

ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

УДК 615.1+616 – 056:612 – 053.9

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ИНТЕГРАЦИИ ИНВАЛИДОВ СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В ОБЩЕСТВО

Трифонова Н.Ю.

Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава РФ,
г. Москва, Россия, e-mail: trif-natalya@yandex.ru

Проблемы здоровья населения, снижения заболеваемости, инвалидности и смертности, улучшения демографической ситуации являются приоритетными задачами государственной социальной политики на современном этапе. Проблеме инвалидности и реабилитации инвалидов посвящены в последние годы многочисленные работы при различной патологии. Имеются работы, посвященные изучению контингентов инвалидов различных возрастных групп. Вместе с тем проблема инвалидности изучена недостаточно. По данным Центрального НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов, в психоневрологических интернатах России инвалиды составляют более 42%. В статье раскрывается один из механизмов интеграции инвалидов в общество через систему патронажа. Ставится вопрос о передаче наиболее сохранных и социально адаптированных больных в семьи сельских жителей на содержание, воспитание, трудоустройство под эгидой патронажных комиссий органов социальной защиты. Не решена проблема динамического наблюдения этого контингента, острой остается проблема профессиональной реабилитации инвалидов и практически не решается проблема их интеграции в общество. Несомненно, нуждаются в доработке и обновлении законодательные акты о патронаже, следует продумать введение пособия для семей, взявших на себя обязательства по патронированию больных.

Ключевые слова: инвалиды, социальное обслуживание, реабилитация, стационар.

ORGANIZATIONAL APPROACHES TO INTEGRATION OF THE DISABLED YOUNG STATIONARY SOCIAL SERVICE INSTITUTIONS IN SOCIETY

Trifonova N.Y.

Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia, e-mail: trif-natalya@yandex.ru

The problems of public health, reduce morbidity, disability and mortality, improve the demographic situation are the priorities of the state social policy at the present stage. Disability and rehabilitation of disabled persons devoted in recent years, numerous studies in various pathologies. There are papers devoted to the disabled populations of different age groups. However, the problem of disability poorly understood. According to the Central Research Institute of expertise disability and labor organizations of persons with disabilities in boarding Russia neuropsychiatric disabilities make up more than 42%. The article deals with one of the mechanisms for the integration of disabled people into society through the system of patronage. The question about the transfer of the most well preserved and socially adapted to the families of patients for the maintenance of the rural population, education, employment under the patronage of the social protection committees. Not solved the problem of dynamic observation of this population, there remains the problem of acute occupational rehabilitation of the disabled and virtually solved the problem of their integration into society. Undoubtedly, the need to refine and update the legislation on patronage, should consider the introduction of benefits for families who have taken a commitment to patronage patients.

Key words: disabled, social services, rehabilitation, hospital.

Введение. По данным Центрального НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов, в психоневрологических интернатах России инвалиды составляют более 42%. По отдельным нозологическим формам число инвалидов значительно больше: среди больных олигофренией их 68,7%.

Инвалиды находящиеся в домах-интернатах общего типа (в основном это больные с поражением опорно-двигательного аппарата), составляют 10%. В большинстве случаев эти лица проживают в психоневрологических интернатах. Лишь в единичных учреждениях созданы специализированные отделения, которые позволяют организовать реабилитационные мероприятия для них.

Вместе с тем, повышение эффективности реабилитации инвалидов актуально в связи с их большей представленностью в учреждениях социального обслуживания. При переподготовки и восстановления утраченных навыков у инвалидов, следует учитывать индивидуальный реабилитационный потенциал, который необходимо использовать [5].

В то же время недостаточно разработаны вопросы адаптации инвалидов в этих учреждениях. Организация жизни в них существенно отличается от домашней обстановки и даже психиатрической больницы. Многие утрачивают социально-значимые навыки, превращаются в "подопечных". Кроме того, совокупность биологических и психологических возрастных особенностей инвалидов позволяет рассматривать их как группу «повышенного риска» - не выработан стереотип поведения в новых условиях, часто возникают декомпенсации психопатоподобных расстройств, не сформировано окончательно дефектное состояние у больных с

эндогенным заболеванием и т.д. Без адекватных условий обучения, труда и должной организации образа жизни у них чаще всего формируется дезадаптивное поведение.

Инвалиды находящиеся в стационарных учреждениях социального обслуживания, составляют более 42%. Весьма актуально повышение эффективности реабилитации этих пациентов в связи с их большой представленностью, способностью к профессионально-трудовому обучению, а при необходимости, к переподготовке и восстановлению утраченных навыков. От уровня сформированных навыков, приобретенных знаний и социального опыта зависит социальная интеграция инвалидов.

В статье раскрывается один из механизмов интеграции инвалидов в общество через систему патронажа. Ставится вопрос о передаче наиболее сохранных и социально адаптированных больных в семьи сельских жителей на содержание, трудоустройство под эгидой патронажных комиссий органов социальной защиты.

В зависимости от уровня сформированных навыков, приобретенных знаний и социального опыта необходимо решать вопрос о социальной интеграции инвалидов. Важно адекватно определить дальнейшую судьбу инвалида: он надолго останется в доме-интернате, будет обучаться в реабилитационном центре с перспективой трудоустройства либо выпишется из учреждения социальной защиты с возможностью трудовой занятости по месту жительства. Перспектива успешной реабилитации зависит также от материально-технической базы, кадрового обеспечения, профессиональной подготовки медицинского персонала, средового, коррекционного и педагогического воздействия, преемственности реабилитационного воздействия на внутриведомственном уровне, точной оценки эффективности реабилитации.

Интеграция инвалидов в общество — заключительный и наиболее ответственный этап реабилитации. Интеграция (*integratio*) — буквально восстановление, восполнение, объединение в единое целое каких-либо частей [1]. Применительно к лицам, находящимся в домах-интернатах, это понятие следует интерпретировать как выписку из учреждений социальной защиты и внедрение инвалидов в общество с полной адаптацией к современным социальным условиям. Говорят о полной (с выпиской, трудоустройством) или частичной (с трудоустройством на штатных должностях в домах-интернатах, оформлением трудовых договоров с бывшими подопечными, создание им более комфортных условий проживания, расселение в отдельных жилых комнатах) интеграции инвалидов в общество.

Ряд авторов сообщают об эффективной реабилитации инвалидов в условиях обычного производства [2]. Особым разделом реабилитации является трудоустройство в щадящих условиях специальных цехов (участков) промышленных предприятий. Это позволяет устранить изоляцию больных от социально-трудовой жизни общества и избежать так называемого госпитализма, и, вместе с тем, дает возможность использовать труд инвалидов в доступном темпе и адекватном режиме, с определенной дозированной нагрузкой.

В литературе имеются данные об особенностях социально-трудового устройства инвалидов в сельской местности. Сообщается о бригадах пациентов, которые после восстановительного лечения выезжали в деревни. Администрация совхозов выделяла им помещения, постельные принадлежности, бытовой инвентарь, обеспечивала питанием в рабочих столовых. Постоянное наблюдение и поддерживающую терапию обеспечивали местные медицинские работники. В последующем одни пациенты, восстановив связи с родственниками, трудоустраивались по месту жительства, а другие оставались в совхозе, который предоставлял им квартиру или место в общежитии.

Однако дальнейшее углубление кризисных явлений в экономике страны, резкое сокращение рабочих мест на промышленных и сельскохозяйственных предприятиях, ликвидация колхозов и совхозов, отсутствие фонда бесплатного жилья делают проблематичной и весьма затруднительной реализацию программы интеграции инвалидов в общество. В связи с этим особенно актуальна разработка механизмов интеграции применительно к современным условиям. Сообщается об интеграции инвалидов с нарушением функций опорно-двигательного аппарата через создание производственно-жилых комплексов (ПЖК). Интеграция рассматривается не только как вселение инвалидов в среду здоровых людей, но и как весь комплекс социальных условий, необходимых для обеспечения жизни человека независимо от его физического дефекта. По мнению разработчиков, ПЖК — оптимальная модель интеграции инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата, позволяющая трудоустраивать их, создавать специальные рабочие места, разрабатывать технические средства и приспособления для трудовых операций. Кроме того, приспособление зданий для комплексного обслуживания лиц с физическими дефектами (оборудование пандусов, широких дверных проемов, специальных лифтов для передвигающихся на колясках и т. д.) позволяет пациентам сочетать профессионально-трудовую

деятельность с комфортным проживанием в обстановке, максимально приближенной к домашней.

Другие авторы видят практическую интеграцию инвалидов из психоневрологических интернатов в общество в создании для них специализированных общежитий со штатом воспитателей, психологов, социальных работников [3].

Особый интерес представляет интеграция инвалидов через систему патронажа. Классической в историческом плане формой патронажа считают стихийно возникшую колонию посемейного призрения в г. Гееле (Бельгия) в VI—VII веках. После того как разнесся слух о чудесных случаях исцеления на могиле мученицы Св. Димфны (дочь ирландского короля), отовсюду сюда стали стекаться больные. Часть из них оставалась жить в Гееле в семьях горожан, обычно по 3—4 человека. Они ели за одним столом с хозяевами, присматривали за детьми, помогали вести домашнее хозяйство, свободно ходили по городу. В 60-х годах XIX века церковь передала колонию в Гееле в полное распоряжение государства [4].

Психиатрический патронаж в России был медицинским, им руководила администрация психиатрических учреждений, стремившаяся к соблюдению интересов патронируемых, предоставлению им максимальных удобств в семье и ограничению возможности злоупотреблений в отношении пациентов со стороны членов патронирующих семей.

Основными терапевтическими факторами патронажа являются свобода и жизнь в здоровой среде с ее повседневными стимулирующими моментами, возможностью вовлечения инвалидов в систематический труд, сохранения их индивидуальности. Жизнь больных в условиях патронажа всегда противопоставлялась пребыванию в однообразных больничных условиях, обедняющих личность. Значимость патронажа определяется, прежде всего, "малой реабилитацией", он позволяет продолжать лечение больных и вести наблюдение за ними вне психиатрических стационаров. На наш взгляд, передача больных в семьи сельских жителей, фермеров на содержание, воспитание, трудоустройство под эгидой патронажных комиссий органов социальной защиты позволила бы активно и безболезненно выписать часть инвалидов из стационарных учреждений социального обслуживания и обеспечить их интеграцию в общество.

Так, в одном из психоневрологических интернатов Московской области, рассчитанном на обслуживание 1010 инвалидов за 1993—1998 гг. лечебными

отпусками воспользовалось 15,1% инвалидов. В понятие "лечебный отпуск" мы вкладываем пребывание пациентов в течение нескольких дней — 1,5 - 2 мес. дома и у близких родственников, а также в семьях сотрудников интерната. Пациенты могут проводить вне интерната выходные, праздничные дни, летний период во время сельскохозяйственных работ.

При предоставлении отпусков учитывались как клинические, так и социальные факторы. Основным условием оформления домашнего отпуска было отсутствие острой психотической симптоматики. Подопечным, получающим поддерживающую терапию, выписывали лекарства, выдавали краткие предписания по схеме лечения. К социальным факторам предоставления отпусков были отнесены решение наследственно-правовых и имущественных вопросов, помощь престарелым родственникам, временное ведение хозяйственных дел дома, сельскохозяйственные работы и т. д.

Важным оказался анализ клинических факторов. Среди пользующихся отпусками умственно отсталые составляли 68,2%, больные шизофренией — 29,4%, эпилепсией — 1,1%, другими органическими заболеваниями ЦНС — 1,3%. Данное обстоятельство указывает на то, что наиболее перспективны, в плане патронирования и социальной адаптации, больные олигофренией с нерезко выраженным интеллектуальным дефектом (выраженная дебильность — легкая степень имбецильности). Они активно помогали вести домашнее хозяйство, выполняли отдельные несложные поручения, совершали покупки. Многие самостоятельно пользовались общественным транспортом, достаточно хорошо ориентировались в местности района проживания. У 60,5% патронированных больных терапевтические ремиссии были достаточно продолжительными (более 3 лет), о чем можно судить по частоте госпитализаций в психиатрические больницы [6].

Заключение. На модели домашних отпусков, которые сочетаются с элементами патронирования, доказана необходимость "реанимации" психиатрического патронажа и его повсеместного внедрения, особенно в стационарных учреждениях социального обслуживания, расположенных в сельской местности. Это позволит проводить интеграцию инвалидов в общество, разгрузить дома-интернаты от наиболее курабельных и социально адаптированных больных, поможет в профилактике госпитализма.

Несомненно, нуждаются в доработке и обновлении законодательные акты о патронаже, следует продумать введение пособия для семей, взявших на себя обязательства по патронированию больных. Однако в целом посемейный патронаж имеет богатую историю, достаточно хорошо разработан и не утратил актуальности в настоящее время. Особенно велика его роль в интеграции в общество инвалидов.

Список литературы.

1. Авцинова Г.И., Фурсов С.А. Международный и российский опыт интеграции в общество людей с инвалидностью: политологический анализ // Ученые записки Российского Государственного Социального Университета. - М., 2009. — № 2. - С. 17-19.
2. Зотова Е. Как живется с ДЦП / Е. Зотова // Русский инвалид. - 2009. - № 1 - 2. - С. 45-49.
3. Куканова Е.В. Введение в специальность «Социальная работа» / Е.В. Куканова, П.Д. Павленок, В.К. Шаповалов. - М.: ФОРУМ, 2007. - 125 с.
4. Осипов С.А. Управление занятостью инвалидов. - Воронеж: Истоки, 2006. – 160 с.
5. Павленок П.Д. Основы социальной работы. - М.: Инфра, 2009. – 560 с.
6. Холостова Е.И. Генезис социальной работы в России. - М.: Дашков и Ко, 2008.- 232 с.

References.

1. Avcinova G.I., Fursov S.A. *Uchenye zapiski Rossijskogo Gosudarstvennogo Social'nogo Universiteta* (Scientific notes of Russian State Social University). M., 2009, Vol. 2, pp. 17-19.
2. Zotova E. *Russkij invalid*. 2009, no. 1 – 2, pp. 45-49.
3. Kukanova E.V., Pavlenok P.D., Shapovalov V.K. *Vvedenie v special'nost' «Social'naja rabota»* [Introduction to the profession "Social Work"]. M.: FORUM, 2007. 125 p.
4. Osipov S.A. *Upravlenie zanjatost'ju invalidov* [Management of employment of persons with disabilities]. Voronezh: Istoki, 2006. 160 p.
5. Pavlenok P.D. *Osnovy social'noj raboty* [Basics of Social Work]. M.: Infra - M, 2009. 560 p.
6. Holostova E.I. *Genezis social'noj raboty v Rossii* [The genesis of social work in Russia]. M.: Dashkov i Ko, 2008. 232 p.