работы потребностям рынка и меняющейся внешней среде.

Третьим уровнем иерархии управления является оперативно-координационное управление, которое призвано обеспечить текущую работу по реабилитации лиц с инвалидностью за счет координации деятельности организаций, участвующих в данных процессах, и мотивированной деятельности лиц с инвалидностью.

Один из ключевых принципов работы координационного органа на любом уровне – обеспечивать максимально высокий уровень доступности реабилитационных услуг для лиц с инвалидностью. Функции координационного органа могут быть возложены на Службу реабилитационного менеджмента, реабилитационные центры или другие структуры (см. выше).

Оперативно-координационное управление имеет 2 взаимосвязанных направления:

- 1) управление организациями, участвующими в осуществлении реабилитационных работ;
- 2) проектное управление по каждому случаю наступления инвалидности.

Организации, участвующие в реабилитационной работе, должны рассматриваться как объединение взаимно независимых партнеров, действующих для достижения определенных партнерами целей по согласованным правилам и коммуникационным каналам.

Сеть организаций может быть подобрана для выполнения конкретной ИПРА (группы нозологий, возрастных групп и т.д.), т.е. создаваться под каждый конкретный случай инвалидности или каждого человека с инвалидностью, проходящего этапную реабилитацию.

Актуальной является задача формирования участников данной сетевой структуры. Формирование состава таких организаций представляет собой нахождение варианта наилучшего достижения результатов реабилитации. Основными критериями для включения организации в «реабилитационный маршрут» является наличие ключевых компетенций и ресурсов для достижения целей комплексной реабилитации. Состав и число организаций, участвующих в реабилитации конкретного инвалида, может меняться и носить рекомендательный характер. При этом координационный орган должен сохранять возможность выбора наилучшего состава организаций для «реабилитационного маршрута» инвалида, совместная деятельность которых будет способствовать улучшению результатов и сокращению сроков реабилитации. Основным направлением деятельности данного органа может быть координирование деятельности всех необходимых медицинских и иных организаций и служб на всех этапах реабилитационного процесса. Оперативно-координационное управление направлено на максимальную реабилитацию инвалидов с учетом имеющихся временных, информационных, кадровых, материальных и финансовых ресурсов.

При функционировании службы реабилитационного менеджмента возможно реализовать управление, ориентированное на инвалида, при котором реабилитация инвалида рассматривается как отдельный (самостоятельный) проект. Проект начинается с момента получения заключения медико-социальной экспертизы о признании лица инвалидом. Поскольку предполагается, что представитель службы менеджмента должен иметь личный контакт с лицом с инвалидностью в ходе непрерывного реабилитационного процесса, то проектное управление, ориентированное на пострадавшего, видится реализуемым. Это позволит повысить эффективность реабилитации пострадавших на производстве и существенно поднять процент лиц, трудоустроившихся или вернувшихся к трудовой деятельности.

Предложенные организационные формы управления программами реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) позволят объединить единой административной системой стратегического, тактического и организационно-координационного управления службы, административные системы и политику соцстрахования, здравоохранения, труда и занятости, а также службы, предоставляющие свои услуги по реабилитации инвалидов и лиц с ОВЗ. Создание единого координирующего органа (информационной системы)

во многом приведет к повышению эффективности реабилитации инвалидов и лиц с ОВЗ, в т.ч. профессиональной.

Организационная структура системы социальной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов), на уровне субъекта Российской Федерации может предусматривать создание на каждом территориальном уровне (районные / муниципальный / региональный) различные модели организаций (Таблица 2).

Таблица 2 – Реализация комплексного подхода к реабилитации и абилитации инвалида в зависимости от выбранной модели реабилитации и абилитации

Наименование модели	Краткая характеристика
Базовая модель	предполагает предоставление услуг по социально-средовой, социально-бытовой, социально-психологической, социально-педагогической и социокультурной реабилитации
Оптимальная модель	дополнительно к базовой модели присутствуют услуги по профессиональному информированию и консультированию, по формированию и восстановлению мобильности, в том числе средствами адаптивной физической культуры и адаптивного спорта
Расширенная модель	дополнительно к базовой и оптимальной моделям предусматривает предоставление медицинских услуг в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность
Комплексная модель	обеспечивается за счет предоставления услуг по всем направлениям реабилитации и абилитации инвалидов: <ul style="list-style-type: none"> – социально-бытовая, социально-средовая, социально-психологическая, социально-педагогическая, социокультурная; – формирование и восстановление мобильности, сохранение и стимулирование двигательной активности, в том числе средствами адаптивной физической культуры и адаптивного спорта; – профессиональная ориентация в части профессионального информирования, профессионального консультирования, профессионального отбора, профессионального подбора; – медицинские реабилитация в части немедикаментозной терапии и динамического наблюдения

Реализация комплексного подхода может состояться преимущественно за счет межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций здравоохранения, образования, занятости населения, физической культуры и спорта, культуры.

Исходя из описаний моделей очевидно, что процесс межведомственного взаимодействия обеспечивает комплексность подхода к реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) в каждой из представленных моделей, однако непосредственно порядок и содержание процесса необходимо разрабатывать исходя из реальных условий каждого субъекта Российской Федерации. Это объясняется тем, что количество и результаты работы организаций по моделям реабилитации основана на перечне, объеме и условиях предоставления реабилитационных и абилитационных услуг, что напрямую может не оказывать влияние на виды, формы, направления и содержание

процесса взаимодействия между организациями внутри одного субъекта Российской Федерации.

Цель деятельности каждой созданной реабилитационной организации в реализации межведомственного взаимодействия (в т.ч. с привлечением НКО) – не только обеспечить результативность и эффективность процесса реализации ИПРА инвалидов, но и оказать инвалиду (законному представителю ребенка-инвалида) содействие в получении мер социальной защиты и социальной поддержки, во временном обеспечении его техническими средствами реабилитации (ТСР) на период решения вопросов предоставления их через фонд социального страхования.

В связи с этим в процессе межведомственного взаимодействия реабилитационные организации различных сфер деятельности и форм собственности обеспечивают решение дополнительных задач в соответствии с тем уровнем, к которому они относятся:

- формирование системы учета инвалидов (детей-инвалидов), проживающих на данной территории, по группам инвалидности, по ведущим ограничениям жизнедеятельности, по установлению статуса (впервые, повторно или бессрочно получивших инвалидность) и с которыми проводится данной организацией соответствующая работа;

- организация учёта потребностей инвалидов (детей-инвалидов) в предоставлении реабилитационных и абилитационных услуг, результатов завершения каждого этапа или в целом процесса комплексной реабилитации и абилитации в установленные ИПРА сроки;

- внедрение системы мониторинга социально-экономического положения инвалидов и членов их семей для своевременного предоставления мер социальной поддержки и социальной защиты в случае его ухудшения;

- обеспечение формирования и реализации внутриведомственного и межведомственного реабилитационного маршрута в соответствии с установленными критериями;

- организация межведомственного и внутриведомственного взаимодействия по вопросам предоставления инвалидам (детям-инвалидам) реабилитационных и абилитационных услуг на дому (при наличии соответствующих показаний).

Межведомственное взаимодействие организаций, предоставляющих на уровне региона услуги по реабилитации и абилитации инвалидов, необходимо осуществлять по следующим направлениям:

- обмен информацией, используемой при предоставлении услуг по реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, услуг ранней помощи и сопровождения;

- координация и осуществление совместных действий по вопросам формирования оптимального индивидуального реабилитационного маршрута, сформированного в соответствии с мероприятиями, предусмотренными ИПРА инвалида (ребенка-инвалида);
- оказание необходимой помощи инвалиду (законным представителям ребенка-инвалида) по вопросам, возникающим в процессе межведомственного взаимодействия;
- планирование совместной деятельности по формированию и реализации оптимального индивидуального реабилитационного маршрута инвалида (ребенка-инвалида).

Для реабилитационных организаций различных сфер деятельности могут быть предприняты дополнительные направления деятельности по участию в межведомственном взаимодействии со всеми субъектами реализации мероприятий ИПРА инвалидов (детей-инвалидов):

- создание структурных подразделений, обеспечивающих реализацию межведомственного и внутриведомственного взаимодействия, соответствующих уровню реабилитационной организации сферы социальной защиты;
- внедрение в данных структурных подразделениях новых штатных должностей специалистов, непосредственно отвечающих за организацию процесса внутриведомственного и межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций, реализующих мероприятия ИПРА инвалидов (детей-инвалидов);
- разработка положений о структурных подразделениях, должностных инструкций специалистов, организующих межведомственное и внутриведомственное взаимодействие;
- формирование системы отчетности данных специалистов, структурных подразделений о результатах реализации межведомственного и внутриведомственного взаимодействия;
- разработка критериев и показателей оценки результативности деятельности данных специалистов, структурных подразделений;
- предоставление инвалидам (детям-инвалидам) наряду с реабилитационными социальными услугами меры социальной защиты и социальной поддержки;
- предоставление инвалидам (детям-инвалидам) во временное пользование технических средств реабилитации, в том числе для реализации реабилитационного процесса в домашних условиях.

Важно отметить, что деятельность реабилитационных организаций сферы социальной защиты по внутриведомственному и межведомственному взаимодействию имеет существенные отличия от деятельности организаций, предоставляющих услуги

по реабилитации и абилитации инвалидов сферы здравоохранения, образования, занятости населения, физической культуры и спорта, что обусловлено:

– наличием трехуровневой организационной модели системы социальной реабилитации и абилитации, которая предусматривает, что основную нагрузку по осуществлению как внутриведомственного, так и межведомственного взаимодействия, будут нести организации территориального уровня, приближенные к месту проживания инвалида;

– необходимостью этих организаций предоставлять, помимо реабилитационных, социальные услуги инвалидам (детям-инвалидам), направленные в том числе на их социальную защиту и социальную поддержку;

– наделением данных организаций полномочиями по предоставлению инвалидам (детям-инвалидам) ТСР во временное пользование через созданные на их базе пункты и центры проката ТСР.

6. ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МОДЕЛИРОВАНИИ ПРОГРАММ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ

В данных методических рекомендациях «моделирование программ адаптивной физической культуры и спорта» рассматривается в двух принципиальных направлениях. Во-первых, на уровне региональных программ развития адаптивной физической культуры, во-вторых, на уровне организации, занимающейся реализацией физкультурно-оздоровительных услуг.

Критерий для выделения основных видов адаптивной физической культуры – естественные и социальные потребности человека с отклонениями в состоянии здоровья (инвалидов), обеспечивающие его готовность к реализации нормативного для данных общественно-исторических условий образа жизни. Задачи и содержание основных видов адаптивной физической культуры: адаптивное физическое воспитание, адаптивная двигательная рекреация, адаптивный спорт, адаптивная физическая реабилитация, креативные (художественно-музыкальные) телесно-ориентированные практики, экстремальные виды двигательной активности.

Характеристика закономерностей функционирования и развития адаптивной физической культуры зависит от выполнения ряда принципов (доступности, равенства, безопасности) и сложившейся аксиологической концепцией по отношению общества к инвалидам.

Роль и место адаптивной физической культуры в образе жизни лиц с отклонениями в состоянии здоровья представляют собой реально существующие, устоявшиеся и типичные для конкретных условий формы индивидуальной и групповой жизнедеятельности людей, характеризующие особенности их поведения, общения и склада мышления применительно к основным сферам социальной политики. Комплексная социализация личности человека с отклонениями в состоянии здоровья крайне затруднена без применения методов АФК.

Адаптивный спорт – социальный феномен, интегрирующий лечебное рекреационное и спортивное направления физической культуры. Главная цель адаптивного спорта – социализация инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья и повышение уровня качества жизни через участие в учебно-тренировочной и соревновательной деятельности, стремление к максимально возможной самореализации в одном из видов адаптивного спорта.

Направления функционирования адаптивного спорта: паралимпийское, сурдлимпийское, специальное олимпийское.

Последовательность этапов достижения результатов реабилитации, используемая в руководствах STARS (систематическая оценка ситуации с реабилитацией) и FRAME (концепция мониторинга и оценки реабилитации), можно применить для мониторинга и оценки различных программ АФК и спорта на разных уровнях управления для анализа ситуации по комплексной реабилитации и абилитации.

Четыре этапа, прохождение которых важно для достижения результатов реализации программы реабилитации:

1) вкладываемые ресурсы (Inputs): финансовые, кадровые, материальные, информационные и другие ресурсы, используемые для реализации программы;

2) непосредственные результаты (Outputs): краткосрочные прямые результаты, полученные сразу после проведения программы;

3) промежуточные результаты (Outcomes): запланированные среднесрочные результаты воздействия на целевые группы, имеющие четкую корреляционную связь с целями программы;

4) конечные результаты/конечный эффект (Impact): более долгосрочные и более широкомасштабные положительные изменения на популяционном, институциональном и системном уровнях, ставшие возможными благодаря реализации программы. Причинно-следственную связь между программой и конечным эффектом зачастую значительно труднее доказать (Рисунок 2).



Рисунок 2. Этапы достижения результатов реализации программы реабилитации.

Этапы достижения результатов реабилитации облегчают проведение качественной и количественной оценки потенциала и эффективности программы реабилитации. Потенциал программы реабилитации принято характеризовать как ресурсные возможности системы (кадровые, финансовые, институциональные), которые позволяют

ответственным исполнителям программы и её заказчикам (как правило, органам исполнительной власти, принимать эффективные меры по охране здоровья населения). В достижении результатов реабилитации потенциал программы реабилитации должен быть равен или больше «вкладываемых ресурсов».

Для упорядочения организации работы на уровне региона по реализации раздела ИПРА «физкультурно-оздоровительные мероприятия, занятия спортом», по использованию технологий, основанных на средствах и методах АФК, органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере физической культуры и спорта рекомендуется следующий алгоритм действий:

а) определить учреждение (организацию) по сопровождению данного вида деятельности, наделив его соответствующими полномочиями с учетом действующего федерального и регионального законодательства. Это может быть Центр адаптивного (инвалидного) спорта, детско-юношеская спортивно-адаптивная школа, врачебно-физкультурный диспансер или какая-либо другая организация, находящаяся в управлении органа исполнительной власти в сфере (области) физической культуры и спорта;

б) подготовить и утвердить пакет нормативно-правовых документов, регламентирующих порядок реализации раздела ИПРА «физкультурно-оздоровительные мероприятия, занятия спортом», включая порядок взаимодействия при передаче данных в электронном виде и на бумажном носителе, и соглашение между всеми участниками этого процесса;

в) составить реестр (список) организаций независимо от их ведомственной подчиненности, реализующих физкультурно-оздоровительную работу с инвалидами, детьми-инвалидами, технологии, основанные на средствах и методах АФК, по каждому муниципальному образованию. Привлечь к данной работе лиц, осуществляющих подготовку информации по форме № 3 - АФК федерального статистического наблюдения;

г) составить реестр (список) наименований организационно-методических программ и услуг по реабилитации или абилитации с использованием технологий, основанных на средствах и методах адаптивной физической культуры и адаптивного спорта, мест возможных занятий физической культурой и спортом, используемых в организациях (учреждениях) физической культуры и спорта, образования, социальной защиты, здравоохранения, культуры по каждому территориальному (муниципальному) образованию;

д) разработать порядок отчетности по реализации мероприятий по физкультурно-оздоровительной работе с инвалидами, детьми-инвалидами, осуществляемой в соответствии с ИПРА в территориальных (муниципальных) образованиях;

е) проводить конференции, семинары по обмену опытом работы, определять победителей конкурса на лучшую организацию комплексной физкультурно-оздоровительной работы между территориальными (муниципальными) образованиями, а также между организациями (учреждениями) по ведомственному признаку.

На сегодняшний момент можно выделить следующие способы организации работы по использованию технологий, основанных на средствах и методах адаптивной физической культуры в ИПРА инвалидов (детей-инвалидов) в учреждениях различной ведомственной подчиненности (таблица 3).

Таблица 3 – Способы организации работы по использованию технологий, основанных на средствах и методах адаптивной физической культуры в ИПРА инвалидов (детей-инвалидов).

№	Способ организации работы	Организации различной ведомственной принадлежности
1.	Индивидуальные занятия с инвалидом или ребенком-инвалидом	Медицинские организации Организации социальной защиты
2.	Групповые занятия в которых объединяются инвалиды, дети-инвалиды одной нозологической группы	Медицинские организации Образовательные организации Организации физической культуры и спорта Организации социальной защиты
3.	Групповые занятия, в которых объединяются инвалиды различных нозологических групп	Организации физической культуры и спорта Образовательные организации Организации социальной защиты
4.	интегрированные занятия, в которых объединяются инвалиды или дети-инвалиды с лицами без установленной группы (категории) инвалидности	Организации физической культуры и спорта Образовательные организации Организации социальной защиты
5.	инклюзивные занятия, в которых объединенные занятия инвалидов (детей-инвалидов) со здоровыми сверстниками осуществляются после адаптации всех условий, в которых осуществляются занятия, к проблемам и нуждам инвалидов и детей-инвалидов	Организации физической культуры и спорта Образовательные организации Организации социальной защиты

Данные особенности организации работы по использованию технологий, основанных на средствах и методах АФК, в ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) обусловлены рядом факторов (Приложение 1):

- тяжестью заболеваний, поражений инвалида, ребенка-инвалида;
- направлениями использования средств и методов АФК;
- используемыми видами адаптивной физической культуры;
- реализуемыми организационно-методическими программами по использованию методов АФК.

Концептуальные положения направлений работы по использованию технологий, основанных на средствах и методах адаптивной физической культуры, представлены на рисунке 3.



Рисунок 3. Концептуальные положения направлений работы по использованию технологий, основанных на средствах и методах адаптивной физической культуры

Моделирование программ АФК и адаптивного спорта для комплексной реабилитации должно учитывать следующие принципы:

– *раннее начало проведения реабилитационных мероприятий;*

Раннее начало проведения реабилитационных мероприятий (от момента начала заболевания / состояния, обусловившего инвалидность) важно с точки зрения профилактики возможных изменений в организме, обеспечивает более благоприятное течение и исход заболевания, служит одним из моментов профилактики осложнений. Важно учитывать ограничения применения этого принципа, ориентируясь на состояние лица с ОВЗ.

– *комплексность использования всех доступных и необходимых реабилитационных мероприятий;*

Принцип комплексности подразумевает максимально широкое использование разных методов реабилитации. Проблемы реабилитации весьма сложны и требуют совместной деятельности многих специалистов медицинского и педагогического профиля, в т.ч. в сфере физической культуры и спорта; адекватности физическому и психическому состоянию лица с ОВЗ на отдельных этапах реабилитации; применение методов

психологической реабилитации с целью выработки у инвалида мотивации на реабилитацию, преодоления или смягчения нервно-психических нарушений, коррекции личностных особенностей реабилитанта; методы физической реабилитации (кинезотерапия, эрготерапия, мануальная и тракционная терапия, массаж, аппаратная физиотерапия, рефлексотерапия, бальнеолечение и др.); медикаментозная реабилитация, выступающая при некоторых заболеваниях (сахарный диабет, эпилепсия и др.) как один из основных методов реабилитации человека; ортотерапия (включающая средства временной мобилизации, корсеты, ортезы, корректирующие лечебные костюмы, инвалидные кресла и др.); реконструктивная хирургия (эндопротезирование суставов и др.); трудотерапия (как метод восстановления бытовых и профессиональных навыков инвалида).

– *индивидуализация программы реабилитации;*

Этот принцип получил реализацию в составлении индивидуальной программы реабилитации, которая учитывает особенности состояния инвалида, его функциональных возможностей, двигательного опыта, возраста, пола, семейного и социального положения, состав специалистов и используемых методов и средств.

– *этапность;*

В адаптивной физической культуре можно выделить несколько подходов к определению этапности, каждый из которых может быть утвержден на уровне региона. На каждом этапе ставятся свои задачи и, соответственно, им подбираются средства и методы. От правильной постановки задач зависит эффективность реабилитационного процесса. Помимо этого, от того, какие задачи ставятся перед каждой из фаз реабилитации, зависят продолжительность фазы и ее организационная структура.

Процесс реабилитации может быть подразделен еще и следующим образом: этап восстановительного лечения; этап реадaptации; этап реабилитации (в прямом смысле). Основные задачи первого этапа – психологическая и функциональная подготовка инвалида к двигательной активности и проведению других разделов реабилитационных мероприятий, предупреждение развития дефекта функций. Задачи второго этапа – приспособление инвалида к условиям внешней среды – характеризуется наращиванием объема всех восстановительных мероприятий. Задачи третьего этапа – бытовое приспособление, исключая зависимость от окружающих, восстановление социального и трудового статуса.

– *непрерывность и преемственность реабилитации;*

Непрерывность и преемственность реабилитации – важный момент как в пределах одного этапа, так и при переходе от одного к другому. Улучшается функциональное

состояние различных систем организма, повышается тренированность, а всякий более или менее длительный перерыв в использовании восстановительных мероприятий может привести к его ухудшению, когда приходится начинать все сначала. Чрезвычайно важным принципом реабилитации является преемственность при переходе с этапа на этап, из одной «реабилитирующей» организации в другую. Для этого важно, чтобы на каждом этапе в ИПРА и сопроводительных документах было задокументировано, какие методы и средства лечения и реабилитации применялись, каково было функциональное состояние реабилитируемого.

– последовательность;

Реализация индивидуальной программы реабилитации должна осуществляться в строгой последовательности процедур и мероприятий для максимальной ликвидации инвалидизирующих последствий и дальнейшего возвращения реабилитанта в общество.

– активное участие инвалида (родителей / законных представителей для детей с инвалидностью или совершеннолетних инвалидов с выраженными нарушениями функций).

Активное участие инвалида в реабилитационной программе, пожалуй, является основой успешного выполнения ИПРА и достижения поставленной цели. Разъяснение лицу с инвалидностью целей и задач реабилитационной программы, сущности реабилитационных мероприятий, их последовательности, механизма действия существенно помогает привлечь его к активному сотрудничеству вместе со специалистами в противостоянии с последствиями болезни или травмы. Положительная установка на труд, на выздоровление, на возвращение в семью и общество зачастую является решающим фактором достижения успеха. Инвалид должен понимать, что реабилитация – это длительный процесс и успешность в достижении цели зависит от взаимного доверия среди всех участников выполнения программы реабилитации: как самого инвалида, так и междисциплинарной реабилитационной команды, социальных работников, родственников.

Применительно к основным нозологическим группам необходимо разрабатывать программы АФК по следующей форме:

- 1) номера разделов процедуры;
- 2) содержание разделов;
- 3) дозирование;
- 4) методические указания;
- 5) целевая установка.

На основании этой схемы разрабатываются комплексы упражнений АФК в следующем виде:

- 1) раздел занятия;
- 2) исходное положение;
- 3) описание упражнения;
- 4) дозирование;
- 5) методические указания.

Организационные и методические особенности программ реабилитации детей-инвалидов.

Проблема детской инвалидности является актуальной для любого общества с позиций социальной политики государства и перспектив состояния здоровья взрослого населения. Распространенность и неуклонный рост детской инвалидности на протяжении многих лет является поводом к ее детальному изучению и поиску путей ее снижения.

Общие методические указания по реабилитационным мероприятиям в работе с детьми можно сформулировать следующим образом:

1. Учитывать характер заболевания / состояния, послужившего причиной инвалидности, его стадию.
2. Принимать во внимание психомоторное развитие ребенка.
3. Наблюдать за особенностями реакции на адаптивную физическую культуру.
4. Осуществлять строгий медико-педагогический контроль за детьми всех возрастных периодов.
5. Учитывать признаки утомления (недовольство, ухудшение качества выполнения, вялость, отказ от выполнения).
6. Переход к занятиям по комплексу с большей психофизической нагрузкой необходимо осуществлять постепенно, добавляя новые упражнения в старый комплекс.
7. Проводить занятия минимум за 30 мин. до еды или через 45-50 мин. после принятия пищи.
8. Кабинет, где проводятся занятия АФК, должен быть хорошо проветрен, температура воздуха в нем $+22^{\circ} - +20^{\circ}$, а в теплое время года лучше проводить занятия, например, лечебной гимнастикой при открытом окне (форточке).
9. Начинать и заканчивать процедуру легким поглаживанием, этот прием включать и между упражнениями, как и дыхательные упражнения, чтобы расслабить мышцы ребенка, успокоить его, дать ему отдых после сложного упражнения – снизить нагрузку на его организм.

10. Моторная плотность занятия к концу курса может возрастать до 80-90% независимо от возраста ребенка.

11. Использовать музыкальное сопровождение: для возбудимых детей – тихая, мелодичная, для флегматичных, заторможенных – бодрая, ритмичная музыка.

12. Своевременное назначение АФК в период ранних нарушений.

13. Занятия под контролем инструктора должны проводиться ежедневно или через день с обязательным выполнением упражнений несколько раз в день самостоятельно (в домашних условиях).

14. Время для проведения, например, корригирующей гимнастики с детьми составляет: при индивидуальном методе занятий – 30 минут; при групповом методе занятий 45 минут. Для проведения корригирующей гимнастики с детьми дошкольного возраста: при индивидуальном методе занятий – 25 минут; при групповом методе занятий – 30 минут.

Организационные и методические особенности реабилитации лиц с нарушением слуха.

Основная форма занятий физическими упражнениями строится по общепринятой схеме проведения занятий по физической культуре и состоит из трех частей: подготовительной, основной и заключительной.

В подготовительной части занятия нужно сосредоточить внимание на решении основных его задач. Новый материал можно записывать на доске (транслировать на мультимедиа-экране) с последующим объяснением, показом. Первые упражнения должны быть легкими по нагрузке: разновидности ходьбы, бега, общеразвивающих упражнений в движении и на месте.

В основной части решают наиболее сложные задачи: освоение и совершенствование двигательных действий, развитие физических качеств, воспитание и развитие личностных качеств. В начале основной части осваивают сложные двигательные действия или закрепляют ранее пройденный материал. Упражнения для развития двигательных способностей обычно проводят в такой последовательности: скорость, быстрота двигательного действия, сила, выносливость. Эту последовательность можно изменить в целях решения более важной (основной) задачи.

Для развития быстроты и скорости применяют рывки на короткие дистанции, эстафеты, игры с передвижением, прыжками, переносом мячей. В зависимости от степени вовлеченности занимающихся упражнения могут носить игровой характер (преимущественно для детей) или соревновательный (для взрослых).

Чтобы развивать скоростно-силовые способности, больше времени отводят упражнениям с мячами: подбрасыванию вверх, бросками, передачам, прыжкам с продвижением, прыжкам через набивные мячи.

Для развития равновесия используют статические и динамические упражнения: ходьбу по скамейке, бревну, ленточке; ходьбу на носках, левым и правым боком; стойку на одной ноге, на двух ногах с открытыми и закрытыми глазами.

В заключительной части рекомендуется проводить подвижные игры малой интенсивности, игры на внимание, дыхательные упражнения.

При выполнении физических упражнений на занятиях с глухими детьми чаще всего применяют следующие методы: игровой, соревновательный, повторный, круговой, переменный и интервальный.

Существует ряд требований к проведению занятия по АФК для лиц с нарушением слуха:

- знать основные и сопутствующие заболевания;
- до установления физических возможностей занимающегося использовать щадящую физическую нагрузку, т.е. чередование нагрузки с паузами отдыха (например, с упражнениями на расслабление или на внимание);
- ознакомиться с рекомендациями врачей;
- знать состояние опорно-двигательного аппарата;
- знать состояние нервной системы;
- определить уровень физической подготовленности;
- материал должен соответствовать психическому и физическому развитию;
- специальные коррекционные упражнения следует чередовать с общеразвивающими;
- упражнения на статическое и динамическое равновесие следует усложнять на основе индивидуальных особенностей статокINETической устойчивости с обеспечением страховки;
- в процессе всего занятия важно активизировать мышление, познавательную деятельность, эмоции, мимику, понимание речи;
- в процессе занятия знакомить с используемым инвентарем;
- на занятиях следует комментировать вслух свои и их действия;
- при общении со слабослышащими на индивидуальных занятиях тренеру (преподавателю) следует располагаться чуть сбоку и сзади от занимающегося, чтобы его губы были на расстоянии 10-20 см от лучше слышащего уха. При этом необходимо

говорить чуть громче, но не кричать, так как слабослышащий воспринимает речь не только на слух, но и потому, что чувствует воздух от голоса и вибрацию;

– при общении со слабослышащими на групповых занятиях тренеру (преподавателю) следует говорить так, чтобы занимающиеся видели его лицо – мимика и движения губ помогают им понять слова (не стоит говорить стоя к ним спиной, так как звук голоса ослабляется в два раза);

– важно стараться говорить на близком расстоянии, так речь становится не только громче, но и разборчивей – меньше маскируется окружающими шумами;

– приближаясь к занимающемуся и касаясь его, сначала необходимо сделать так, чтобы он вас увидел: он не слышит вашего приближения, и прикосновение может испугать его;

– говорить с занимающимися нужно замедленно, отчетливо произнося слова. Используя разные интонации, можно позвать занимающегося, когда он на вас не смотрит, а потом повторить то же самое, когда он фиксирует взгляд на вашем лице. Повторяйте слова несколько раз так, чтобы он видел ваше лицо, движение губ.

Организационные и методические особенности реабилитации лиц с нарушением зрения должны быть направлены, в первую очередь, на развитие и совершенствование:

– двигательной активности и мобильности;

– общей и зрительно-двигательной координации;

– обогащение опыта передвижения в большом пространстве с произвольным изменением направлений движений;

– динамической организации действий рук (динамический праксис рук);

– формирование последовательности действий, развитие способности к переключению с одного действия (или элемента) на другое, обогащение опыта упражнений типа «кулак-ладонь», «кулак-ребро», «кулак-ребро-ладонь», «ладонь-ребро-кулак», «последовательное касание стола пальцами» и т.п.;

– упражнения в смене рук с одновременным сжиманием одной кисти в кулак и разжиманием кулака другой кисти и т.п.;

– формирование правильной осанки при ходьбе, в основной стойке для выполнения упражнения, в положении сидя, развитие мышц спины и шеи, развитие опорно-двигательного аппарата, наращивание мышечной массы тела, подвижности суставов;

– познавательных заданий: прямое положение головы, шеи, туловища, правильное положение рук и ног;

– развитие общей и зрительной работоспособности.

Создание коррекционно-развивающей среды в процессе реализации программ АФК лиц с нарушенным зрением предусматривает соблюдение некоторых требований к условиям обучения и процессу обучения:

- соблюдать режим дня и зрительной нагрузки, а также применять рациональное освещение физкультурного зала;

- использовать благоприятную для зрительного восприятия цветовую гамму окружающих предметов, спортивного инвентаря, наглядных пособий, доступных как для зрительного, так и для осязательного восприятия;

- окрашивать стены в помещениях для занятий в светлые тона (светло-желтые, светло-зеленые, бежевые и др.), а внутренним помещениям следует придавать матовую фактуру;

- избегать размещения в физкультурном зале блестящих предметов, так как лучи света, в том числе солнечные, попадая на блестящие предметы, образуют блики и тем самым вызывают сильное напряжение зрительного анализатора. Для глаз вреден очень яркий свет (фотовспышки на близком расстоянии, открытые лампы, яркий солнечный свет и пр.). В качестве средств солнцезащиты на окнах можно использовать жалюзи;

- использовать как стандартные (одинаковые по скорости, темпу и весу), так и переменные (изменяющиеся в ходе урока) виды нагрузки;

- варьировать формы и условия выполнения двигательных действий;

- варьировать объем нагрузки в зависимости от состояния здоровья занимающихся, уровня их физической подготовленности;

- варьировать физическую нагрузку, чередуя ее с паузами для отдыха, заполняемыми упражнениями для зрительного тренинга, на релаксацию, на регуляцию дыхания, пальчиковую гимнастику и пр.;

- воздерживаться от длительной статической нагрузки с поднятием тяжести, упражнений высокой интенсивности, которые могут вызвать повышение внутриглазного давления, ухудшение работоспособности цилиарной мышцы, ишемию, особенно у лиц с глаукомой, высокой миопией и другими заболеваниями;

- наблюдать за самочувствием; умеренное утомление не является противопоказанием, однако в результате нерациональной организации труда (физического, умственного, зрительного) может наступить переутомление;

- при наличии синдрома эпилепсии исключать упражнения на стимулирование дыхательной системы, на повышенной опоре, игры высокой интенсивности, все то, что может спровоцировать приступ;

– учитывать, что нарушения эмоционально-волевой сферы, гиперактивность компенсируются упражнениями на релаксацию, на регуляцию дыхательной системы, на снятие зрительного и эмоционального утомления.

Организационные и методические особенности реабилитации лиц с поражением опорно-двигательного аппарата.

Поражения опорно-двигательного аппарата разнообразны и могут быть следствием врожденного дефекта, последствий травм, дегенеративно-дистрофических изменений в костно-мышечной системе. У лиц с ПОДА двигательные расстройства могут сочетаться с ментальными и речевыми нарушениями, что необходимо учитывать при выстраивании коммуникативной стратегии и создании коррекционно-развивающей среды в процессе реализации программ АФК. Вовлечение занимающегося с ПОДА будет успешно при условии или при наличии:

– учета возрастных, психофизиологических, нозологических, гендерных и др. особенностей;

– специально приспособленного здания (спортивного объекта, спортивного сооружения);

– специальной мебели (оборудования, кресел-колясок);

– соблюдения ортопедического, двигательного режима и режима нагрузок.

Психологические особенности инвалидов с ПОДА могут быть связаны с различными комплексами при общении с другими людьми, особенностями строения собственного тела и, соответственно, своими физическими возможностями. Физическая скованность, стресс, гиперчувствительность и ранимостью к внешнему воздействию можно считать главными препятствующими факторами в построении тренировочного процесса. То, что для обычного человека может быть незначительным и второстепенным, для инвалида с ПОДА может являться значительным и даже решающим фактором, обуславливающим его настроение, поведение и дальнейшие действия. Борьба с проявлениями стресса, преодоление психологических барьеров, страхов являются наиболее сложными и важными из поставленных перед тренерским персоналом.

При занятиях физическими упражнениями методы наглядности для лиц с ПОДА реализуются через комплексное восприятие всех органов чувств с доминирующей направленностью на кинестетические и проприоцептивные ощущения.

В зависимости от тяжести поражения опорно-двигательного аппарата тренер предусматривает в программе АФК следующие вспомогательные задачи:

– коррекцию побочных действий опорно-двигательного аппарата (конечностей, отделов позвоночного столба и др.);

- преодоление слабости отдельных мышечных групп;
- улучшение подвижности в суставах, профилактика или разработка контрактур;
- нормализацию тонуса мышц;
- улучшение мышечно-суставного чувства;
- формирование компенсаторной гипертрофии определенных мышечных групп;
- улучшение деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма;
- развитие предметно-манипуляционной деятельности рук;
- развитие зрительно-моторной координации;
- формирование вестибулярных и антигравитационных реакций, статодинамической устойчивости и ориентировки в пространстве;
- формирование различных опорных реакций верхних и нижних конечностей;
- общую релаксацию тела и отдельных конечностей.

В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности двигательные нарушения представляются достаточно дифференцированно. Выделяются двигательные расстройства:

- вследствие полного или частичного отсутствия одной или более конечностей, включая ампутации;
- вследствие отсутствия одной или более дистальных частей конечностей (палец, кисть, стопа);
- в связи с отсутствием или нарушением произвольной подвижности четырех конечностей (квадриплегия, тетрапарез);
- вследствие отсутствия или нарушения подвижности нижних конечностей (параплегия, парапарез);
- в связи с нарушением произвольной подвижности верхней и нижней конечности на одной стороне (гемиплегия, гемипарез);
- вследствие нарушения мышечной силы нижних конечностей;
- в связи с нарушением двигательных функций одной или обеих нижних конечностей.

Следствием этих нарушений являются ограничения жизнедеятельности в сфере самообслуживания и передвижения. Параметрами при оценке способности к передвижению могут являться:

- расстояние, на которое может передвигаться человек;
- темп ходьбы (в норме 80-100 шагов в минуту);

- коэффициент ритмичности ходьбы (в норме 0,94-1,0);
- длительность двойного шага (в норме 1-1,3 с);
- скорость передвижения (в норме 4-5 км/ч);
- нуждаемость и возможность использования вспомогательных средств.

Оба вида ограничений жизнедеятельности у инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата взаимосвязаны, хотя и можно говорить о преобладании ограничений способности к самообслуживанию при патологии верхних конечностей, а об ограничениях способности к передвижению – при повреждениях нижних конечностей.

Проблемы осуществления самообслуживания и самостоятельного передвижения решаются в ходе реализации программ АФК и социально-бытовой реабилитации. Организационные вопросы программы АФК связаны с рядом методических подходов, которые лежат в основе технологии этой формы реабилитации.

Важными разделами программы АФК в ходе реабилитации инвалидов с поражением функций опорно-двигательного аппарата является социально-бытовая адаптация, которая представляет собой процесс приспособления инвалида к условиям жизнедеятельности с помощью специальных вспомогательных устройств и приспособлений для стабилизации жизни с имеющимся дефектом к новым, сложившимся условиям.

Адаптированные залы для занимающихся с поражением опорно-двигательного аппарата включают приспособления фиксированные (стационарные) и приспособления индивидуальные (нестационарные). При этом учитываются два самостоятельных подхода:

- модификация, приспособление самих помещений с учетом типа физического дефекта, нарушений функций опорно-двигательного аппарата за счет специального стационарного оборудования;

- оснащение этих помещений специальными (нестационарными) индивидуальными вспомогательными устройствами для облегчения самообслуживания.

К оборудованию и оснащению залов АФК предъявляются требования двух категорий.

1. Медицинские требования:

- точное соответствие типу дефекта;
- совпадение реабилитационного воздействия с физиологической функцией дефектного органа (конечности);
- функциональность реабилитационных изделий;

– предупреждение (избежание) возможных осложнений в ходе пользования вспомогательными устройствами.

2. Технические требования:

- безопасность пользования;
- надежность, прочность материала, из которого изготовлено изделие;
- простота конструкции, обеспечивающая доступность |для пользователя;
- компактность;
- ограничение эргономических усилий.

Организационные и методические особенности реабилитации лиц пожилого возраста.

Создание новых методов реабилитации граждан, находящихся в пожилом возрасте, становится всё более важным в социальном и экономическом плане. Их главная цель – адаптировать каждого пожилого человека к существованию в комфортном для него социальном окружении. Для её достижения необходима грамотная и своевременная восстановительная терапия, которая позволит предотвратить потерю важных функций организма и не дать человеку пожилого возраста понизить мобильность (уровень двигательной активности). Успех реабилитации и гериатрической профилактики зависит от одного важного критерия – наличия у пожилого человека или инвалида личной мотивации к активной полноценной жизни. Если у него есть хобби, интересы, подходящая работа, социальная и культурная жизнь, близкие люди или глобальная цель, он будет медленнее стареть и имеет все шансы прожить дольше.

При разработке программ реабилитации лиц пожилого возраста учитывают следующие факторы:

- наличие, как правило, двух и более сопутствующих заболеваний (коморбидность);
- прием нескольких различных лекарственных препаратов одновременно;
- риск осложнений заболеваний возрастает с каждым годом жизни;
- реабилитационные мероприятия в пожилом возрасте могут занимать больше времени;
- учитывать и исходить из возможностей каждого конкретного человека с инвалидностью;
- после того, как основная цель реабилитационных мероприятий достигнута, реабилитация (элементы реабилитации) в поддерживающем режиме реализуются в течение всей жизни.

На основании всех выше перечисленных фактов вместе с инвалидом и его родственниками разрабатываются индивидуальные цели, составляется индивидуальный план лечения и реабилитации. Реабилитация инвалидов пожилого возраста включает различные аспекты реабилитационного процесса: медицинский; физический; психологический; социальный.

Медицинская реабилитация включает в себя регулярное и постоянное наблюдение за состоянием основных органов и систем организма, своевременную медикаментозную коррекцию при любых отклонениях.

Физический аспект реабилитации включает в себя:

– физиотерапевтические процедуры и лечебную гимнастику, которые поддерживают тонус мышц и гибкость суставов, предотвращают их атрофию, усиливают иммунитет, нормализуют кровообращение и обменные процессы, снимают воспаления, отёчность и боль;

– эрготерапию – обучение двигательным навыкам, которые необходимы пожилому человеку в повседневной жизни для самообслуживания;

– механотерапию – АФК с использованием специально разработанных аппаратов и тренажёров;

– массаж – применяется на всех этапах реабилитации, в том числе к инвалидам с поражением спинного мозга.

Психологический аспект является важнейшей составляющей в реабилитации пожилых инвалидов. Для результативной и быстрой реабилитации необходим оптимистичный, активный настрой инвалида, вера в успех, интерес к жизни. С пожилыми людьми проводится комплексная психологическая работа, направленная на то, чтобы пробудить в них желание жить, нормализовать их эмоциональное состояние, научить преодолению стрессов и формированию устойчивой самооценки, укрепить когнитивные функции. Методы этой работы самые разнообразные: арт-терапия, ароматерапия, лечение травами, сеансы медитации и релаксации. Некоторые мероприятия проводятся в групповом формате. Возможно применение лекарственных средств.

Социальная реабилитация инвалидов и лиц пожилого возраста непременно должна быть комплексной и направленной на восстановление их активности в обществе. Реабилитация не увенчается успехом, если не будут учитывать характер, личностные особенности пожилого человека и социальное окружение, с которым он находится в тесной связи. Цель реабилитации – достижение гармонии между телом инвалида, его психикой и социумом, в котором он находится. На данные ВОЗ свидетельствуют о том, что как минимум у 40 % людей пожилого возраста наблюдаются симптомы депрессии.

Причины её связаны не только с состоянием здоровья, но и с социальными факторами: недостатком общения, чувством собственной ненужности и бесполезности, одиночеством, пренебрежением. Социальная реабилитация инвалидов и лиц пожилого возраста складывается из комплексного применения следующих мер:

- ресоциализация пожилых граждан (стимулирование их к социальной активности, возвращению к общественной жизни, выходу из изоляции);
- социальная помощь;
- развитие и сохранение навыков самообслуживания, оказания себе необходимой помощи и достижения экономической самостоятельности;
- нормализация жилищных условий в соответствии с потребностями и ограничениями инвалида, предоставление технических средств, необходимых для повседневного существования;
- организация культурно-досуговых мероприятий и отдыха;
- духовная поддержка.

Социальная реабилитация лиц пожилого возраста имеет своей целью не только их выживание, но и социализацию, адаптацию в обществе. Показателем успешности такой реабилитации является достижение пожилым человеком или инвалидом высокого статуса в социальной среде, удовлетворённости жизненными условиями и своим местом в обществе.

Медико-социальная реабилитация людей пожилого возраста реализуется в формате обслуживания на дому, адресной соцзащиты, срочной разовой социальной помощи и т.д.

Система реабилитации включает в себя множество учреждений разных видов – жилые дома и интернаты для престарелых, учреждения дневного пребывания, центры социального обслуживания, санатории и многие другие.

Трудовая реабилитация граждан пожилого возраста включает в себя терапию занятостью или трудотерапию – подбор видов созидательной деятельности таким образом, чтобы вылечить или скомпенсировать психические и физиологические нарушения инвалида. В результате ожидается восстановление функций, необходимых для самостоятельной повседневной жизни.

Просветительская реабилитация ведётся в следующих направлениях:

- предоставление информации и консультаций, касающихся медицинской реабилитации;
- информирование самого инвалида и его родственников о возможностях социально-бытовой реабилитации;

– оповещение о существующих источниках социальной реабилитации и поддержки.

Людам пожилого возраста бывает нелегко ориентироваться в окружающей их социальной действительности, которая быстро меняется. Поэтому необходимо проводить просветительскую реабилитацию: рассказывать им о том, какие права у них есть, какие социальные услуги им положены и на каких условиях, предлагать оптимальные варианты.

Кроме социально-экономического аспекта, есть и личностный: ознакомить пожилого человека с теми изменениями, которые происходят с возрастом в его организме и психике, объяснить закономерности и научить приспосабливаться к ним.

Проведение реабилитации в пожилом возрасте должно опираться на следующие правила:

– внимание к психологическому и эмоциональному состоянию инвалида, учёт его мнения о заболеваниях и предпочтительном лечении;

– следование чёткому плану мероприятий, который вырабатывается совместно с инвалидом;

– регулярное и постоянное наблюдение за состоянием основных органов и систем организма (по таким показателям, уровень сахара в крови, давление и температура, частота пульса и дыхания);

– поддержание у пожилого инвалида энтузиазма и уверенности в успехе реабилитации, отслеживание и поощрение любых позитивных изменений;

– стимулирование инвалида к активной позиции в лечении и самообслуживании.

7. СЕТЕВАЯ И КЛАСТЕРНАЯ МОДЕЛИ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОГРАММ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ

Сетевое планирование и управление (СПУ) предназначено для описания комплекса взаимосвязанных работ. Это описание приводится с помощью *сетевой модели*. Объектом управления в СПУ является коллектив организации, располагающий определенными ресурсами (людскими, материальными, техническими, финансовыми и др.) и выполняющий комплекс взаимосвязанных работ, призванный обеспечить достижение намеченной цели. В адаптивной физической культуре и спорте такими комплексами работ могут быть организация и проведение праздников, спартакиад, соревнований; создание систем рационального функционирования государственных и общественных физкультурно-спортивных организаций, организация и проведение целевых мероприятий комплексного характера, физическая реабилитация.

Важной особенностью СПУ является возможность математически точного и экономически целесообразного подхода к сложным вопросам организации, планирования и управления, что позволяет:

- четко отобразить структуру комплекса работ, выявить с любой степенью детализации составные части этого комплекса и установит их взаимосвязь;
- составить обоснованный план выполнения всего комплекса работ;
- осуществить обоснованное прогнозирование работ, требующих повышенного внимания (по срокам выполнения, ресурсам);
- более эффективно по заданному критерию использовать ресурсы;
- проводить многовариантный анализ различных решений по изменению последовательности работ, распределению ресурсов с целью сокращения общей продолжительности комплекса работ или сокращения ресурсов при данной продолжительности;
- использовать для обработки данных (больших массивов информации) современные средства вычислительной техники.

Для эффективного применения СПУ в любом комплексе работ необходимо иметь ясную цель и обоснованные критерии оценки. В большинстве случаев в СПУ применяется одноцелевая модель. Критериями могут быть минимизация сроков и затрат на отдельные работы при условии выполнения всего комплекса работ в установленное время (директивное). Многоцелевые модели по существу состоят из ряда одноцелевых и

завершаются несколькими конечными событиями. Систему СПУ в физической культуре и спорте можно охарактеризовать следующими признаками:

- 1) уровнем руководства, использующим данную систему (спорткомитет, спортклуб, тренер и т.д.);
- 2) количеством сетей (односетевая система, многосетевая система);
- 3) объемом сетевой модели:
 - а) большой (более 1000 работ);
 - б) средний (до 1000 работ);
 - в) малый (до 200 работ);
- 4) числом конечных целей:
 - а) одна (сетевая модель заканчивается одним завершающим событием);
 - б) много (сетевая модель заканчивается несколькими завершающими событиями);
- 5) ограничением по ресурсам:
 - а) без ограничения по ресурсам (сетевая модель не содержит данных по ресурсам);
 - б) с ограничением по ресурсам (сетевая модель содержит информацию о ресурсах);
- 6) планируемыми и контролируемыми параметрами:
 - а) сроки выполнения отдельных работ;
 - б) сроки выполнения и затраты на проведение работ.

В настоящее время в области АФК и спорта используются модели малого и среднего объемов с контролем сроков (управление с оптимизацией по времени). В целом эффективность использования сетевых моделей возрастает по мере увеличения сложности комплекса работ.

Цель межведомственного взаимодействия в рассматриваемом аспекте – повышение эффективности реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации (ИПРА) и сопровождения инвалидов (детей-инвалидов) для устранения (коррекции) имеющихся у них ограничений жизнедеятельности, сохранения (поддержания, повышения) уровня и качества их жизни. Необходимо стремиться к тому, чтобы процесс реабилитации был непрерывным, учитывающим заболевания и нарушения функций организма, ограничения жизнедеятельности всех возрастных групп инвалидов, независимо от места жительства.

В процессе построения региональной системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения инвалидов (детей-инвалидов) можно выделить следующие формы межведомственного взаимодействия:

1) обмен информацией, используемой при предоставлении социальных услуг и осуществлении социального сопровождения, в том числе в электронной форме;

2) осуществление совместных действий (мероприятий) в рамках реализации ИПРА инвалида (ребенка-инвалида);

3) создание межведомственных рабочих групп, комиссий, координационных советов, межведомственных совещательных органов, мобильной междисциплинарной службы и пр.;

4) сетевое взаимодействие организаций различной ведомственной принадлежности по вопросам реализации реабилитационно-абилитационных мероприятий, в том числе в виде сетевой формы реализации ИПРА;

5) организационно-административное содействие в виде создания благоприятных административных условий формирования и развития системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов, их формализованное деятельное соучастие в развитии системы путем максимально возможного (в рамках действующего законодательства) использования разнообразного практического инструментария, а также наиболее эффективных форм и методов прямой и косвенной поддержки реабилитационных организаций с целью их устойчивого функционирования;

6) совместное формирование и использование банков данных, автоматизированных информационно-аналитических систем. Общие стратегии развития ведомственных систем в рамках региональной системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения инвалидов (детей-инвалидов).

Виды межведомственного взаимодействия можно классифицировать по:

- сферам взаимодействия;
- направлению взаимодействия (вертикальное, горизонтальное, диагональное);
- количеству участвующих (двустороннее, многостороннее);
- степени участия ведомств (активное, пассивное);
- характеру связей (неформальное, формальное);
- регулярности (регулярное, разовое);
- срокам (краткосрочное, среднесрочное, долгосрочное);
- объекту (межотраслевое, межфункциональное, информационное, проектное).

Для наиболее полного удовлетворения потребностей в реабилитации и для качественного управления процессами необходима организация взаимодействия

распределенных участников с использованием информационных ресурсов на базе сетевого сотрудничества учреждений профильной направленности. Существует мнение исследователей о том, что «необходимо обратить внимание на развитие сетевых партнерских взаимоотношений государственных органов (профильных комитетов) с туристическим бизнесом, ориентированным на инновации ... Ключевую роль в этом сетевом сообществе должны играть ... инновационные структуры». Сетевая интеграция участников распределенного консорциума позволит эффективно проводить совместную деятельность в оказании услуг реабилитации. Создание информационной платформы обеспечит обмен информацией, согласованное планирование и выполнение мероприятий сетевого взаимодействия участников. Сетевое взаимодействие следует рассматривать как ресурс инновационного развития, а создание единого центра управления и замкнутой цепочки процессов реабилитации должно строиться с соблюдением основополагающих принципов (рисунок 4).

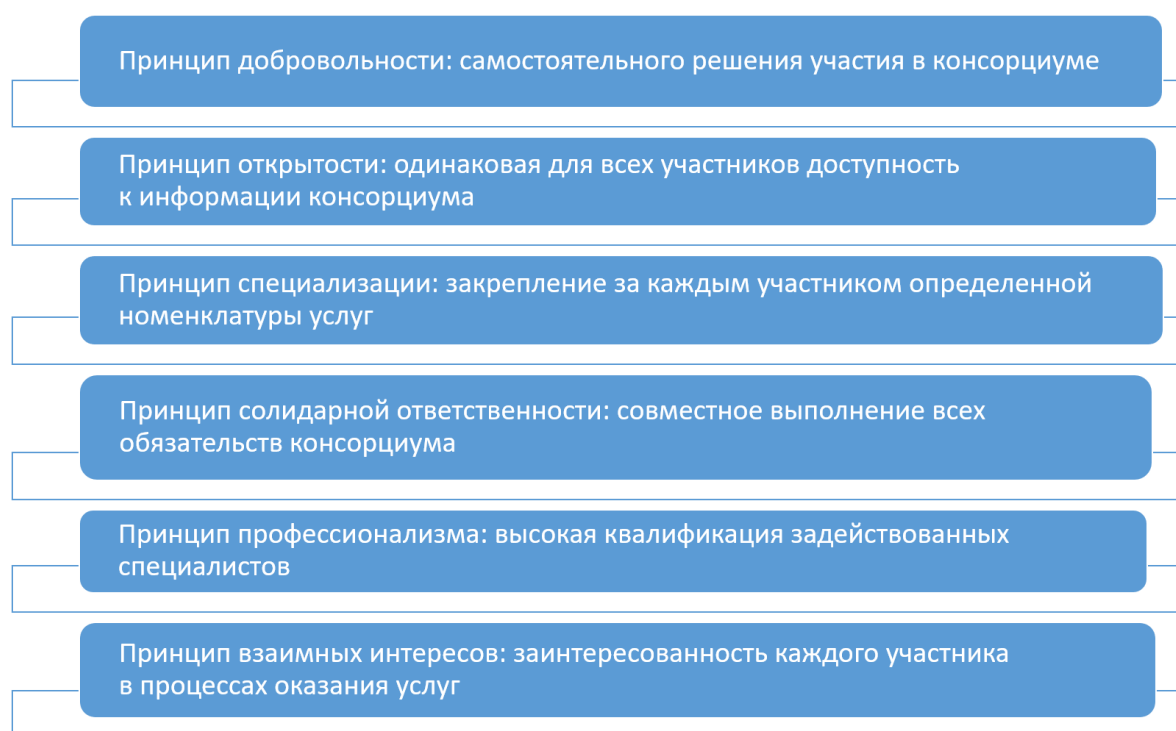


Рисунок 4. Основные принципы сетевой организации рекреационно-реабилитационного распределенного консорциума

Применение указанных принципов позволит участникам рекреационно-реабилитационного распределенного консорциума получить новые функциональные возможности и экономические преимущества на региональном уровне. Исследователи считают, что основные преимущества сетей «обеспечивают выгодное долгосрочное сотрудничество, оптимизацию производственных и управленческих процессов, обеспечивая доступ к информационным ресурсам и улучшение их использования». В силу

специфики деятельности рекреационно-реабилитационного распределенного консорциума отмеченные преимущества сетевого взаимодействия могут быть дополнены следующими:

- расширение реабилитационных направлений деятельности имеющихся НКО;
- тесная внутриотраслевая кооперация и преемственность между всеми участниками оказания реабилитационных, физкультурно-спортивных, образовательных услуг;
- расширение уровня взаимодействия в использовании реабилитационной инфраструктуры;
- быстрое распространение передовых методик и технологий в реабилитации и оздоровлении;
- создание специальных информационных сетей и платформенный обмен информацией;
- осуществление взаимодействия с целью формирования инфраструктуры реабилитационной сферы и использования имеющейся реабилитационной базы региона.

Кластерное взаимодействие (КВ) – вид сетевого взаимодействия заинтересованных сторон (участников кластера), основанного на формализованных, взаимовыгодных отношениях, при котором стороны принимают на себя взаимные обязательства, предусматривающие стратегическую и операционную координацию и кооперацию по кругу вопросов, определенному соглашениями. В КВ реализуются все виды взаимовыгодного взаимодействия: сотрудничество и взаимопомощь, содействие и поддержка, соревнование и конкуренция, кооперация и интеграция.

Для кластерного взаимодействия характерны следующие черты:

- устойчивость типологии и долгосрочный характер отношений между участниками, добровольность участия с возможностью выхода;
- согласованность общих интересов;
- наличие правовой основы совместной деятельности субъектов;
- разработанные механизмы взаимодействия между участниками кластера и факторами внешней среды и механизмы управления совместной сетью.

Под «реабилитационным» кластером можно представить такую систему сетевого взаимодействия организаций, которая направлена на повышение качества реабилитационного процесса в интересах развития приоритетных социально-экономических отраслей региона и/или муниципалитета, в интересах социальной и трудовой интеграции инвалидов, в т.ч. молодого возраста.

Основные особенности «реабилитационного» кластера:

– участники кластера не являются потребителями конечного продукта, но консолидируют и развивают лучшие реабилитационные технологии, что гарантирует конечный продукт высокого уровня – такую услугу, которая бы позволила бы организации способствовать реабилитации инвалида для успешной социализации в современном обществе;

– субъекты социального партнерства взаимодействуют на основе добровольных многосторонних соглашений, совместно используя материально-технические и интеллектуальные ресурсы.

Основными целями такого социального партнерства можно считать:

- минимизацию затрат на разработку «реабилитационного продукта»;
- максимизацию качества «реабилитационного продукта»;
- привлечение высококвалифицированных кадров для участия в процессе реабилитации;
- создание устойчивого бренда физкультурно-спортивных организаций и «реабилитационного» кластера в целом для всех типов потребителей реабилитационных услуг.

Исходя из вышесказанного, можно определить критерии эффективности социального партнерства в рамках «реабилитационного» кластера:

- наличие единой стратегии развития;
- наличие сбалансированного портфеля услуг внутри кластера;
- интеграция и согласованность программ реабилитации;
- полная согласованность программ АФК с потребностями заказчика реабилитационных и физкультурно-спортивно услуг;
- наличие ориентированной на заказчика (исполнительную власть региона) спортивно-методической базы, в т.ч. методических комплексов и электронных образовательных ресурсов;
- наличие программ инновационного развития, предусматривающих вовлеченность всех уровней участников кластера;
- наличие единого информационного ресурса;
- наличие системы сетевого обмена образовательными модулями и кадровыми ресурсами;
- наличие актуальной лабораторной, стажировочной базы и базы практик (при необходимости);
- высокое качество социализации занимающихся.

Социальное партнерство в рамках реабилитационного кластера позволяет создать своеобразную сеть, позволяющую не только физкультурно-спортивным организациям получать недостающие для осуществления своей деятельности ресурсы и достигать определенных реабилитационных результатов, но и удовлетворять потребности заказчика услуг.

В модель реабилитационного кластера для планирования программ АФК и спорта, основанного на партнерских отношениях, могут быть включены организации, перечисленные в разделе 5 настоящих рекомендаций.

Формирование кластеров в муниципальной сфере развития реабилитации происходит на основе трех основных процессов:

1. Горизонтальной интеграции организаций одного уровня (образование сетей, филиалов).
2. Вертикальной интеграции организаций разного уровня (формирование комплексов).
3. Комплексной интеграции (горизонтальной и вертикальной) – создание многоуровневых комплексов и их сетей и т. д..

В основные стратегии реабилитационного кластера можно включить следующие:

- экономическая (создание сферы эффективных реабилитационных услуг, своевременно и качественно удовлетворяющей запросы потребителей);
- социальная (создание определенных гарантий качественной реабилитационной помощи);
- маркетинговая (распространение передовых технологий);
- правовая (обеспечение разработки нормативно-правовой базы партнерских взаимоотношений, обеспечение субъектной позиции всех партнеров);
- педагогическая (совместное проектирование деятельности);
- обеспечение содержательной и технологической стороны государственно-частного партнерства между всеми участниками реабилитационного кластера.

Многообразие моделей реабилитационных кластеров, предлагаемых исследователями, основаны на социальном партнерстве и сетевом взаимодействии, на особенностях структуры муниципальной сферы и зависит от комплекса решаемых задач.

Первой моделью кластера, основанного на кооперации, являются объединения организаций одного уровня, являющихся равноправными партнерами. Их появление обусловлено наличием у участников общих проблем, возможностью взаимного наращивания потенциала друг друга, ограниченностью ресурсов.

Такая полифункциональная система способна предоставить широкий спектр качественных услуг на основе сетевого взаимодействия организаций, используя при этом различные подходы, учитывающие конкурентные преимущества, цели и условия развития систем.

Данная модель (созданная ассоциация, некоммерческая организация) позволяет организациям создавать и реализовывать общую программу АФК, объединившую уникальные программы каждого из партнеров.

Вторая модель предполагает наличие ведущей организации (с лучшей материальной базой и/или кадровым обеспечением) с сетью организаций-спутников, объединенных по определенному приоритетному направлению деятельности. Создание такой модели обеспечивает качественные услуги по реабилитации за счет концентрации учебно-методических, материально-технических, финансовых, кадровых и управленческих ресурсов. Ведущая организация может выступать в качестве методического и ресурсного центра для всех организаций-спутников.

Третья модель предусматривает создание центров с единым пространством. В ее рамках может быть организовано взаимодействие различных организаций региона, в т.ч. школ, учреждений начального, среднего и высшего профессионального образования, социально ориентированных НКО. Она имеет большую разветвленную сеть, которая позволяет реализовать интегрированные программы АФК, программы спортивной подготовки.

Четвертой моделью выступает кластер, ориентированный на производство и потребление практико-ориентированных реабилитационных услуг. Данный кластерный тип социального партнерства характеризуется тем, что организации становятся «неюридической» частью предприятий и оказывают реабилитационные услуги, ориентированные на потребителей услуг кластера, объединенных партнерскими отношениями.

Пятая модель – социокультурный комплекс, представляющий собой интеграцию физкультурно-спортивных организаций, образовательных организаций. Такая модель наиболее востребована в небольших муниципальных образованиях, в которых данный комплекс становится не только реабилитационным, но и культурным и социальным центром.

Шестая модель – территориально-межотраслевая – направлена на то, чтобы увеличить ресурсный потенциал за счет выхода за границы отраслевого управления, привлечения совокупных ресурсов муниципалитета. Данная модель предполагает выделение «отраслевых» направлений АФК и спорта, объединенных в цепочку этапности

оказания услуг инвалидам и лицам с ОВЗ. Особое положение в этой модели занимает семья, которая совместно с инвалидом (ребенком-инвалидом) проходит все этапы его реабилитации. Кроме того, появляются новые формы привлечения родителей (законных представителей) к развитию организации. При этом партнерские отношения с семьей в реабилитационном кластере могут осуществляться через организационно оформленные структуры (общественные объединения родителей, общественные советы, создаваемые по инициативе органов управления).

Седьмая модель – информационно-ресурсная – предполагает создание на базе организаций центров, в которых сконцентрировано современное техническое оборудование, в том числе дорогостоящее, для обслуживания всей сети. Целью создания и деятельности информационно-ресурсного кластера является повышение качества подготовки собственных кадров, оказание методической помощи тренерам (преподавателям), удовлетворение кадровых потребностей работодателей, реабилитационных и профессиональных запросов инвалидов, обеспечение доступа педагогической общественности и обучающихся к научно-методическим, материально-техническим, информационным, социопсихологическим ресурсам.

Восьмая модель предполагает создание социально-педагогического кластера, основанного на взаимодействии ведущих тренеров, инструкторов, методистов и учителей организаций и учреждений профессионального образования, научной педагогической общественности по вопросам разработки, апробации, внедрения интегративных программ АФК, создание нового «реабилитационного» пространства для инвалидов и членов их семей, разработку и создание нового реабилитационного продукта – услуг, которые позволят интегрировать инвалидов в иную среду, тем самым получить новые восстановительные эффекты. Достигаются качественно новые результаты для всех субъектов образования: меняются инновационные процессы внутри всех организаций, расположенных на территории муниципалитета.

В основе взаимодействия субъектов всех представленных моделей лежат следующие принципы:

– принцип результативности, предполагающий четкое определение целей и задач каждого субъекта, нацеливание на конечный результат, выражающийся в создании реабилитационно-продуктивной среды для инвалидов, в т.ч. развития их творческого потенциала;

– принцип синергетичности, в основе которого лежит консолидация материальных и нематериальных ресурсов (идеи, образовательные продукты, программы АФК, кадры, материально-техническое оснащение);

– принцип системности и персональной ответственности каждого субъекта модели.

Типичные этапы формирования кластеров можно представить следующим образом:

1. Выявление и обоснование стратегических инициатив в сфере реабилитации, приоритетных для развития территории, на базе которых следует создать кластер.

2. Прогнозирование целевой (реабилитационной), социальной, экономической (коммерческой и бюджетной) эффективности кластера с учетом государственных, муниципальных и частных инвестиций и всех видов эффекта (в территориальном и отраслевом аспектах).

3. Определение перечня участников кластера с определением их роли и функций по достижению конечных целевых результатов.

4. Проектирование форм совместной деятельности.

5. Проектирование структуры управления кластером на основе сочетания коллегиальных форм принятия решений по ключевым параметрам совместной деятельности и целевым индикаторам с многообразием децентрализованных форм сетевых горизонтальных взаимодействий.

6. Разработка и утверждение на уровне местной власти необходимой нормативной правовой базы, регулирующей взаимодействия в рамках кластера и стимулирующей его участников. Проектирование и реализация институциональной поддержки.

7. Создание информационного пространства, обеспечивающего широкую общественную поддержку и благоприятный климат для инноваций.

Кластер позволит объединить усилия заинтересованных сторон и возможности личностного и профессионального развития участников. В отличие от традиционной системы кластерная модель реабилитации способствует обеспечению развития сферы реабилитации по таким направлениям, как:

– подготовка квалифицированных кадров;

– внедрение новых знаний и технологий, создание системы ресурсно-информационной поддержки;

– управление инновационной деятельностью физкультурно-спортивных организаций;

– инвестирование социально значимых проектов; продвижение на рынок объектов интеллектуальной собственности.

В целом стоит отметить, что процесс кластеризации в российских регионах находится на начальном этапе, в связи с чем довольно сложно определить общий вектор кластеризации в сфере реабилитации и абилитации в регионах. Сравнение процессов

кластеризации в России и в других странах позволяет выявить следующие группы проблем, препятствующие использованию кластерного подхода в управлении региональными системами:

– проблемы стратегического планирования (недостаточный уровень организационного развития кластера, недоработка концепций по развитию кластеров, связанная с отсутствием обозначения кластерных зон, преобладание отраслевого подхода);

– управленческие проблемы (директивное управление сверху, недостаточный учет региональной специфики, ориентация на быстрый выигрыш от управленческих мер, неготовность применять новые подходы предпринимателями и администрацией);

– теоретико-методические проблемы (декларативный характер использования понятия кластер, отсутствие механизмов методической, информационно-консультационной и образовательной поддержки развития кластеров);

– проблемы коммуникационного характера (недостаточное взаимодействие между государством, бизнесом и наукой в области распространения инноваций);

– проблемы информационной открытости, приводящие к отсутствию у государства и предпринимателей общих ценностей;

– проблемы экономической структуры (высокая монополизация региональных и локальных рынков, низкий уровень развития бизнес-климата, высокие административные барьеры);

– институциональные проблемы (неразвитая инфраструктурная база, ограниченный набор инструментов финансирования, неразвитая система распределения квалифицированных специалистов).

Этап реализации программы АФК и спорта предусматривает обозначение определенной технологии, которая показывает вход в программу, действия программы и выход из программы. Технология рассматривается только по отношению к инвалиду (ребенку-инвалиду).

Вход в программу предусматривает обозначение целевой группы. Программа АФК всегда ориентирована на целевую группу: например, дети в возрасте от 0 до 3 лет, имеющие ограничение жизнедеятельности, или дети группы риска, т.е. это дети, имеющие ограничения активности или возможности участия в естественных жизненных ситуациях вследствие нарушения структур или функций организма, а также влияния факторов окружающей среды.

Действия программы АФК определяются её целями, которыми, как правило, являются:

- улучшение функционирования в естественных жизненных ситуациях (ЕЖС);
- повышение качества взаимодействия и отношений инвалида (ребенка-инвалида) с обществом, с семьей и т.п.;

- повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за инвалидом (ребенком-инвалидом) лиц в вопросах физического развития и активности;

- включение инвалида в среду сверстников, расширение социальных контактов, создание семьи.

Действия программы АФК включают в себя комплекс действий, направленных на достижение целей реабилитационной помощи инвалидам по развитию и совершенствованию подвижности, речи и общения, познавательных способностей, социального и эмоционального развития, навыков саморегуляции, развитию социально-бытовых навыков, пользованию вспомогательных технических средств и т.д.

Выход из программы предусматривает прекращение программы в ситуации отказа инвалида / семьи (законных представителей) от получения услуг по программе АФК; когда инвалид / семья больше не нуждаются в услугах программы, так как цели ИПРА были достигнуты; при возникновении иных причин, создающих непреодолимые препятствия для продолжения реализации ИПРА.

8. ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В РУКОВОДСТВЕ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ ИНВАЛИДОВ. ВОПРОСЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАБИЛИТАЦИИ.

Всемирная организация здравоохранения в основу Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) (ВОЗ, 2001) заложила биопсихосоциальный принцип, в соответствии с которым «инвалидность – это результат взаимодействия, которое происходит между имеющимися нарушениями здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами, которые мешают их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими людьми». Сегодня любое государство, ратифицировавшее Конвенцию ООН о правах инвалидов, в том числе и Россия, взяли на себя обязательства исключить дискриминацию по признакам инвалидности, в том числе право на реабилитацию и труд.

Современная биопсихосоциальная модель инвалидности рассматривает человека в конкретной окружающей среде и систематизирует факторы, которые создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время на двух уровнях:

а) индивидуума – в непосредственном окружении индивида, охватывающем домашнюю обстановку, место работы, школу;

б) общества – формальные и неформальные социальные структуры, службы, общие установки и системы в сообществе или сфере культуры, которые оказывают влияние на людей (Рисунок 5).



Рисунок 5. Биопсихосоциальная модель изучения потребностей инвалидов в комплексной реабилитации

МКФ пытается достичь более полной согласованности взглядов на различные стороны здоровья и болезни – с биологических, личностных и социальных позиций. Целью МКФ является обеспечение унифицированным стандартным языком

с определением рамок для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем. Она вводит понятия «составляющих здоровья» и некоторых, связанных со здоровьем составляющих благополучия (образование и труд). В конкретизации общеупотребляемого определения здоровья, сформулированного ВОЗ, МКФ дает стандартные, необходимые для практического применения определения «доменов здоровья» и «доменов, связанных со здоровьем».

Домен – это сфера проявления признаков здоровья или болезни, факторов и условий, определяющих здоровье или болезнь, практический и значимый для характеристики здоровья набор:

- а) взаимосвязанных физиологических функций и анатомических структур;
- б) действий, задач и сфер жизнедеятельности;
- в) внешних природных и культурных условий;
- г) внутренних, индивидуально-психологических особенностей.

В международных классификациях ВОЗ изменения здоровья (болезнь, расстройства, травмы и т.п.) изначально классифицированы в Международной классификации болезней МКБ-10 (МКБ-11), которая определяет их этиологическую структуру. Функционирование и ограничение жизнедеятельности, связанные с изменением здоровья, классифицируются в МКФ. Таким образом, МКБ-10 (МКБ-11) и МКФ дополняют друг друга, и пользователям рекомендуется применять обе классификации совместно.

Совместная информация, относящаяся к диагнозу и функционированию, воссоздает более широкую и значимую картину здоровья людей или популяций, которая может быть использована при принятии решений. Важно иметь в виду наличие частичного совпадения между МКБ-10 и МКФ. Обе классификации начинаются с систем организма. Нарушения относятся к структурам и функциям организма, которые обычно являются составляющими «процесса болезни» и в связи с этим также применяются в МКБ. МКБ использует нарушения (в виде признаков и симптомов) как части констелляции, которые «формируют болезнь», или иногда как проблемы функций и структур организма, связанные с изменениями здоровья. У двух индивидов с одинаковым заболеванием могут быть различные уровни функционирования, и два индивида с равным уровнем функционирования отнюдь не обязательно имеют одинаковые изменения здоровья.

Следовательно, совместное использование классификаций повышает качество информации для медицинских целей. МКФ не исключает применение обычных диагностических процедур, применяемых для медицинских целей. В других случаях

МКФ можно пользоваться самостоятельно. МКФ отошла от классификации «последствий болезней» (концептуальной позиции ICIDH – МКН 1980 года), чтобы стать классификацией «составляющих здоровья». Составляющие здоровья определяют, из чего оно состоит, в то время как последствия концентрируют внимание на тех влияниях, которые могут оказывать заболевания и другие изменения здоровья на конечный результат. Таким образом, на основе МКФ исследователь может более полно делать выводы о причинно-следственных связях заболевания, используя приемлемые научные методы, что усиливает подходы, основанные на исследовании детерминанта здоровья или факторов риска заболеваний. Для исследователя детерминант или факторы риска МКФ содержат перечень факторов внешней природной и культурной среды, описывающих обстановку, в которой живет индивид. МКФ имеет представленную ниже структуру (таблица 4).

Таблица 4 – Структура Международной классификации функционирования

Классы «составляющих здоровья» — факторов, характеризующих и определяющих здоровье			
Функционирование и жизнедеятельность		Факторы контекста	
Функции и структуры организма	Активность и участие	Факторы окружающей среды	Личностные факторы
Домены – сферы проявления признаков здоровья и факторов, определяющих его, практический и значимый для характеристики здоровья набор			
взаимосвязанных физиологических функций и анатомических структур	действий, задач и сфер жизнедеятельности	внешних природных и культурных условий	внутренних, индивидуально-психологических особенностей
Параметры , характеризующие позитивный или негативный аспекты состояний			
целостности или нарушений структур и функций организма	способности или ограничений выполнения задач в стандартных условиях и в реальной жизненной ситуации	облегчающие или затрудняющие влияния физической, социальной среды, мира отношений и установок	способствующие или препятствующие свойства личности

Физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время, факторы окружающей среды создают:

- технологии и оборудование, непосредственно связанные с индивидуумом в его производственной деятельности и в быту;
- продукция или система изделий, являющихся непосредственным окружением индивида;
- природное окружение и изменения окружающей среды;
- система поддержки и взаимосвязи, обеспечивающей практическую физическую или эмоциональную поддержку, заботу, защиту и помощь во взаимоотношениях

с другими людьми в своем доме, на рабочем месте, в школе, в играх или других аспектах ежедневной деятельности;

– установки, являющиеся видимым результатом обычаев, правил, идеологии, ценностей, норм, религии и других убеждений;

– службы, сложившиеся программы, предлагающие и осуществляющие услуги в различных областях жизни для удовлетворения потребностей индивида;

– административные системы, включающие административный контроль и механизмы организации, установленные местной, региональной, национальной, международной или другой признанной властью;

– политика, которая включает правила, инструкции, стандарты, установленные различными уровнями власти.

Область применения классификации распространяется на все сферы деятельности человека: образование, здравоохранение, страхование, экономику и др. Она описывает состояние функционального здоровья индивида на трех уровнях: организм – человек – общество. Этим трем уровням функционирования человека соответствуют следующие элементы: функции и структуры организма; активность; участие. В МКФ понятие «функциональное здоровье» отражает три важных аспекта человека: как биологического существа, как самостоятельно действующего субъекта и субъекта общественных отношений (рисунок 6).

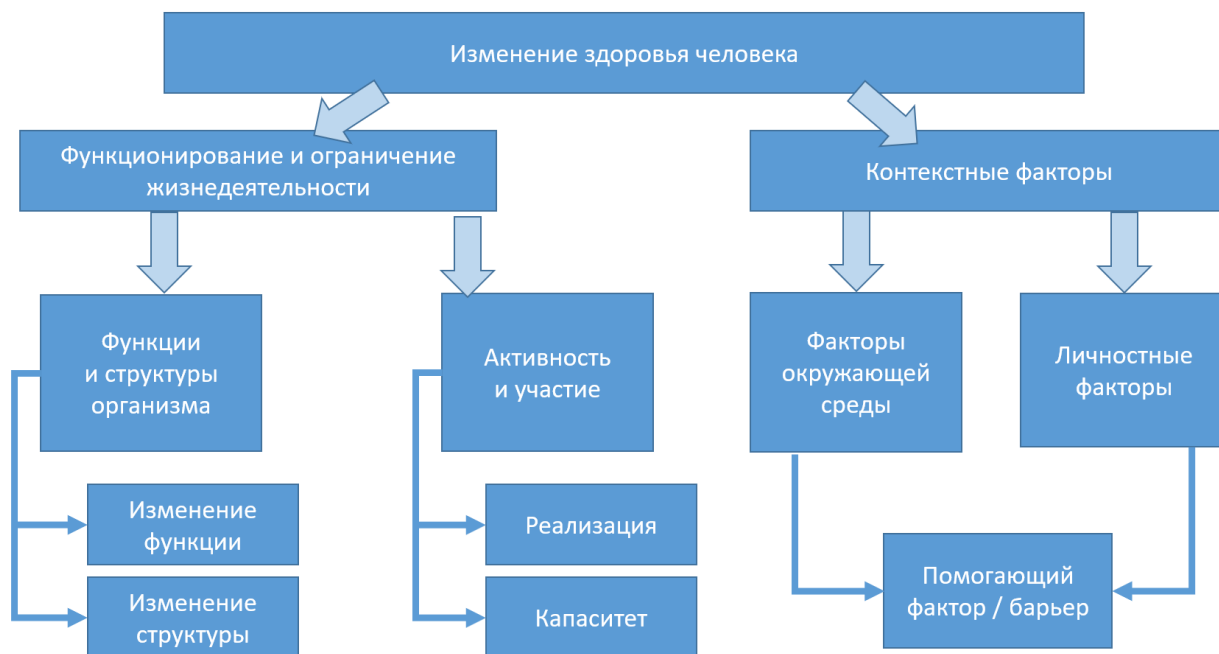


Рисунок 6. Расширенная модель функционирования человека с измененным здоровьем в контексте факторов окружающей среды и личностных факторов

Функции и структуры организма – этот класс отражает наличие или отсутствие каких-либо нарушений, отклонений от общепринятых популяционных стандартов

биомедицинского статуса организма, его функций и осуществляется преимущественно специалистами.

Нарушения функционирования, ограничения *активности и участия* (социальная недостаточность) сказываются на свойствах человека, в первую очередь, как развивающейся личности – персоны, приводя в этом отношении к «деперсонализации», и реабилитация предстает как проблема возвращения личности на путь ее развития – «реперсонализации».

Активность – это выполнение задачи или действий индивидом. Она представляет индивидуальную сторону функционирования. Возможны ограничения активности – это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид, преодолевая индивидуальные нарушения функционирования (нарушения структур и функций). Из контекстных факторов здоровья здесь имеют значение личностные факторы. Ограничение активности может варьировать от легкого до тяжелого качественного или количественного отклонения в выполнении активности как по форме, так и по величине в сравнении с людьми без изменения здоровья.

Участие – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию, складывающуюся во внешних условиях, облегченных или лимитирующих функционирование и жизнедеятельность. Оно представляет социальные стороны функционирования. Могут быть ограничения возможности участия – это проблемы, которые испытывает индивид при вовлечении в жизненные ситуации, преодолевая барьеры окружающей среды, внешних природных или культурных условий. Здесь имеют значение внешние контекстные факторы здоровья. Наличие ограничений возможности участия определяется путем сравнения с участием индивида без ограничения жизнедеятельности в данной культуре или обществе.

Личностные факторы – это индивидуальные характеристики, с которыми живет и существует индивид, состоят из черт индивида, не являющихся частью изменений здоровья или показателей здоровья. Они могут включать:

- пол, расу, возраст; социальное окружение, образование, профессию;
- стиль жизни, привычки, воспитание; прошлый и текущий жизненный опыт (события в прошлом и настоящем);
- тип личности, характер, склонности; тренированность по отношению к физическим и психическим нагрузкам; другие (сопутствующие основным) изменения здоровья и характеристики, из которых все или некоторые могут влиять на ограничения жизнедеятельности на любом уровне. Важно отметить, что личностные факторы в МКФ, хотя и выделены как класс факторов, определяющих здоровье, но не расшифрованы,

не детализированы и в настоящее время в оценке здоровья и болезни по данной классификации не применяются. Тем не менее они включены в схему структуры МКФ, чтобы отметить тот важный вклад, который может оказывать их влияние на конечный результат оценки здоровья и болезни, различных лечебных и реабилитационных вмешательств. Отсутствие расшифровки личностного фактора не позволяет достаточно полно осуществить аспект оценки состояния здоровья в его триединой характеристике: биологической, личностной (психологической) и социальной. Данный аспект чрезвычайно важен, поскольку он определяет ценностные ориентации личности, влияющие на здоровье, активность самой личности в сохранении и восстановлении здоровья, что является внутренним, основным потенциалом здоровья человека. Разработка этих проблем – направление дальнейшего развития МКФ.

Факторы окружающей среды взаимодействуют с такими составляющими здоровья, как функции и структуры организма, активность и участие. Для каждой составляющей сущность и степень этого взаимодействия могут быть детально разработаны в ходе научных исследований. Ограничения жизнедеятельности (объединяющие активность и участие) характеризуются как последствия или результат сложных взаимоотношений между изменением здоровья индивида, личностными факторами и внешними факторами, представляющими условия, в которых живет индивид. В результате этих взаимоотношений разные окружающие факторы могут оказывать различные влияния на одного и того же индивида с определенными изменениями здоровья.

Окружающая среда с барьерами и без облегчающих факторов будет ограничивать возможности реализации потенциалов здоровья индивида, среда же с облегчающими факторами может способствовать этой реализации.

Организационное совершенствование системы реабилитации необходимо рассматривать через призму индивидуальных потребностей пострадавшего с позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Основной целью совершенствования системы как таковой должно стать устранение барьеров и увеличение количества облегчающих факторов для уменьшения ограничений активности и участия лиц с инвалидностью во всех сферах жизнедеятельности общества.

Если определять ведущие ограничения согласно концепции Международной классификации функционирования, то можно выделить основные виды активности (мобильность, самообслуживание, коммуникация) и участия (социальные взаимодействия,

социальная и трудовая активность), ограничения которых приводят к формированию инвалидности.

Оценка каждого инвалида (ребенка-инвалида), в соответствии с классами МКФ, позволяет сформировать индивидуальный профиль и определить модель ограничений активности и участия. Для упрощения оценки были созданы готовые модели МКФ-профилей для инвалидов с нарушениями двигательных, когнитивных функций, разных нозологий (инсульт, спинномозговая травма, детский церебральный паралич и т.д.).

Выбор такой модели является первым этапом реабилитационного процесса. Однако при использовании этих моделей на следующем этапе для каждого инвалида формируется индивидуальный профиль с учетом персональных особенностей и степени выраженности тех или иных ограничений. Согласно этому профилю должен быть сформирован индивидуальный набор оценочных шкал.

На следующем этапе, после завершения диагностики, совместно с инвалидом членами мультидисциплинарной бригады определяются ведущие проблемы и формируются реабилитационные цели, что является ключевым моментом реабилитационного процесса. Правильно поставленная реабилитационная цель определяет эффективность реабилитационных мероприятий.

После постановки цели для каждого инвалида формируется индивидуальная реабилитационная программа, которая содержит список задач, необходимых для достижения реабилитационной цели, а также реабилитационных вмешательств. За каждую реабилитационную задачу отвечает один или несколько участников мультидисциплинарной команды. По завершении реабилитационных мероприятий проводится повторная диагностическая оценка и оценка эффективности реабилитационных мероприятий.

К функциональным задачам реабилитации инвалидов (детей-инвалидов) относятся восстановление или компенсация нарушенных функций и структур организма, психических функций; правовая защита, попечительство; восполнение сенсорной недостаточности; восстановление структуры игровой и учебной деятельности; восстановление социального статуса в семье, коллективе и обществе; коррекция нарушений в сфере общения; создание условий для получения образования; создание условий для ускоренного профессионального обучения (при необходимости); переориентация на социально значимые формы самореализации. Именно эти функциональные задачи определяют структурную модель процесса реабилитации инвалидов (детей-инвалидов). При этом следует отметить, что реальные потребности

инвалида (ребенка-инвалида) могут требовать более широкого набора видов реабилитаций по отношению к законодательно закреплённому.

Основой функциональных моделей абилитации и сопровождения инвалидов (детей-инвалидов) выступают функциональные задачи, определяющие необходимость определенных действий, исходя из нарушений функций организма или его возрастных потребностей.

Функциональные задачи абилитации обусловлены нарушениями функций организма инвалида (ребенка-инвалида).

В МКФ выделены следующие функции организма: умственные функции, сенсорные функции и боль, функции голоса и речи, функции сердечно-сосудистой, кроветворной (гематологической), иммунной и респираторной систем, функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, урогенитальные и репродуктивные функции, нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции, функции кожи и связанных с ней структур.

В процессе абилитации нарушение одних функций предусматривает интенсивное развитие других функций (таблица 5).

Таблица 5 – Основы функциональных моделей абилитации инвалида (ребенка-инвалида)

Функции, подлежащие развитию	Нарушенные функции				
	умственные	сенсорные	голоса и речи	связанные с движением	кожи
умственные	-	b110-b199	b110-b199	b110-b199	b110-b199
сенсорные	b210-b279	-	b210-b279	b210-b279	b210-b279
голоса и речи	b310-b330	b310-b330	-	b310-b330	b310-b330
связанные с движением	b710-b799	b710-b799	b710-b799	-	b710-b799
кожи	b840	b840	b840	b840	-
обучение и применение знаний	d110-d199	d110-d199	d110-d199	d110-d199	d110-d199
общение	d310-d399	d310-d399	d310-d399	d310-d399	d310-d399
мобильность	d410-d499	d410-d499	d410-d499	d410-d499	d410-d499
самообслуживание	d510-d599	d510-d599	d510-d599	d510-d599	d510-d599
бытовая жизнь	d610-d699	d610-d699	d610-d699	d610-d699	d610-d699
межличностные взаимодействия и отношения	d710-d799	d710-d799	d710-d799	d710-d799	d710-d799
главные сферы жизни	d810-d899	d810-d899	d810-d899	d810-d899	d810-d899
жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь	d910-d999	d910-d999	d910-d999	d910-d999	d910-d999
поддержка и взаимосвязи	e310-e399	e310-e399	e310-e399	e310-e399	e310-e399

В таблице поставлен максимальный диапазон по каждому направлению реабилитационных мероприятий. Данный подход обусловлен разработкой оптимальной модели реабилитации, абилитации, сопровождения инвалидов (детей-инвалидов) с учётом возраста, заболевания, нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности.

В МКФ используется один или несколько определителей, которые обозначат, например, уровень здоровья или выраженность проблемы. Определители кодируют одним, двумя или большим количеством чисел после разделительной точки. Применение любого кода требует использования, по крайней мере, одного определителя. Без определителей кодирование не имеет никакого смысла. Универсальный, или основной, определитель (5-балльная шкала) обеспечивает обозначение величины нарушения, ограничения активности и возможности участия:

ICF-код = Префикс (b, s, d или e) + Шифр домена + Оценка (определитель).

Оптимальная модель должна учитывать все возрастные категории инвалидов (детей-инвалидов) и все ограничения жизнедеятельности. Поэтому в схеме используется широкий цифровой диапазон (таблицы 6). На основании представленной схемы можно ставить соответствующие в данном конкретном случае задачи реабилитации и абилитации.

Таблица 6 – Кодирование нарушений в МКФ (шифр домена и оценка)

Кодирование	1-й ур.	2-й ур.	3-й ур.	4-й ур.	Точка	Определитель степени нарушения функции
Например	b11420.4					
Функции (b)	1	14	2	0	.	4
Общий определитель с негативной шкалой для обозначения величины и выраженности нарушения функций. XXX.0 – нет проблем (никаких, отсутствуют, ничтожно малые) 0 – 4 %; XXX.1 – легкие проблемы (незначительные, слабые) 5 – 24 %; XXX.2 – умеренные проблемы (средние, значимые) 25 – 49 %; XXX.3 – тяжелые проблемы (высокие, интенсивные) 50 – 95 %; XXX.4 – абсолютные проблемы (полные) 96 – 100 %; XXX.8 – не определено; XXX.9 – не применимо						

Кодирование	1-й ур.	2-й ур.	3-й ур.	4-й ур.	Точка	Выраженность	Локализация	Характер
Например	s75021.322							
Структуры (s)	7	50	2	1	.	3	2	2
Определитель с негативной шкалой для обозначения величины, выраженности, характера и локализации нарушения структур								
Выраженность нарушения			Характер нарушения*			Локализация нарушения*		
XXX.0 – нет XXX.1- незначительные XXX.2 – умеренные XXX.3 – выраженные XXX.4 – абсолютные			0 - нет изменений структуры 1 - полное отсутствие 2 - частичное отсутствие			0 - более чем один регион 1 – справа 2 – слева 3 - с обеих сторон 4 – спереди		

XXX.8 - не уточненный барьер XXX.9 - не применимо	3 - добавочная часть 4 - абберантные отклонения 5 - нарушение целостности 6 - изменение позиции 7 - качественные изменения структуры, включая задержку жидкости 8 - не определено 9 - не применимо	5 – сзади 6 – проксимальный 7 – дистальный 8 - не определено 9 - не применимо
* - в практической работе разрешается оценивать только выраженность нарушения структур. Характер и локализация могут быть оценены при необходимости		

Кодирование	1-й ур.	2-й ур.	3-й ур.	Точка	Определитель «реализации» (с помощью и в настоящий момент)	Определитель «капситета» (без помощи, самостоятельно)
Например	d4402.14					
Активность и участие (d)	4	40	2	.	1	4
Общий определитель с негативной шкалой для обозначения величины и выраженности нарушения активности и участия. XXX.0 – нет проблем (никаких, отсутствуют, ничтожно малые) 0 – 4 %; XXX.1 – легкие проблемы (незначительные, слабые) 5 – 24 %; XXX.2 – умеренные проблемы (средние, значимые) 25 – 49 %; XXX.3 – тяжелые проблемы (высокие, интенсивные) 50 – 95 %; XXX.4 – абсолютные проблемы (полные) 96 – 100 %; XXX.8 – не определено; XXX.9 – не применимо						

Кодирование	1-й ур.	2-й ур.	3-й ур.	Точка	Определитель факторов среды (барьер / пособие)
Например	e1001.+3				
Факторы среды (e)	1	10	1	.	+3
Определитель роли факторов среды как «пособников» или как «барьеров» реабилитации					
Барьеры			Облегчающие факторы (пособники реабилитации)		
XXX.0 нет барьеров XXX.1 незначительные барьеры XXX.2 умеренные барьеры XXX.3 выраженные барьеры XXX.4 абсолютные барьеры XXX.8 не уточненный барьер XXX.9 не применимо			XXX.+0 нет облегчающих факторов XXX.+1 незначительные облегчающие факторы XXX.+2 умеренные облегчающие факторы XXX.+3 выраженные облегчающие факторы XXX.+4 абсолютные облегчающие факторы XXX.+8 не уточненный облегчающий фактор XXX.+9 не применимо		

Логика построения функциональной модели абилитации строится на положении, что в ситуации нарушения или невозможности восстановления нарушенных функций необходимо интенсивно развивать сохранные функции. На основании представленной таблицы возможно сформулировать функциональные задачи процесса абилитации.

Разница между потенциальной способностью и реализацией отражает различия влияния факторов реальной и типичной окружающей среды и тем самым указывает

направление изменений этой окружающей среды с целью полной реализации человека с инвалидностью (реализация – > капаситет). Например, для человека, находящегося в коме, реализация 0 баллов, а капаситет – 4 балла. Другими словами, самостоятельные движения, уход за собой, прием пищи и т.д. невозможны для инвалида самостоятельно, но медицинский персонал или социальные работники обеспечат выполнение всех этих видов деятельности полностью. Если человек с инвалидностью выполняет все действия самостоятельно, то реализация – 0 баллов и капаситет – 0 баллов.

Таким образом, в соответствии с расширенной моделью, представленной классификацией МКФ, человек, имеющий нарушение здоровья, может испытывать ограничение жизнедеятельности в одном и более из указанных трех элементов системы: нарушения функций и структур организма, ограничения активности, ограничения возможности участия. Более того, модель расширяет понимание инвалидности и позволяет изучить влияние медицинских, индивидуальных и социально-средовых факторов на возникновение ограничений жизнедеятельности человека. Она демонстрирует существующее динамическое взаимодействие между показателями здоровья (функции и структуры организма) и показателями, связанными со здоровьем (активность, участие), личностными факторами и факторами окружающей среды.

9. СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.

1. Адаптивная физическая культура и спорт в реабилитации и абилитации [Текст] : учебно-методическое пособие / [С. П. Евсеев, Г. Н. Пономаренко, О. Н. Владимирова, М. Д. Дидур]. - Санкт-Петербург : Р-КОПИ, 2018. - 184 с. : ил., табл.; 21 см.; ISBN 978-5-6041435-6-8
2. Альянс европейских организаций по физической и реабилитационной медицине. Белая книга по физической и реабилитационной медицине (ФРМ) в Европе. Глава 1. Определения и понятия ФРМ. Eur J Phys Rehabil Med 2018;54:37–45. DOI: 10.23736/S1973–9087.18.05144–4
3. Аухадеев Э.И., Бодрова Р.А. Новый методологический подход к реабилитации пациентов на основе международной классификации функционирования // Вестник восстановительной медицины. – 2014. - №1(59). – С. 6-10
4. Вайнер, Э.Н. Лечебная физическая культура [Текст]. - Москва : КНОРУС, 2016. - с.; см.; ISBN 978-5-406-03810-9
5. Варфоломеева, З. С. Обучение двигательным действиям в адаптивной физической культуре [Электронный ресурс] : учебное пособие / З. С. Варфоломеева, В. Ф. Воробьев, Н. И. Сапожников, С. Е. Шивринская. - 3-е изд. - Москва : ФЛИНТА, 2012. - 130 с. - ISBN 978-5-9765-1528-4
6. Верхало Ю.Н. Тренажеры и устройства для восстановления здоровья и рекреации инвалидов / Ю. Н. Верхало. - М. : Совет. спорт, 2004. - 531 с. : ил., табл.; 24 см.; ISBN 5-85009-841-0
7. Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк. Всемирный доклад об инвалидности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 (https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/ru/, по состоянию на 30 декабря 2019 г.
8. Древинг С. Р. Кластерная концепция устойчивого развития экономики / С. Р. Древинг ; Санкт-Петербургский гос. ун-т. - Санкт-Петербург : Изд-во Санкт-Петербургского ун-та, 2009. - 161, [1] с. : ил., табл.; 20 см.; ISBN 978-5-288-04888-3
9. Дубровский В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль : учеб. для студентов мед. вузов / В. И. Дубровский. - М. : Мед. информ. агентство, 2006 (Рыбинск : Рыбинский Дом печати). - 596, [1] с. : ил.; 21 см.; ISBN 5-89481-264-X
10. Евсеев С.П., Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры : учебник для образовательных учреждений высшего профессионального образования, осуществляющих образовательную деятельность по направлению 032100-

Физическая культура (по магистерской программе «Адаптивная физическая культура») / С. П. Евсеев, С. Ф. Курдыбайло, В. С. Суляев. - Москва : Советский спорт, 2007. - 304, [2] с. : ил., табл.; 21 см.; ISBN 978-5-9718-0234-1

11. Евсеев, С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры [Текст] : учебник для образовательных учреждений высшего профессионального образования, осуществляющих образовательную деятельность по направлению 49.03.02 - "Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура) / С. П. Евсеев. - Москва : Спорт, 2016. - 614, [1] с. : ил., табл.; 21 см. - (Адаптивная физическая культура и спорт).; ISBN 978-5-906839-42-8

12. Иванова Г.Е. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации: предварительные результаты реализации на первом и втором этапах медицинской реабилитации» / Г.Е. Иванова, Е.В. Мельникова, А.А. Шмолкина и др. // Вестник восстановительной медицины. – 2017; 2 (78): 10-15.

13. Использование средств адаптивной физической культуры при реализации адаптированных образовательных программ дошкольного образования : метод. рекомендации / сост.: А. П. Щербак, Е. Ю. Васильева. – Ярославль : ГАУ ДПО ЯО ИРО, 2018. – 118 с. – (Физическая культура и спорт).

14. Карасаева Л. А. Возможности применения МКФ в программе профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов / Л. А. Карасаева, М. В. Горайнова, И. Р. Мясников, А. А. Нурова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 1. – С. 20-26. – DOI 10.17238/ISSN1999-2351.2019.1.20- 26.

15. Марков Л.С. Теоретико-методологические основы кластерного подхода [Текст] : монография / Л. С. Марков ; под ред. Н. И. Сулова. - Новосибирск : Изд-во ИЭОПП СО РАН, 2015. - 299 с. : ил., цв. ил.; 20 см.; ISBN 978-5-89665-298-4

16. Мигунова Ю.Ю. Основы медико-социальной реабилитации различных групп населения (для студентов лечебного факультета): Учебно-методическое пособие – Майкоп: ИП Магарин О.Г., 2014. – 102 с.

17. Миллер Л. Л. Спортивная медицина [Текст] : учебное пособие / Л. Миллер ; Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург. - Москва : Человек, 2015. - 183 с.; ISBN 978-5-906131-47-8

18. Организация Объединенных Наций. Доклад Межучрежденческой группы экспертов по показателям достижения целей в области устойчивого развития URL: <https://unstats.un.org/unsd/statcom/47th-session/documents/2016-2-SDGs-Rev1-r.pdf>

19. Организация Объединенных Наций. Повестка дня в области устойчивого развития URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/about/development-agenda/>.
20. Организация Объединенных Наций. Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 25 сентября 2015 года № A/RES/70/1 «Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года» URL: <https://undocs.org/ru/A/RES/70/1>
21. Организация Объединенных Наций. Цель 10: Сокращение неравенства внутри стран и между ними URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/inequality/>.
22. Пономаренко, Г.Н. Организация помощи по направлениям физической и реабилитационной медицины : практическое руководство / Г.Н. Пономаренко, И.А. Лавриненко, А.С. Исаева, В.А. Ахмедов; под ред. д-ра мед. наук, проф. Г.Н. Пономаренко. – Москва : ИНФРА-М, 2021. – 234 с. ISBN 978-5-16-014520-4
23. Реабилитация 2030: призыв к действиям. [Rehabilitation 2030: A Call for Action (in Russ.)] Доступно по: <http://www.who.int/rehabilitation/CallForActionRU.pdf>
24. Реабилитация инвалидов [Текст] : национальное руководство / под редакцией Г. Н. Пономаренко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 731 с. : ил., цв. ил., табл.; 24 см.; ISBN 978-5-9704-4589-1
25. Современные методики физической реабилитации детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата / под ред. Н. А. Гросс. - М. : Совет. спорт, 2005 (Вологда : ПФ Полиграфист). - 235 с. : ил., табл.; 25 см. - (Физическая культура и спорт инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья); ISBN 5-9718-0011-6
26. Сытин, Л.В Основы комплексной реабилитации больных и инвалидов [Текст] : курс лекций и информационные материалы для врачей и специалистов по реабилитации / Л. В. Сытин, М. Г. Жестикова. - Новокузнецк : [б. и.], 2015. - 289 с. : ил., табл.; 20 см.; ISBN 978-5-91797-187-2
27. Третьякова, Н.В. Теория и методика оздоровительной физической культуры : учеб. пособие / Т.В. Андрюхина, Е.В. Кетриш; Н.В. Третьякова .— Москва : Спорт, 2016 .— 281 с. : ил. — ISBN 978-5-906839-23-7
28. Федотова А.А. Основы сетевого планирования и управления в физической культуре и спорте / А.А. Федотова, Ю.Н. Федотов, В.А. Платонова // Учебно-методическое пособие – СПб: СПбГУ ИТМО, 2006. – 15 с.
29. Физическая реабилитация и спорт инвалидов : Нормативные правовые документы, механизмы реализации, практический опыт, рекомендации [Текст] : [авт.-сост. А. В. Царик]. - 2-е изд., доп. и испр. - Москва : Советский спорт, 2003. - 573 с. : ил., табл.;

21 см. - (Физическая культура и спорт инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья).; ISBN 5-85009-604-3

30. Физическая реабилитация инвалидов с поражением опорно-двигательной системы : учебное пособие для образовательных учреждений высшего профессионального образования, осуществляющих образовательную деятельность по направлению 032100 - "Физическая культура" (по магистерской программе "Адаптивная физическая культура") / [С. П. Евсеев и др. ; под ред. С. П. Евсеева и С. Ф. Курдыбайло]. - Москва : Советский спорт, 2010. - 486, [1] с. : ил., табл.; 22 см.; ISBN 978-5-9718-0369-0

31. Хованская, Г.Н. Общие основы медицинской реабилитации в педиатрии : пособие для студентов педиатрического, медико-психологического, медико-диагностического факультетов и врачей / Г.Н. Хованская, Л.А. Пирогова. – Гродно : ГрГМУ, 2010. – 184 с. ISBN 978-985-496-697-7

32. Цёхла, С. Ю. Определение принципов сетевой организации рекреационно-реабилитационного распределенного консорциума / С.Ю. Цёхла, Н. А. Симченко, Л. С. Карлов // Геополитика и экогеодинамика регионов. Том 7 (17). Вып. 2. 2021 г. С. 34–42. DOI: 10.37279/2309-7663-2021-7-2-29-37

33. Частные методики адаптивной физической культуры : учебник / [под общ. ред. Л. В. Шапковой]. - Москва : Советский спорт, 2007. - 603 с. : ил., табл.; 22 см. - (Физическая культура и спорт инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья).; ISBN 978-5-9718-0116-0

34. Шошмин А. В., Основы управления реабилитационными ресурсами [Текст] / Шошмин А. В. [и др.] - Санкт-Петербург : Знакъ, 2009. - 96 с. : ил.; 21 см.; ISBN 978-5-91638-020-0

Характеристика типичных нарушений у инвалидов разных нозологических групп

Нарушения зрения	Нарушения слуха	Нарушения интеллекта	Поражение опорно-двигательного аппарата		
			церебральное	спинальное	ампутационное
Нарушение пространственных образов, самоконтроля и саморегуляции, координации и точности движений. Нарушение осанки, плоскостопие, слабость дыхательной мускулатуры. Неврозы, болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, обмена веществ. Минимальная мозговая дисфункция, снижение слуха. Быстрая утомляемость	Нарушение функций вестибулярного аппарата, задержка моторного и психического развития, нарушение речи, памяти, внимания, мышления, общения. Нарушения равновесия, ритмичности, точности движений, реагирующей способности, пространственно-временной ориентации. Дисгармоничность физического развития, нарушение осанки. Заболевания дыхательной системы, вегетативно-соматические расстройства	Нарушение познавательной деятельности. Снижение силы и подвижности нервных процессов. Нарушения высших психических функций; аналитико-синтетической деятельности ЦНС. Дисплазия, нарушение окостенения, осанки, деформации стопы, позвоночника, дисгармоничность физического развития, нарушение координации движений. Врожденные пороки сердца, заболевания внутренних органов, эндокринные нарушения, сенсорные отклонения	Нарушение опороспособности, равновесия, вертикальной позы, ориентировки в пространстве координации микро- и макромоторики. Остеохондроз, мышечная гипотрофия, остеопороз, контрактуры, дисгармоничность физического развития. Нарушения сердечно-сосудистой и дыхательной систем, заболевания внутренних органов, нарушения зрения, слуха, интеллекта. Низкая работоспособность	Полная или частичная утрата движений, чувствительности, расстройство функций тазовых органов. Нарушение вегетативных функций, пролежни. Остеопороз. При высоком (шейном) поражении – нарушение дыхания, ортостатические нарушения. При вялом параличе — атрофия мышц. При спастическом — тугоподвижность суставов, контрактуры, спастичность	Нарушение опороспособности и ходьбы (при ампутации нижних конечностей), координации движений, осанки, вертикальной позы, уменьшение массы тела, сосудистого русла. Нарушение регуляторных механизмов, дегенеративные изменения нервно-мышечной и костной ткани, контрактуры. Нарушения кровообращения, дыхания, пищеварения, обменных процессов, ожирение. Снижение общей работоспособности, фантомные боли