**Лекция на тему:** [**Обеспечение безопасности подопечных. Меры по предотвращению совершения противоправных деяний недееспособными и не полностью дееспособными гражданами**](https://eios2.masu.edu.ru/course/view.php?id=1049#section-8)

**Основные (базовые) понятия темы**

* ***Безопасность личности*** *-* состояние человека, при котором ничего не угрожает его жизни и здоровью (физическому и психическому), его возможностям функционировать и развиваться как биологическое и социальное существо.
* ***Недееспособность*** - неспособность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их. Человек, как правило, считается недееспособным в силу недостижения определенного возраста либо вследствие психического расстройства.
* ***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.
* ***Инвалидность*** - полная или частичная утрата самостоятельно обслуживать себя, передвигаться, общаться, работать.
* ***Социальная реабилитация инвалидов*** - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.
* ***Социально-бытовая реабилитация включает:*** социально-бытовую ориентацию; социально-бытовое образование; социально-бытовую адаптацию.

Среди недееспособных и не полностью дееспособных граждан следует особо обратить внимание на представителей различных категорий инвалидов. Данные категории граждан требуют особой организации оптимального жилого помещения, которое содержит жизненно важные «блоки» и обеспечивает тем самым безопасность человека в домашних условиях.

**Организация социально-бытовой реабилитации инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата среди недееспособных и не полностью дееспособных граждан. Безопасность жилища и окружающей граждан среды**

Патология опорно-двигательного аппарата является следствием врожденного дефекта, последствий травм, дегенеративно-дистрофических изменений в костно-мышечной системе.

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.

Способность к самообслуживанию — способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены.

Способность к самообслуживанию включает:

• удовлетворение основных физиологических потребностей, управление физиологическими отправлениями;

• соблюдение личной гигиены: мытье лица и всего тела, мытье волос, причесывание, чистка зубов, подстригание ногтей, гигиена после физиологических отправлений;

• одевание и раздевание верхней одежды, нижнего белья, головных уборов, перчаток, обуви, пользование застежками (пуговицы, крючки, "молнии");

• приготовление пищи: чистка, мытье, резание продуктов, их тепловая обработка, пользование кухонным инвентарем;

• принятие пищи: возможность подносить пищу ко рту, жевать, глотать, пользоваться столовыми приборами и посудой;

• выполнение повседневных бытовых потребностей: покупка продуктов питания, предметов одежды и обихода;

• пользование постельным бельем и другими постельными принадлежностями, заправка постели;

• стирка, чистка, ремонт белья, одежды и других предметов обихода;

• пользование бытовыми приспособлениями и приборами (замки, запоры, выключатели, краны, рычажные приспособления, утюг, телефон, бытовые электрогазовые приборы, спички и др.);

• уборка помещения (подметание и мытье пола, окон, вытирание пыли и др.).

Параметрами при оценке ограничений способности к самообслуживанию могут являться:

• оценка нуждаемости во вспомогательных средствах, возможности коррекции способности к самообслуживанию с помощью вспомогательных средств и адаптации жилища;

• оценка нуждаемости в посторонней помощи при удовлетворении физиологических и бытовых потребностей;

• оценка временных интервалов, через которые возникает подобная нуждаемость (1—2 раза в неделю): длительные интервалы (1 раз в сутки), короткие (несколько раз в сутки), постоянная нуждаемость.

Способность к самостоятельному передвижению — способность самостоятельно перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела, в рамках выполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности.

Способность к самостоятельному передвижению включает:

• самостоятельное перемещение в пространстве, ходьба по ровной местности в среднем темпе (4—5 км/ч на расстояние, соответствующее средним физиологическим возможностям);

• преодоление препятствий: подъем и спуск по лестнице, ходьба по наклонной плоскости (с углом наклона не более 30 градусов);

• сохранение равновесия тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, возможность стоять, сидеть, вставать, садиться, ложиться, сохранять принятую позу и изменять положение тела (повороты, наклоны туловища вперед, в стороны);

• выполнение сложных видов передвижения и перемещения: опускание на колени и подъем, перемещение на коленях, ползание, увеличение темпа передвижения (бег),

• пользование общественным и личным транспортом (вход, выход, перемещение транспортного средства).

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. Вместе с тем известно, что инвалид с поражением нижних конечностей вследствие травмы позвоночника имеет ограничения жизнедеятельности не только в сфере способности к передвижению.

У него имеется в связи с этим и ограничение способности к самообслуживанию. Если ограничить рассмотрение способности инвалида к передвижению в пределах квартиры, ограниченной жилой среды, то здесь можно говорить о способности инвалида к перемещению в небольшом жизненном пространстве.

Проблемы осуществления самообслуживания и самостоятельного передвижения решаются в ходе социально-бытовой реабилитации.

Организация социально-бытовой реабилитации связана с рядом методических подходов, которые лежат в основе технологии этой формы реабилитации.

На этапе первичного освидетельствования инвалида в Бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) специалист по социальной работе по согласованию с клиницистом-экспертом выявляет тип дефекта и связанные с ним ограничения жизнедеятельности. Вслед за этим он изучает вопрос о нуждаемости инвалида в приспособлениях и вспомогательных устройствах для осуществления относительно независимого существования в быту. На следующем этапе выявляется ситуация о наличии условий в жилище инвалида для относительной бытовой независимости.

В ходе осуществления технологии социально-бытовой реабилитации полученная специалистом по социальной работе так называемая социальная информация включается в индивидуальную программу реабилитации инвалида.

Сам процесс социально-бытовой реабилитации инвалидов должен предусматривать ряд последовательных смысловых технологических составляющих.

Осуществление социально-бытовой реабилитации должно начинаться с социально-бытовой ориентации, в ходе которой специалист по социальной работе ориентирует инвалида в его возможностях к проживанию в каких-либо конкретных условиях, раскрывает перспективу его способностей к осуществлению жизнедеятельности, показывает необходимость приложения определенных усилий.

Осуществление социально-бытовой реабилитации инвалида с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата предусматривает обучение его приемам восстановления утраченных (искаженных) навыков по социально-бытовому самообслуживанию.

Специалисту, обучающему инвалида социально-бытовым навыкам, необходимо знать назначение приспособления и механизм его действия, уметь его использовать. При этом обучающий должен знать особенности анатомического дефекта, лежащего в основе инвалидности, физиологические функции отдельных групп мышц. Специалист, обучающий инвалида, должен пользоваться медицинскими рекомендациями, учитывающими целенаправленность воздействия приспособления на пораженный сустав (конечность орган).

Важной составляющей социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями 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.

Заключительным этапом социально-бытовой реабилитации инвалида является социально-бытовое устройство — проживание его в квартире со специально созданными бытовыми условиями, которые отвечают всем потребностям инвалида.

При организации социально-бытовой реабилитации инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата необходимо исходить из следующих *принципиальных положений.*

1. Предусмотреть возможность использования инвалидом обыденного хозяйственно-бытового оборудования и купонной утвари путем обучения (переобучения).

2. Оснастить имеющееся оборудование, утварь элементарными специальными приспособлениями (насадками, рычагами и т.д.) для использования его инвалидом.

3. Оборудовать квартиру новыми специальными адаптивными техническими средствами с учетом потребностей инвалида, приспособить жилищные условия к потребностям инвалида с учетом типа дефекта.

Реализация указанных положений будет различаться в зависимости от локализации анатомического дефекта (повреждение верхних либо нижних конечностей). Вместе с тем вне зависимости от локализации повреждений необходимо предусмотреть последовательность технологии социально-бытовой реабилитации инвалидов.

При осуществлении первого положения необходима ориентация не только инвалида, но и членов его семьи на возможность приспособления поврежденных кистей рук к пользованию обыденным хозяйственно-бытовым оборудованием и кухонной утварью. Специалист по социальной работе должен не только ориентировать, но и обучить инвалида непосредственно и опосредованно через вовлечение членов семьи навыкам пользования холодильником, газовой (электрической) плитой, умению открывать дверной замок, фрамуги, оконные рамы и т. д.

Необходимо отметить, что это положение применимо к инвалидам с повреждениями верхних конечностей лишь на первом этапе, при подходе к развертыванию полной социально-бытовой реабилитации. Реализация этого положения дает возможность выявить возможности инвалида к социально-бытовой адаптации.

В связи с тем, что это положение реализуется под контролем специалиста по социальной работе, вырисовывается необходимость осуществления второго положения, т. е. оснащения имеющегося стандартного (обыденного, типового) хозяйственно-бытового оборудования специальными приспособлениями.

Приспособления такого рода устанавливаются в ванной комнате в виде фиксированных к стене электробритв, удлиненных ручек к расческам и зубным щеткам, в виде установок автоматической подачи зубной пасты и жидкого мыла, в виде рычажных кранов для воды в раковине для умывания и в мойке для посуды на кухне.

Приспособления должны облегчать инвалидам с повреждениями верхних конечностей также самообслуживание при принятии ванны. Они должны обеспечить инвалиду удобство и безопасность. В ванной необходима установка навесного сиденья, противоскользящей опоры для фиксации ног, держателей для мочалки, поручней для подъема и перемещения в ванне. Целесообразно использование инвалидом ножниц для ногтей с пластмассовой пружиной, облегчающей раскрытие.

Необходимы также приспособления для инвалидов с поражением верхних конечностей и в туалете. Они предусматривают различные опоры (настенные, откидные, вертикальные, горизонтальные) к унитазу, устройства для опускания подъема с унитаза.

Для осуществления самостоятельного приготовления пищи необходимы приспособления для мойки и чистки овощей и рыбы, резки продуктов, мытья посуды, открывания банок и бутылок, для захвата крышек кастрюль, приспособления для выключения электроплиты и др.

Специалист по социальной работе должен определять необходимость снабжения инвалида с поражением верхних конечностей специальными приспособлениями для раздвигания занавесок, поднятия предметов с пола, открывания форточек, установки специальных дверных ручек для инвалида без кистей рук. Для инвалидов с поражениями верхних конечностей необходимы также приспособления для надевания обуви, одежды, застегивания пуговиц и "молний" и т. д.

Еще большие проблемы в самообслуживании возникают у инвалидов, "прикованных" к постели. В этих случаях ограничение самообслуживания связано не с дефектами верхних конечностей, а с невозможностью передвигаться. Вся жизнедеятельность осуществляется в пределах ограниченного пространства. В связи с этим необходимо оборудование такого пространства специальными приспособлениями для приема пищи, чтения, письма, любительских занятий. Этой цели может служить надкроватный столик, который оснащается насадками-держателями книг, ручек, кистей, инструментов ручного труда и т. д, Столик должен иметь устройство для изменения угла наклона и регулирования высоты. На стене, где стоит кровать, необходим горизонтальный поручень, позволяющий инвалиду самостоятельно сесть в постели.

Для инвалидов с поражением нижних конечностей, ограничения жизнедеятельности которых преимущественно в сфере передвижения, основное значение приобретает специальное оборудование квартиры. Это оборудование должно служить не только передвижению как физиологическому акту, но и обеспечивать возможность выполнять другие функции, связанные с иными видами жизнедеятельности. Иначе говоря, оборудование квартиры должно обеспечить доступ инвалиду во все помещения и ко всем "объектам" в квартире и позволить ему осуществлять жизнедеятельность в полном объеме.

Инвалид с повреждениями нижних конечностей нуждается прежде всего в индивидуальных вспомогательных средствах передвижения (трость, костыли, ходунки, кресло-коляска).

В связи с этим при оборудовании квартиры стационарными устройствами необходимо предусмотреть и то обстоятельство, чтобы они не создавали препятствий для пользования индивидуальными средствами передвижения.

Оборудование квартиры, в которой проживает инвалид с повреждениями нижних конечностей, вынужденный пользоваться креслом-коляской, должно начинаться с прихожей.

Необходимо предусмотреть низкое расположение вешалки для одежды и полки для головных уборов. Входная дверь должна иметь ручки, расположенные на доступной для инвалида в кресле-коляске высоте. Площадь прихожей должна быть достаточной для маневрирования кресла-коляски.

В квартире между помещениями и при выходе на балкон не должно быть порогов, дверные проемы должны давать возможность проезда кресла-коляски. Вдоль свободных от мебели стен необходима установка горизонтальных поручней.

Туалеты должны иметь достаточную площадь для разворота кресла-коляски. Унитаз необходимо оборудовать настенным, горизонтальным поручнем либо опорной рамой. В ванной комнате следует предусмотреть возможность разворота кресла-коляски, установить поручни для перемещения в ванну. В кухне для удобства приготовлений пищи поставить специальный стол с выемкой для инвалида на кресле-коляске.

Существует еще одна проблема для инвалида, пользующегося креслом-коляской, — это проблема перемещения из кресла-коляски на кровать. Необходимо предусмотреть и это, т. е. оборудовать кровать специальным подъемником, обеспечивающим инвалиду возможность самостоятельного управления им с целью перемещения.

Рекомендуемое оснащение, оборудование, предлагаемые технические средства являются общими, они не решают всех проблем удовлетворения потребностей инвалидов с повреждениями опорно-двигательного аппарата. В каждом конкретном случае могут быть иные потребности, в зависимости от особенностей дефекта. Кроме того, вопросы оборудования квартиры, всех ее помещений не решают проблему социально-бытовой реабилитации инвалидов. Вслед за осуществлением оборудования квартиры встает задача обучения инвалида пользованию вспомогательными устройствами и приспособлениями.

Само оборудование квартиры должно отвечать не только требованиям быта в узком смысле этого слова. Инвалид, находящийся постоянно в пределах собственной квартиры, может продолжить образование, заниматься трудовой деятельностью, иметь любительское занятие. В связи с этим и оборудование квартиры должно отвечать конкретным целям, т. е. выходить за узкие рамки собственно социально-бытовой реабилитации.

С целью практической реализации положений о социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата в ближайшем социуме (жилой среде) необходимо создание модели жилого помещения, которая содержала бы все жизненно важные блоки для овладения инвалидом предложенными вспомогательными устройствами и реабилитационными техническими средствами с последующим относительно независимым образом жизни.

*Модель жилого помещения для социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата*

Модель предусматривает оптимальное жилое помещение, которое содержит жизненно важные "блоки" и в котором инвалид с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата будет надежно адаптирован.

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут быть в результате физических травм, вследствие нарушения мозгового кровообращения, полиомиелита, ДЦП, врожденных физических дефектов.

В перечень функций по самообслуживанию как виду деятельности включаются: выполнение санитарно-гигиенических навыков, осуществление приготовления и приема пищи, хозяйственно-бытовой труд (мытье посуды, уборка квартиры), самостоятельное одевание-раздевание.

Адаптированное жилое помещение включает 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 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.

В соответствии с видами жизнедеятельности инвалида модель жилого помещения представлена несколькими блоками: санитарно-гигиеническим, кухонно-бытовым, спально-гостиничным.

1. Санитарно-гигиенический блок включает два помещения: ванная комната и туалет, Каждое из этих помещений модифицировано.

Модификация заключается в том, что ванная комната оборудуется горизонтальным поручнем на стороне, противоположной ванне, пристенным откидным сиденьем, противоскользящим напольным ковриком, горизонтальным поручнем на стороне ванны, облегчающим самостоятельный подъем после мытья.

Ванна оборудуется специальными вертикальными поручнями (лесенкой) либо подставкой для самостоятельного помещения (погружения) в ванну. Ванна оснащается специальным сиденьем, обеспечивающим неполное погружение при мытье, специальным напольным противоскользящим ковриком, опорой для фиксации ног. Ванна оборудуется гибким душевым шлангом, имеющим разновысокие штативы, позволяющими инвалиду самостоятельно использовать эти возможности при мытье, принятии душа. Ванна оборудуется вертикальным поручнем для принятия душа, оснащается стулом для душа.

Умывальник регулируется по высоте для пользования инвалидом на кресле-коляске. Умывальник оборудуется специальным рычажным управлением кранами, имеет электрополотенце, устройство для автоматической подачи зубной пасты, жидкого мыла, зубную щетку, расческу — с удлиненной ручкой.

Ванная комната оснащается специальными держателями мочалки, расчески, зубной щетки, имеет настенную электробритву, действие которой основано на фотоэлементе.

Модификация туалета заключается в специальном, приспособлении к потребностям инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске, с костылями, имеющими дефекты верхних конечностей.

Туалет оборудуется настенными горизонтальными поручнями, имеет напольное противоскользящее покрытие (коврик).

Унитаз ограждается вертикальными и горизонтальными поручнями, облегчающими подъем и обеспечивающими безопасность инвалида при пользовании унитазом, имеет стенную опору. Унитаз оборудуется удобным, доступным инвалиду рычажным спуском воды (сливом), имеет регулируемое по высоте сиденье, держатель туалетной бумаги.

2. Кухонно-бытовой блок включает в себя два помещения: кухню и столовую. Модификация кухни как помещения для приготовления пищи заключается в том, что она оборудуется стационарными устройствами, приспособленными для самообслуживания инвалида с физическими дефектами верхних конечностей.

К стационарному оборудованию кухонно-бытового блока относятся:

• плита;

• столы — кухонный, обеденный;

• мойка;

• шкафы — напольный, навесной.

Плита — электрическая (как наиболее безопасная) оборудуется рычажными, легко управляемыми вентилями.

Кухонный стол имеет регулируемую высоту, что позволяет использовать его инвалидам в кресле-коляске либо в специальном рабочем кресле (стуле). Кухонный стол оборудуется специальными приспособлениями для резания твердых продуктов, для дозирования жидких и сыпучих продуктов, различными кухонными ножами, вилками, разливательными ложками для правой и левой руки.

Предусматриваются также приспособления для открывания банок, бутылок, набор держателей для кастрюли, чайника, сковородки.

Шкафы (напольный, навесной) оборудуются удобными широко захватными ручками — рычагами, неглубокими полками, вместе с тем имеющими большую площадь для свободного размещения кухонной утвари.

Мойка (с регулируемой высотой) оборудуется удобными рычажными кранами. Оснащается щетками (на присосках) для мытья посуды, приспособлениями для чистки овощей.

Стол обеденный, модифицированный для инвалидов на кресле-коляске, оснащается специальной посудой: тарелки — глубокие, с утяжеленным дном; кружки с двумя ручками, изогнутыми ручками; вилки, ножи, ложки (для левой и правой руки) с длинными ручками; подставки для яиц на присосках.

3. Спально-гостиничный блок включает в себя прихожую, гостиную и спальню.

Модификация прихожей предусматривает адаптированную дверную ручку, универсальный держатель для поворота дверного ключа, вешалку для одежды (на высоте, доступной инвалиду в кресле-коляске).

Необходимым оснащением является также комплект для подметания пола, захват для поднятия предметов с пола, вставания их с полки.

Модификация спальни-гостиной предусматривает функциональную кровать с противопролежневым матрацем, которая оснащается модифицированным надкроватным столиком, горизонтальными и вертикальными поручнями для самостоятельного вставания в постели, подъемником для перемещения в кресло-коляску.

В гостиной предусматривается набор приспособлений для открывания-закрывания штор, форточек (фрамуг), держатель телефонной трубки.

Важным фактором в жизнедеятельности инвалида является возможность самостоятельного одевания. В связи с этим в модели жилого помещения предусмотрены приспособления для одевания чулок, обуви, для застегивания "молний", пуговиц.

В Федеральном законе "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" прописаны льготы данной категории инвалидов, касающиеся их права на изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий за счет средств федерального бюджета в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Инвалиды, имеющие соответствующие медицинские показания, обеспечиваются автотранспортными средствами бесплатно или на льготных условиях.

Техническое обеспечение и ремонт автотранспортных средств и других средств реабилитации, принадлежащих инвалидам, осуществляется вне очереди на льготных условиях и в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

**Организация социально-бытовой и социально-средовой реабилитации инвалидов с нарушениями слуха среди недееспособных и не полностью дееспособных граждан. Безопасность жилища и окружающей граждан среды**

Окружающая среда с ее многочисленными объектами, восприятие которых осуществляется с помощью слуха, для лиц, страдающих глухотой, является нередко малодоступной. Требуются определенные реабилитационные мероприятия для того, чтобы данная категория инвалидов имела равные возможности жизнедеятельности со здоровыми.

Социально-средовая реабилитация инвалидов с патологией слуха представляется специальными методами обучения, обеспечением техническими средствами реабилитации, созданием специальных производственных условий труда.

Сущность социальной реабилитации инвалидов с нарушениями слуха состоит в приведении окружающей среды в соответствие с потребностями инвалидов, в создании условий для доступа инвалидов к информации, которой располагает здоровое общество.

В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности патология слуха подразделяется на:

• глубокое двустороннее нарушение развития слуха и глубокая двусторонняя потеря слуха;

• тяжелое двустороннее нарушение слуха, нет восприятия речи;

• среднетяжелое нарушение слуха, область интенсивности нормальной речи;

• легкое нарушение слуха, распознаются не все элементы обычной речи.

Инвалиды с нарушением функций слуха разделяются на глухих, слабослышащих и позднооглохших. Две последние группы при наличии технических средств реабилитации (слуховых аппаратов, телефонных приставок для глухих, стереофонических динамических телефонов для глухих и тугоухих и другой звукозаписывающей аппаратуры) имеют представление об окружающем мире.

Термин "глухой" применяется только к инвалидам, чье слуховое нарушение является настолько тяжелым, что они не воспринимают звуки любой громкости.

Из всех видов ограничений жизнедеятельности для этой категории инвалидов наиболее значимым является ограничение способности к общению.

Способность к общению — способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации.

При общении осуществляется взаимосвязь и взаимодействие людей, обмен информацией, опытом, умениями и навыками, результатами деятельности.

Общение осуществляется преимущественно за счет средств коммуникации. Основным средством коммуникации является речь, вспомогательными средствами — чтение и письмо. При выраженных нарушениях слуха страдает именно основное средство коммуникации — речь, ее восприятие. Важна роль и воспроизведения речи. У людей, страдающих глухотой с детства, речь не развивается, следствием чего является более глубокое расстройство — глухонемота. У лиц, имеющих менее тяжелые степени глухоты, при специальном обучении появляется возможность получения информации посредством чтения и письма. Способность к общению включает:

• способность к восприятию другого человека (способность отразить его эмоциональные, личностные, интеллектуальные особенности);

• способность к пониманию другого человека (способность постичь смысл и значение его поступков, действий намерений и мотивов);

• способность к обмену информацией (восприятию, переработке, хранению, воспроизведению и передаче информации);

• способность к выработке совместной стратегии взаимодействия, включающей разработку, проведение и контроль за выполнением планируемого, с возможной при необходимости корректировкой;

Параметрами оценки ограничений способности к общению у лиц с нарушениями слуха могут быть:

• способность говорить (плавно произносить слова, понимать речь, произносить и производить вербальные (словесные) сообщения, передавать смысл посредством речи);

• способность слушать (воспринимать устную речь, вербальные и иные сообщения);

• способность к символической коммуникации вербальному общению: понимать знаки и символы, коды, читать карты, диаграммы, принимать и передавать информацию с помощью мимики, жестов, графических, зрительных, звуковых символов, тактильных ощущений.

Инвалиды с нарушениями слуха имеют ограничения в трудовой деятельности, связанной с необходимостью восприятия сигналов, информации, быстрой ориентировки в ситуации и реагировании. В связи с этим для данной категории инвалидов существуют специализированные предприятия, работа в специально созданных условиях.

Инвалиды с выраженной патологией слуха испытывают определенные сложности в обучении. Требуются специальные методы в связи с невозможностью получения, а также воспроизведения информации из-за патологии коммуникативных функций. Для этой категории инвалидов существуют специальные школы для глухих и слабослышащих. Чем раньше начато обучение, тем больше вероятности развития речи. Существуют тренажеры для развития слухового, глухо-вибротактильного восприятия, применяется аппаратура для коллективных и индивидуальных занятий (проводная звукоусиливающая аппаратура и беспроводная аппаратура, работающая на инфракрасном излучении и на радиопринципе).

В целях социально-бытовой и социально-средовой реабилитации инвалидов с нарушениями слуха используется много технических средств.

Среди них индивидуальные слуховые аппараты:

• ушные вкладыши каплевидной формы, которые максимально соответствуют анатомическим особенностям слухового прохода, что позволяет избежать обратной акустической связи;

• заушные слуховые аппараты с присоединением к дужке очковой оправы;

• система индивидуального прослушивания телерадиоаппаратуры (радионаушники);

• Bjfe усилитель акустический (насадка) на телефонную трубку.

Люди, страдающие тугоухостью, постоянно сталкиваются с проблемами адаптации к слуховым требованиям повседневной жизни. Для создания максимального комфорта людям с частичной потерей слуха рекомендуется оснащение бытовых и производственных помещений следующей аппаратурой:

• индикатор телефонного вызова (телефонный сигнализатор) с возможностью подключения комнатного светильника;

• световой сигнализатор детского плача со встроенным передатчиком;

• телефонная трубка с усилителем;

• световой сигнализатор дверного звонка;

• будильник со световой, вибрационной индикацией;

• детектор дыма со световой индикацией;

• телефон-принтер с памятью со встроенным экраном.

В связи с тем, что в основе причин глухоты (снижения слуха) лежат вредные условия труда (шум, вибрация), в реабилитационных целях применяют звукоизоляцию, вибропоглощение, дистанционное управление. Используются и индивидуальные средства защиты: виброгасящие перчатки, обувь, ушные шлемы, антифоны.

Слабослышащие и глухие испытывают затруднения при пользовании общественным транспортом. Невозможность услышать предстоящую остановку вызывает у инвалидов психологическую напряженность.

Специфические ограничения жизнедеятельности у лиц с нарушениями слуха заключаются в затруднении получения информации (вербальной, звуковой). В связи с этим глухота не столько создает проблемы "доступа" к транспорту, сколько ограничивает возможности использования его дополнительных приспособлений. В связи с этим как реабилитационное мероприятие выступает информационное обеспечение инвалидов с патологией слуха — оснащение транспорта световым сигнализатором остановки и начала движения, "бегущей строкой" — информацией о наименовании станции, мигающим маяком.

Для действенной реализации программ социальной реабилитации инвалидов с нарушениями слуха представляется важным осуществление субтитрования общественно значимых информационных и других телепередач, выпуск видеопродукции (с субтитрами) публицистической, образовательной, научно-познавательной и культурно-просветительской направленности, адресованной инвалидам.

Для социальной реабилитации инвалидов с патологией слуха важное значение имеет Всероссийское общество глухих (ВОГ), которое располагает широкой сетью реабилитационных учреждений, где осуществляется обучение, трудоустройство и меры по социальной интеграции лиц с данной патологией.

В Федеральном законе "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" прописаны льготы для лиц, страдающих нарушениями слуха. Инвалиды обеспечиваются необходимыми средствами телекоммуникационного обслуживания, специальными телефонными аппаратами (в том числе для абонентов с дефектами слуха), бытовыми приборами, сурдо- и другими средствами, необходимыми для социальной адаптации. Ремонт указанных приборов и средств производится бесплатно или на льготных условиях. Порядок обеспечения инвалидов техническими и иными средствами, облегчающими их труд и быт, определяется Правительством Российской Федерации.

**Организация социально-бытовой и социально-средовой реабилитации инвалидов с нарушениями зрения среди недееспособных и не полностью дееспособных граждан. Безопасность жилища и окружающей граждан среды**

Зрение является одной из ведущих функций человека, оно обеспечивает получение более 90% информации о внешнем мире. При частичной или полной утрате зрения человек испытывает большие трудности в самообслуживании, передвижении, ориентации, общении, обучении, трудовой деятельности, т. е. в осуществлении всей полноты жизнедеятельности.

В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недотаточности выделяются зрительные нарушения:

• глубокое нарушение зрения обоих глаз;

• глубокое нарушение зрения одного глаза с низким зрением другого глаза;

• среднее нарушение зрения обоих глаз;

• глубокое нарушение зрения одного глаза, другой глаз нормальный.

Нарушения зрения, степень которых может быть уменьшена при помощи компенсирующих средств и которые можно исправить очками или контактными линзами, обычно не считаются зрительными нарушениями.

Главной характеристикой, отражающей тяжесть патологии органа зрения и определяющей ее влияние на жизнедеятельность и социальную достаточность человека, является состояние зрительных функций, основные среди которых острота и поле зрения.

При нарушении остроты зрения снижается различительная способность зрительного анализатора, возможность детального зрения, что ограничивает возможность обучения, получения профессионального образования и участия в трудовой деятельности. При значительном нарушении остроты зрения (вплоть до слепоты) резко ограничиваются и другие категории жизнедеятельности. Лица с концентрическим сужением поля зрения с трудом ориентируются в незнакомой обстановке, несмотря на относительно высокие показатели остроты зрения. Мобильность их значительно ограничена.

Абсолютная или практическая слепота приводит к резкому ограничению основных категорий жизнедеятельности. Абсолютно слепые люди практически утрачивают способность к самообслуживанию и физической независимости.

В связи с дефицитом зрения окружающая среда воспринимается незрячими с помощью других анализаторов. Преобладающей становится информация акустическая, тактильная, кинестетическая, светоцветовая. Приобретает значение форма и фактура предметов и материального мира в целом. В процессе осязательного восприятия участвуют, руки, подошвы ступней, в осязании мелких предметов — язык и губы.

Важную роль в жизнедеятельности слепых играет слух.

Слух у них чрезвычайно обострен и реагирует на малейшие акустические нюансы при передвижении в пространстве. В связи с этим при решении реабилитационных задач важен акцент на управлении звуками в среде обитания незрячих. Необходимо выделить и усилить нужные для ориентации звуки и заглушить посторонние помехи и шумы. При формировании среды жизнедеятельности для слепых следует уделять особое внимание акустическим и звукоизоляционным характеристикам строительных материалов и конструкций.

Компенсаторная приспособляемость организма наделяет слепого фоточувствительностью кода, дающей возможность различать не только контуры, но и цвета крупных объектов.

Слепой, обладающий таким качеством, по мере приближения к большим предметам чувствует препятствие, иногда может судить о размерах и материале объекта. На использовании функций кожной чувствительности и слуха базируются вспомогательные тифлотехнические средства и приспособления, помогающие слепому при передвижении: звуковые маяки у переходов, на остановках, внутренние и наружные информаторы, рельефные (по Брайлю) надписи внутри транспортных средств и на вокзалах, электронные системы открывания дверей и др.

Наиболее значимым видом ограничения жизнедеятельности инвалидов с нарушениями зрения является ограничение способности к ориентации — способности определяться во времени и пространстве.

Способность к ориентации осуществляется путем прямого и косвенного восприятия окружающей обстановки, переработки получаемой информации и адекватного определения ситуации.

Способность к ориентации включает:

• способность к определению времени по общепринятым признакам (время суток, время года и др.);

• способность к определению местонахождения по пространственным ориентирам, запахам, звукам;

• способность правильно месторасполагать внешние объекты, события и себя самого по отношению к временным и пространственным ориентирам;

• способность к ориентации в собственной личности, схеме тела, различению правого и левого и др.;

• способность к восприятию и адекватному реагированию на поступающую информацию (вербальную, невербальную, зрительную, слуховую, вкусовую, полученную путем обонния и осязания), пониманию связей между предметами и явлениями.

Параметрами при оценке способности к ориентации являются:

• состояние системы ориентации (зрения, слуха, осязания, обоняния);

• состояние системы коммуникации (речи, письма, чтения);

• способность к восприятию, анализу и адекватному реагированию на получаемую информацию;

• способность к ориентации в собственной личности и внешних по отношению к ней временных, пространственных условий, средовых ситуаций.

Социально-бытовая и социально-средовая реабилитация инвалидов с нарушениями зрения обеспечивается системой ориентиров — осязательных (тактильных), слуховых и зрительных, которые способствуют безопасности передвижения и ориентировке в пространстве.

Осязательные ориентиры: направляющие поручни, рельефные обозначения на поручнях, таблицы с выпуклыми надписями или шрифтом Брайля, рельефные планы этажей, здания и т. п.; изменяемый тип покрытия пола перед препятствиями (поворотами, лестницами, подъемами, входами).

Слуховые ориентиры: звуковые маяки при входах, радиотрансляция.

Зрительные ориентиры: различные специально освещаемые указатели в виде символов и пиктограмм с использованием ярких, контрастных цветов; контрастное цветовое обозначение дверей и т. п.; текстовая информация на таблицах должна быть максимально краткой. Строительные элементы на путях движения у лиц с ослабленным зрением (лестничные клетки, лифты, вестибюли, входы, начало и конец коридоров и др.) следует оборудовать системой типовых ориентиров-указателей, выполненных на основе цветового, акустического и тактильного контраста с окружающей поверхностью.

Зрительные ориентиры и другая визуальная информация должны располагаться на контрастном фоне на высоте не менее 1,5 м и не более 4,5 м от уровня пола.

Система ориентиров должна быть достаточно продумана, чтобы не допускать их переизбытка, способствующего созданию "тепличных" условий и утрате навыков пространственной ориентировки.

Важное значение для социальной интеграции инвалидов со зрительными расстройствами имеют меры социальной реабилитации. Для реализации этих мер необходимо обеспечение незрячих вспомогательными тифлотехническими средствами:

• для передвижения и ориентировки (трость, системы для ориентации — локаторы лазерные, световые и др.);

• для самообслуживания — тифлосредства культурно-бытового и хозяйственного назначения (кухонные приборы и приспособления для приготовления пищи, шитья, ухода за ребенком и др.);

• для информационного обеспечения, обучения (приборы и приспособления для чтения, письма по Брайлю, системы "говорящая книга", специальные компьютерные устройства и др.);

• для трудовой деятельности — тифлосредства и приспособления, которыми незрячих обеспечивает производство в зависимости от вида трудовой деятельности.

Для лиц с остаточным зрением и слабовидящих необходимы специальные средства коррекции зрения: увеличивающие приставки, лупы, гиперокуляры, телескопические, сферопризматические очки, а также некоторые тифлотехнические средства бытового, хозяйственного и информационного назначения.

Применение тифлотехнических средств наряду с другими реабилитационными мероприятиями создает предпосылки для достижения равных со зрячими возможностей и прав для разностороннего развития, повышения культурного уровня, раскрытия творческих способностей незрячих, их активного участия в современном производстве и общественной жизни.

Инвалиды с патологией зрения испытывают определенные трудности при необходимости самостоятельного пользования транспортом. Для слепых важны не столько технические приспособления, сколько адекватная информация — вербальная, звуковая (ориентирующая, предупреждающая об опасности и др.).

Слабовидящий человек нуждается при пользовании транспортом в изменении величины указателей, усилении контрастности цветовой гаммы, яркости освещения объектов, транспортных элементов, которые позволяют ему использовать, дифференцировать, различать транспортные средства и устройства (световые табло, контрастная окраска пограничных — верхней и нижней — ступеней, края платформы и др.).

Для человека с полной утратой зрения доступ к общественному транспорту возможен лишь с посторонней помощью.

Важную роль в социальной реабилитации слепых и слабовидящих (инвалидов по зрению), в улучшении качества их социальной защиты и расширении объема социальных услуг играет в Российской Федерации Всероссийское общество слепых (ВОС), где осуществляются самые различные формы социальной реабилитации, способствующие их интеграции. В системе ВОС имеется широкая сеть производственных предприятий и объединений, в которых созданы специальные условия организации труда, учитывающие функциональные возможности незрячих.

В Федеральном законе "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" прописаны льготы для инвалидов с нарушениями зрения. Инвалиды по зрению обеспечиваются бытовыми приборами, тифлосредствами, необходимыми им для социальной адаптации. Ремонт указанных приборов и средств производится бесплатно или на льготных условиях.

Порядок обеспечения инвалидов техническими и иными средствами, облегчающими их труд и быт, определяется Правительством Российской Федерации.

**Особенности социальной реабилитации инвалидов с психическими нарушениями и интеллектуальной недостаточностью среди недееспособных и не полностью дееспособных граждан. Безопасность жилища и окружающей граждан среды**

Психическая деятельность человека обеспечивается взаимосвязью и взаимодействием всех психических функций: сознания, внимания, восприятия, воли, памяти, эмоций, мышления. Нарушение какой-либо из них сказывается на других психических функциях и, следовательно, на всей психиеской деятельности.

Категория инвалидов с психическими нарушениями неоднородна как по проявлениям психических (и интеллектуальных) расстройств, так и по причинам, вызвавшим эти расстройства.

Контингент психически больных инвалидов имеет ряд отличий от инвалидов вследствие других заболеваний, которые выражаются в специфических проявлениях дезадаптации, неравномерности соотношений степени выраженности психических расстройств и уровня дезадаптации больных.

При психических заболеваниях, часто являющихся инвалидизирующими заболеваниями, и умственной отсталости в какой-то мере страдают все психические функции или большинство из них, что вызывает ограничения жизнедеятельности в сфере самообслуживания, общения, обучения, трудовой деятельности, ориентации, контроля за своим поведением, а нередко и в передвижении. Степень выраженности ограничений жизнедеятельности при психических заболеваниях зависит от последствий текущих длительно и с различной степенью злокачественности болезней.

Ограничение способности к самообслуживанию может колебаться от элементарной неспособности выполнять повседневную бытовую деятельность до полной утраты навыков личной гигиены и самостоятельных физиологических отправлений, когда возникает необходимость в посторонней помощи.

Ограничение способности самостоятельного передвижения может выражаться либо в неявно выраженной моторной заторможенности, замедленности движений, либо в полной неподвижности (ступор, адинамия) и нуждаемости в посторонней помощи.

Ограничение способности к обучению колеблется от невозможности выполнения сложного задания учебного процесса (вследствие утомляемости, идеаторной заторможенности) до полной утраты способности к усвоению общеобразовательных и профессиональных знаний.

Ограничение способности к трудовой деятельности выражается как в снижении квалификации или уменьшении объема производственной деятельности, так и в невозможности продолжать какую-либо трудовую деятельность.

Ограничение способности к ориентации психически больных также имеет широкий диапазон — от неспособности ориентироваться в восприятии полного объема информации до полной утраты способности ориентироваться во времени, пространстве и собственной личности.

Ограничение способности к общению — наиболее частое ограничение жизнедеятельности психически больных. Степень выраженности его может быть различной: либо сужение круга лиц, входящих в сферу общения, сокращение объема информации, либо полная утрата способности общения.

Ограничение способности контролировать свое поведение может выражаться как в незначительных некоррегируемых отклонениях поведения, так и в полном отсутствии способности управлять своим поведением. В связи с этим возникает необходимость постоянного постороннего контроля и наблюдения.

Инвалиды, страдающие психическими расстройствами, нуждаются в большей степени по сравнению с другими инвалидами в социальной реабилитации.

Программа социальной реабилитации инвалидов с психическими расстройствами направлена на обеспечение реализации их прав иметь друзей, семью, выбирать место учебы и работы. В программе предусмотрено адаптационное обучение, подготовка к независимому образу жизни, пользованию бытовыми приборами, разработка индивидуальных решений адаптации жилищно-коммунальных условий к инвалиду. Программа включает обучение мерам безопасности, общению.

Особое место в программе социальной реабилитации инвалидов с психическими расстройствами занимает обучение семьи / опекуна /попечителя по отношению к больному и созданию благоприятной микросреды, поддержанию контактов с социальными службами.

При значительно выраженных нарушениях психических функций программа социальной реабилитации содержит обучение жизненным навыкам по персональному уду (внешний вид, личная гигиена) и персональной сохранности (пользование газом, электричеством).

При умеренных нарушениях психической деятельности практикуется терапия отдыхом, досугом, побуждающими развитие интересов, организация здорового образа жизни, сексуальное воспитание.

Среди инвалидов с психическими расстройствами особую группу составляют *инвалиды с умственными нарушениями.*

Степень интеллектуального недоразвития инвалидов, входящих в эту группу, различна.

В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности и на основе использования методики Векслера разграничивают:

• глубокую умственную отсталость (IQ<20), объединяющую лиц, которых можно научить пользоваться руками, ногами, челюстями;

• тяжелую умственную отсталость (IQ=20-34), представленную лицами, которые поддаются систематической обычной тренировке;

• среднюю (умеренную) умственную отсталость (IQ=35-49), объединяющую лиц, которых можно обучить простым коммуникативным навыкам, элементарным навыкам гигиены и безопасности, простым навыкам ручного труда, и с трудом поддающихся обучению функциональному чтению и арифметике;

• слабую (легкую) умственную отсталость (IQ=50-70), представленную лицами, которые могут приобрести практические навыки и способности к функциональному чтению и арифметике при специальном обучении.

В отечественной психиатрии принято следующее наименование умственной отсталости (с учетом указанных критериев международного документа): дебильность, имбецильность и идиотия (глубокая умственная отсталость). Инвалиды с интеллектуальным недоразвитием (умственной отсталостью) в степени выраженной дебильности представляют собой лиц, проживающих в семьях и, как правило, окончивших вспомогательную школу. Они отличаются неустойчивым поведением, испытывают затруднения в социальной адаптации, стабильном трудоустройстве, за счет легкой подчиняемости нередко оказываются в криминальных компаниях.

Ограничения жизнедеятельности в большей степени выражены в способности к обучению. Однако при адекватном коррекционно-педагогическом воздействии способны обучиться конкретным бытовым навыкам и элементарным профессиям.

Ограничение способности к трудовой деятельности выражается в недостаточной последовательности выполнения трудового процесса за счет отвлекаемости внимания, неустойчивого поведения. Производственные процессы более доступны в специально созданных условиях, исключающих размеренные трудовые операции.

Ограничение способности к контролю над своим поведением объясняется несовершенством адаптационных механизмов, трудно приобретаемым социальным опытом. Эта категория людей нуждается в постороннем контроле. Имеется ограничение способности совершать целенаправленную двигательную активность, не связанную с дефектами в костно-мышечной системе. Оно обусловлено нарушением координации, ущербностью тонкой моторики в результате несовершенства нейрофизиологического механизма.

Ограничение способности к ориентации выражается в возможности ориентироваться в ситуации, ограниченной заданным пространством, конкретной задачей. Объясняется это недостаточно хорошо сформированной функцией внимания, памяти.

Программа социальной реабилитации инвалидов с выраженной дебильностью включает мероприятия по всем направлениям. В области социально-бытовой реабилитации необходимо совершенствование знаний об окружающей действительности, обустройстве быта с нормами и правилам общежития.

Эти мероприятия осуществляются в процесс длительного коррекционно-педагогического воздействия при условии постоянного подкрепления и контроля.

Социально-средовое реабилитационное воздействие представляет особую важность. Научить избегать негативного влияния социального окружения является главной задачей реабилитационных мер.

В социально-средовом реабилитационном воздействии основная роль принадлежит семье, которая рассматривается как микросоциальная реабилитационная среда. Воспитание, обучение хозяйственно-бытовым навыкам способствует формированию установки на труд, расширению социального опыта (покупки, оплата, доставка и т. д.).

Для этой категории лиц особое значение приобретает обучение навыкам самостоятельного проживания, овладение навыками хозяйственно-бытового труда, умение принимать самостоятельные решения, ориентироваться в современных рыночных отношениях.

В программу социальной реабилитации умственно отсталых лиц в степени выраженной дебильности необходимо включить обучение занятиям физкультурой и спортом. Это будет способствовать устранению моторной заторможенности и благотворно сказываться на общем физическом и психическом развитии, совершенствовании волевых качеств и коммуникативных функций.

Обучение досуговой деятельности является необходимым в программе социальной реабилитации умственно отсталых лиц.

В силу недостаточной сформированности потребностей эстетического характера у лиц с выраженной дебильностью они нуждаются в активном вовлечении в мероприятия по знакомству с музыкой, изобразительным искусством, литературой и т. д.

Особое место в программе социальной реабилитации умственно отсталых лиц с выраженной дебильностью должно занимать решение личных проблем. Допустимо половое воспитание, информация о последствиях интимных отношений, о венерических заболеваниях.

Инвалиды с тяжелой степенью умственной отсталости — выраженной имбецильностью — составляют контингент психоневрологических интернатов.

Ограничения жизнедеятельности носят более выраженный характер. Ограничение способности к самообслуживанию выражается в трудноусвояемых навыках санитарно-гигиенического характера, хозяйственно-бытового труда, которые выполняются с помощью и под контролем посторонних.

Ограничение способности совершать двигательные операции выражается в недостаточной координации движений, сформировавшейся тонкой моторике.

Ограничение способности к общению выражается в неразвитости речи, в малом словарном запасе, в дефекте речевого аппарата, преобладает в общении эмоциональный компонент над речевым.

Значительно выражено ограничение способности к обучению, что связано с недостаточно развитыми функциями восприятия, внимания, памяти, мышления.

Ограничение способности к трудовой деятельности носит выраженный характер и объясняется неразвитостью функции к усвоению задания, неспособностью освоить технологический процесс, несовершенной моторикой. Осуществление трудовой деятельности возможно в специально созданных условиях.

Ограничение способности к ориентации достаточно выражено, оно объясняется несовершенством функций внимания, восприятия, памяти, пространственной ориентировки. Необходима посторонняя помощь в новой ситуации.

Ограничение способности к контролю над своим поведением также значительно выражено, что связано с ущербностью адаптационных механизмов, информированностью социального опыта. Необходима коррекция и контроль.

Программа социальной реабилитации инвалидов с выраженной имбецильностыо включает целый ряд обучающих разделов:

• формирование навыков самообслуживания содержит

разделы: санитарно-гигиенические навыки, уход, за одеждой, уход за жилищем, навыки приготовления и приема пищи;

• формирование навыков социально-средовой реабилитации включает разделы: знакомство с городом, транспортом, магазинами, сферой обслуживания, производственными отношениями;

• формирование элементов нравственно-эстетического воспитания включает разделы: формирование навыков повседневного поведения, правила поведения в общественных местах, правила поведения человека в рабочем коллективе, понимание дружбы, товарищества, коллектива и т. д.

Необходимо обучение семьи / опекуна /попечителя в правильном отношении к своим подопечным. Важно обучение терпеливому отношению, последовательному и неотступному воздействию по привитию навыков хозяйственно-бытового труда, формированию установки на труд.

В программу социальной реабилитации входит обучение навыкам самостоятельного проживания, которое включает формирование навыков самообслуживания, хозяйственно-бытового труда. Для самостоятельного проживания важна способность принимать самостоятельные решения, умение ориентироваться в социальном окружении, необходимо также развитие способности к самооценке, самоопределению, самодеятельности в широком смысле слова.

Необходимо отметить, что лица с выраженной имбецильностью самостоятельно проживать не могут, они нуждаются в поддержке. Самостоятельное проживание их возможно лишь в "защищенных условиях" — в специализированном общежитии, где они могут воспользоваться постоянной помощью специалиста по социальной работе.

Программа социальной реабилитации инвалидов с выраженной имбецильностью должна предусматривать обучение физкультуре и спорту. Склонность к заторможенности, замедленной моторике способствует формированию гипокинезии, которая ведет к негативным последствиям в физическом здоровье.

Участие в физкультурных занятиях, спортивных состязаниях умственно отсталых лиц способствует не только совершенствованию моторики, оно положительно сказывается на их интеллектуальном развитии, расширении социального опыта, приобретении коммуникативных навыков.

Существенно важно для этой категории инвалидов обучение досуговой деятельности. В силу несформированности потребностной сферы у лиц с выраженной имбецильностью досуг ограничивается пассивным присутствием в кинозалах, на концертах, организуемых в психоневрологических интернатах. В целях реабилитационного воздействия необходим досуг развивающий, компенсирующий дефицит информации, воздействующий на эмоциональную и познавательную сферы жизнедеятельности.

Решение личных проблем для этой категории инвалидов представляет особую важность. Преобладание инстинктивного полового влечения при недостаточно развитом сдерживающем интеллектуальном воздействии создает опасность вступления в случайные связи с нежелательными последствиями. Эти инвалиды нуждаются в половом воспитании, в доступном изложении отношений между полами, недопустимости грубости, жестокости по отношению к женщинам: Программа сексуального воспитания нуждается в специальной разработке.

**Проверки проводятся в виде посещения подопечного (недееспособного или не полностью дееспособного гражданина) органом опеки и попечительства**

* Органы опеки и попечительства проверяют условия жизни подопечных, соблюдение опекунами и попечителями их прав и законных интересов, обеспечение сохранности их имущества, а также выполнение опекунами или попечителями требований к осуществлению своих прав и исполнению своих обязанностей.
* Во время проверок оцениваются жилищно-бытовые условия, состояние здоровья подопечного, внешний вид и соблюдение гигиены, эмоциональное и физическое состояние, отношения с опекуном или попечителем, возможность опекуна или попечителя обеспечить потребности подопечного, включая выполнение реабилитационных мероприятий, содержащихся в индивидуальной программе реабилитации или абилитации инвалида.
* По результатам проверки исполнения обязанностей опекуном недееспособного гражданина составляется акт о проверке условий жизни совершеннолетнего недееспособного гражданина, соблюдении опекуном прав и законных интересов совершеннолетнего недееспособного гражданина, обеспечении сохранности его имущества, а также о выполнении опекуном требований к осуществлению своих прав и исполнению своих обязанностей.
* По результатам проверки выполнения обязанностей по попечительству в отношении совершеннолетнего не полностью дееспособного гражданина составляется акт о выполнении попечителем требований к осуществлению своих прав и исполнению своих обязанностей.
* Акт о проверке условий жизни и акт об исполнении попечителем своих обязанностей оформляются в двух экземплярах, один из которых направляется опекуну или попечителю в течение 3 дней со дня утверждения акта, второй хранится в органе опеки и попечительства.

**Регулярность проверок условий жизни подопечного**

*Проверки проводятся в виде посещения подопечного органом опеки и попечительства:*

− 1 раз в течение первого месяца после принятия органом опеки и попечительства решения о назначении опекуна или попечителя;

− 1 раз в 3 месяца в течение первого года после принятия органом опеки и попечительства решения о назначении опекуна или попечителя;

− 1 раз в 6 месяцев в течение второго года и последующих лет после принятия органом опеки и попечительства решения о назначении опекуна или попечителя.

*При установлении опеки или попечительства над подопечным его близким родственником:*

- 1 раз в течение первого года после принятия органом опеки и попечительства решения о назначении опекуна или попечителя;

- 1 раз в 3 года в течение последующих лет после принятия органом опеки и попечительства решения о назначении опекуна или попечителя.

*При помещении подопечного под надзор в медицинскую организацию или организацию социального обслуживания, предоставляющую социальные услуги в стационарной форме:*

− 1 раз в течение первого месяца после принятия решения о помещении совершеннолетнего подопечного под надзор в медицинскую организацию или организацию социального обслуживания, предоставляющую социальные услуги в стационарной форме; − 1 раз в 6 месяцев в течение первого года и последующих лет после принятия решения о помещении совершеннолетнего подопечного под надзор в медицинскую организацию или организацию социального обслуживания, предоставляющую социальные услуги в стационарной форме.

**Ответственность за вред, причиненный недееспособными и не полностью дееспособными гражданами**

Вред, который причиняется субъектам общественных отношений, должен быть возмещен – это основное положение принципа справедливости.

Но как быть, если такой вред причиняется ***недееспособными лицами***, не способными в полной мере осознавать опасность совершаемых ими деяний и последствия таких деяний?

В таком случае к решению вопроса компенсации такого вреда привлекаются опекуны недееспособных граждан. Под виной в данном случае будет подразумеваться пренебрежение опекуном своих обязанностей.

Если недееспособный гражданин причинил вред другому лицу (его жизни, здоровью или имуществу), то вред возмещает его опекун, если не докажет, что вред возник не по его вине.

*Подопечный может нанести вред жизни, здоровью и имуществу других лиц.*

Например, в квартире подопечного потек кран, и вода залила квартиру соседей, живущих внизу. Или он толкнул человека, в результате чего у человека сломана нога и требуется длительное лечение.

Претензии по возмещению вреда будут предъявлены к опекуну.

Сам по себе факт случившегося не является следствием действий или бездействий опекуна – но опекун должен принимать меры к тому, чтобы подопечный не причинил вреда другим людям.

Если же вред мог быть причинен в результате действий других лиц или обстоятельств, например кран потек после ухода сантехника, который его чинил, или подопечный толкнул человека, потому что на него наехал велосипедист. Опекун будет доказывать, что вред причинен не по его вине.

*Когда же вред возмещается самим недееспособным? И бывают ли такие случаи?*

Таких случаев законодательство знает несколько.

Если опекун ушел из жизни либо не имеет достаточных средств для возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью потерпевшего, а сам причинитель вреда обладает такими средствами, суд с учетом имущественного положения потерпевшего и причинителя вреда, а также других обстоятельств вправе принять решение о возмещении вреда полностью или частично за счет самого причинителя вреда, т.е. недееспособного гражданина.

***Не полностью дееспособный*** (ограниченный в дееспособности) гражданин самостоятельно несет ответственность в случае, если он причинил вред жизни, здоровью или имуществу гражданина или имуществу организации (статья 30 Гражданского кодекса).

Лучший способ недопущения причинения вреда – это осуществление ***профилактических мер!***

**Федеральный закон от 23.06.2016 N 182-ФЗ "Об основах системы профилактики правонарушений в Российской Федерации"**

* ***Правонарушение*** - преступление или административное правонарушение, представляющие собой противоправное деяние (действие, бездействие), влекущее уголовную или административную ответственность;
* ***Профилактика правонарушений***- совокупность мер социального, правового, организационного, информационного и иного характера, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих совершению правонарушений, а также на оказание воспитательного воздействия на лиц в целях недопущения совершения правонарушений или антиобщественного поведения;
* ***Система профилактики правонарушений***- совокупность субъектов профилактики правонарушений, лиц, участвующих в профилактике правонарушений, и принимаемых ими мер профилактики правонарушений, а также основ координации деятельности и мониторинга в сфере профилактики правонарушений.

**Виды профилактики правонарушений**

1. Общая профилактика правонарушений направлена на выявление и устранение причин, порождающих правонарушения, и условий, способствующих совершению правонарушений или облегчающих их совершение, а также на повышение уровня правовой грамотности и развитие правосознания граждан.

2. Индивидуальная профилактика правонарушений направлена на оказание воспитательного воздействия, на устранение факторов, отрицательно влияющих на их поведение, а также на оказание помощи лицам, пострадавшим от правонарушений или подверженным риску стать таковыми. Индивидуальная профилактика правонарушений может осуществляться с применением специальных мер профилактики правонарушений.

**Формы профилактического воздействия**

Профилактическое воздействие может осуществляться в следующих формах:

1) правовое просвещение и правовое информирование;

2) профилактическая беседа;

3) объявление официального предостережения (предостережения) о недопустимости действий, создающих условия для совершения правонарушений, либо недопустимости продолжения антиобщественного поведения;

4) профилактический учет;

5) внесение представления об устранении причин и условий, способствующих совершению правонарушения;

6) профилактический надзор;

7) социальная адаптация;

8) ресоциализация;

9) социальная реабилитация;

10) помощь лицам, пострадавшим от правонарушений или подверженным риску стать таковыми.

**Предупреждение (профилактика) правонарушений среди недееспособных и не полностью недееспособных граждан (в том числе лиц, страдающих психическими расстройствами и расстройствами поведения)**

Профилактика правонарушений среди лиц, страдающих психическими расстройствами и расстройствами поведения, осуществляется организациями здравоохранения, органами социальной защиты, опекунами и попечителями и может включать в себя:

* 1) социально-бытовую помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;
* 2) консультации по правовым вопросам в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь, стационарных организациях социального обслуживания, предназначенных для лиц, страдающих психическими расстройствами;
* 3) социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;
* 4) получение образования лицами, страдающими психическими расстройствами;
* 5) трудоустройство лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, на лечебно-производственные предприятия для трудовой терапии и специальные производства, цеха или участки с облегченными условиями труда для таких лиц;
* 6) установление обязательных квот рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами;
* 7) применение методов экономического стимулирования для предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих рабочие места для лиц, страдающих психическими расстройствами;
* 8) иные меры, необходимые для социальной поддержки лиц, страдающих психическими расстройствами.

**Как получить образование, в том числе профессиональное?**

В законодательстве отсутствуют особенности осуществления недееспособными и не полностью недееспособными гражданами прав на образование.

Это значит, что недееспособный гражданин и не полностью недееспособный граждан осуществляет эти права так же, как и дееспособный гражданин. Исключением для недееспособных граждан является заключение договоров, связанных с их осуществлением.

Опекун обязан защищать права и законные интересы подопечного в образовательных отношениях. Как и попечитель обязан оказывать гражданину, не полностью недееспособному, содействие в осуществлении им своих прав на образование и исполнении обязанностей, возникших в связи с обучением.

Отметим, что поскольку у недееспособного как и у не полностью недееспособного гражданина имеется психическое расстройство, то при содействии в обучении профессиям необходимо учитывать ограничения для выполнения определенных работ лицами, имеющими психическое расстройство, установленные законодательством.

**Как устроиться на работу?**

Трудовой кодекс не содержит специальных норм об участии недееспособных граждан в трудовых отношениях в качестве работников.

Установлены только особенности их участия в трудовых отношениях в качестве работодателей.

Тем самым недееспособный как и не полностью недееспособныйгражданин имеет те же трудовые права, что и другие граждане, включая право на самостоятельное заключение трудового договора.

Опекуну как и попечителю следует контролировать условия трудового договора с тем, чтобы они соответствовали интересам подопечного и трудовому законодательству.

Как уже было сказано, поскольку у недееспособного как и не полностью недееспособного гражданина имеется психическое расстройство, то необходимо учитывать ограничения для выполнения определенных работ лицами, имеющими психическое расстройство, установленные законодательством.

Также законодательством установлены должности, которые не могут занимать граждане, признанные недееспособными и не полностью недееспособные. Например, недееспособный гражданин не может быть принят на государственную и муниципальную службу, на должности прокурора, пожарного, на работу в ведомственную охрану и другие должности в соответствии с федеральными законами.

**Создание атмосферы психологической заботы и положительного психологического и эмоционального микроклимата**

* забота как комплиментарные (взаимодополняемые) и эмпатические отклики на вербальные и невербальные сигналы подопечного;
* забота как действие, направленное на благо другого человека, на поддержание его бытия, поиск смысла;
* доброжелательное отношение и искреннее желание понять подопечного и помочь ему на пути осознания ценности его личности;
* забота как ответственность, где задача не решить проблемы за человека, а содействовать появлению у него ответственности за свои поступки и конечный итог своей жизни;
* работа с положительными эмоциями (арт-терапия).

Таким образом, забота исходит из паттернов заботы над подопечным и имеет 4 аспекта:

- потребность в содействии человеку на пути достижения гармонии или более полной реализации своих сил;

- ориентация на образ подопечного - такой, каким он может стать;

- чувствительность к сигналам подопечного и выстраивание воздействия на этой основе;

- присутствие в жизни подопечного.

**О получении медицинской помощи недееспособными и не полностью дееспособными гражданам**

* утрата дееспособности - постепенный процесс, который зависит от стадии развития болезни. Уровень функционирования и дееспособности может также варьироваться (могут наступать улучшения и регрессии);
* следует проконсультироваться с лечащим врачом касательно уровня функционирования больного на основе профессиональной проверки различных сфер функционирования, а также касательно влияния имеющихся болезней на данном этапе на способность больного принимать решения в различных сферах жизни;
* необходимо максимально уважать право больного самостоятельно принимать решения касательно себя, до тех пор, пока он способен делать это, и поддерживать, по мере возможности, дееспособность, которая ещё осталась у него на каждой стадии болезни;
* важно заранее составить планы и подготовиться к этапу, когда будет утрачена дееспособность больного и его способность принимать решения в различных сферах. Параллельно с этим сам больной может заранее высказать свои пожелания касательно медицинских вопросов − предполагаемому опекуну, которое будет принимать вместо него решения в медицинской сфере.

**Как получить медицинскую помощь?**

Как попечитель, так и опекун обязаны заботиться об обеспечении подопечного лечением (статья 36 Гражданского кодекса).

Не полностью недееспособныйгражданин сам дает согласие на медицинское вмешательство и отказывается от него. Как и недееспособный гражданин, если способен это сделать.

Это значит, что лично ему медицинским работником должна быть предоставлена информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи (статья 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»), и он лично подписывает согласие на медицинское вмешательство или отказ от него.

Опекун дает согласие на медицинское вмешательство и отказывается от него в случае, если его недееспособный подопечный не в состоянии это сделать сам.

При этом опекун должен известить орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного о даче информированного добровольного согласия на психиатрическую помощь не позднее дня, следующего за днем указанного согласия (статья 11 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан на ее оказание»)

Информацию о состоянии здоровья подопечного в медицинской организации, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи – попечитель не может получить без согласия подопечного.

Поэтому попечителю целесообразно позаботиться о том, чтобы подопечный знал, как ему себя вести в случае попадания в больницу: сообщить лечащему врачу о том, что он ограничен в дееспособности, помнить о необходимости дать знать попечителю, где он находится, а также подать заявление лечащему врачу о предоставлении всей информации о лечении своему попечителю.

Можно оформить заявление заранее, и попечителю хранить это заявление у себя, чтобы при необходимости предъявить его в медицинскую организацию.

В форме согласия на медицинское вмешательство имеется специальная графа для указания пациентом лиц, которым медицинская организация может предоставлять информацию о состоянии здоровья пациента.

Следует заранее разъяснить подопечному необходимость заполнения этой графы. Знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья гражданина, и получать отражающие состояние здоровья медицинские документы (их копии) и выписки из них должен сам не полностью недееспособныйгражданин. Попечитель сможет это делать только при наличии доверенности от подопечного (или письменного заявления подопечного, сделанного в медицинской организации).

Попечитель оказывает содействие подопечному в обращении за медицинской помощью, в ее получении и в следовании медицинским рекомендациям.

Опекун вправе получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них (статья 22 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Опекуну целесообразно позаботиться о том, чтобы подопечный знал, как ему себя вести в случае попадания в больницу: сообщить лечащему врачу о том, что он признан недееспособным, помнить о необходимости дать знать опекуну, где он находится. Инициирует медико-социальную экспертизу для установления инвалидности, составления индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалида и представляет интересы недееспособного инвалида его опекун.