**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 однойили более конечностей, включая ампутации;

• вследствие отсутствия одной или более дистальных частей конечностей (палец, кисть, стопа);

• в связи с отсутствием или нарушением произвольнойподвижности четырех конечностей (квадриплегия, тетрапарез);

• вследствие отсутствия или нарушения подвижностинижних 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): длительныеинтервалы (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 рамкахвыполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности.

Способность к самостоятельному передвижению включает:

• самостоятельное перемещение в пространстве, ходьбапо 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 более30 градусов);

• сохранение равновесия тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, возможность стоять,сидеть, вставать, садиться, ложиться, сохранять принятуюпозу 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 передвижениюмогут 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 снарушениями функций опорно-двигательного аппарата взаимосвязаны, хотя и можно говорить о преобладании ограничений способности к самообслуживанию при патологии верхнихконечностей, а об ограничениях способности к передвижению — при повреждениях нижних конечностей. Вместе с темизвестно, что инвалид с поражением нижних конечностейвследствие травмы позвоночника имеет ограничения жизнедеятельности не только в сфере способности к передвижению.

У него имеется в связи с этим и ограничение способности ксамообслуживанию.Если ограничить рассмотрение способности инвалида кпередвижению в пределах квартиры, ограниченной жилойсреды, то здесь можно говорить о способности инвалида кперемещению в небольшом жизненном пространстве.

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

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

На этапе первичного освидетельствования инвалида в Бюромедико-социальной экспертизы (МСЭ) специалист по социальной работе по согласованию с клиницистом-экспертом выявляеттип дефекта и связанные с ним ограничения жизнедеятельности. Вслед за этим он изучает вопрос о нуждаемости инвалида вприспособлениях 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 работетак называемая социальная информация включается в индивидуальную программу реабилитации инвалида.

Сам процесс социально-бытовой реабилитации инвалидовдолжен предусматривать ряд последовательных смысловыхтехнологических составляющих.

Осуществление социально-бытовой реабилитации должно начинаться с социально-бытовой ориентации, в ходе которой специалист по социальной работе ориентирует инвалидав его возможностях к проживанию в каких-либо конкретныхусловиях, 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 восстановленияутраченных (искаженных) навыков по социально-бытовомусамообслуживанию.

Специалисту, обучающему инвалида социально-бытовымнавыкам, необходимо знать назначение приспособления имеханизм его действия, уметь его использовать. При этом обучающий должен знать особенности анатомического дефекта,лежащего в основе инвалидности, физиологические функцииотдельных групп мышц. Специалист, обучающий инвалида,должен пользоваться медицинскими рекомендациями, учитывающими целенаправленность воздействия приспособленияна пораженный сустав (конечность орган).

Важной составляющей социально-бытовой реабилитацииинвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата является социально-бытовая адаптация, которая представляет собой процесс приспособления инвалида к условиямжизнедеятельности с помощью специальных вспомогательныхустройств 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 бытовымиусловиями, 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 инвалидомобыденного хозяйственно-бытового оборудования и купоннойутвари 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 взависимости от локализации анатомического дефекта (повреждение верхних либо нижних конечностей). Вместе с тем внезависимости 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 нетолько ориентировать, но и обучить инвалида непосредственнои 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 кинвалидам с повреждениями верхних конечностей лишь напервом этапе, при подходе к развертыванию полной социально-бытовой реабилитации. Реализация этого положения даетвозможность 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 ваннойкомнате в виде фиксированных к стене электробритв, удлиненных ручек к расческам и зубным щеткам, в виде установок автоматической подачи зубной пасты и жидкого мыла, ввиде рычажных кранов для воды в раковине для умывания ив мойке для посуды на кухне.

Приспособления должны облегчать инвалидам с повреждениями верхних конечностей также самообслуживание припринятии ванны. Они должны обеспечить инвалиду удобствои безопасность. В ванной необходима установка навесного сиденья, противоскользящей опоры для фиксации ног, держателей для мочалки, поручней для подъема и перемещения вванне. Целесообразно использование инвалидом ножниц дляногтей 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 опусканияподъема с унитаза.

Для осуществления самостоятельного приготовления пищинеобходимы приспособления для мойки и чистки овощей ирыбы, резки продуктов, мытья посуды, открывания банок ибутылок, для захвата крышек кастрюль, приспособления длявыключения электроплиты и др.

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

Еще большие проблемы в самообслуживании возникаюту инвалидов, "прикованных" к постели. В этих случаях ограничение самообслуживания связано не с дефектами верхнихконечностей, а с невозможностью передвигаться. Вся жизнедеятельность осуществляется в пределах ограниченного пространства. В связи с этим необходимо оборудование такогопространства специальными приспособлениями для приемапищи, чтения, письма, любительских занятий. Этой целиможет служить надкроватный столик, который оснащаетсянасадками-держателями книг, ручек, кистей, инструментовручного труда и т. д, Столик должен иметь устройство дляизменения 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 ипозволить ему осуществлять жизнедеятельность в полномобъеме.

Инвалид с повреждениями нижних конечностей нуждается прежде всего в индивидуальных вспомогательных средствахпередвижения (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 пользованияиндивидуальными средствами передвижения.

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

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

В квартире между помещениями и при выходе на балконне 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 разворотакресла-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 изкресла-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, предлагаемыетехнические средства являются общими, они не решают всехпроблем удовлетворения потребностей инвалидов с повреждениями опорно-двигательного аппарата. В каждом конкретном случае могут быть иные потребности, в зависимости отособенностей дефекта. Кроме того, вопросы оборудования квартиры, всех ее помещений не решают проблему социально-бытовой реабилитации инвалидов. Вслед за осуществлениемоборудования квартиры встает задача обучения инвалидапользованию вспомогательными устройствами и приспособлениями.

Само оборудование квартиры должно отвечать не толькотребованиям быта в узком смысле этого слова. Инвалид, находящийся постоянно в пределах собственной квартиры, можетпродолжить образование, заниматься трудовой деятельностью,иметь любительское занятие. В связи с этим и оборудованиеквартиры должно отвечать конкретным целям, т. е. выходитьза 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 дляовладения инвалидом предложенными вспомогательными устройствами и реабилитационными техническими средствамис последующим относительно независимым образом жизни.

*Модель жилого помещения для социально-бытовой реабилитацииинвалидов 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-гигиеническихнавыков, 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 стационарногооборудования;

• оснащение этих помещений специальными (нестационарными) индивидуальными вспомогательными устройствамидля 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 осложненийв ходе пользования вспомогательными устройствами.

2. Технические требования:

• безопасность пользования;

• надежность, прочность материала, из которого изготовлено изделие;

• простота конструкции, обеспечивающая доступность дляпользователя;

• компактность;

• ограничение эргономических усилий.

В соответствии с видами жизнедеятельности инвалидамодель 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 помещениймодифицировано.

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

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

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

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

Модификация туалета заключается в специальном, приспособлении к потребностям инвалидов, передвигающихся накресле-коляске, с костылями, имеющими дефекты верхнихконечностей.

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 повысоте сиденье, держатель туалетной бумаги.

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

К стационарному оборудованию кухонно-бытового блокаотносятся:

• 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 оборудуетсяспециальными приспособлениями для резания твердых продуктов, для дозирования жидких и сыпучих продуктов, различными кухонными ножами, вилками, разливательнымиложками для правой и левой руки.

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

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

Мойка (с регулируемой высотой) оборудуется удобнымирычажными кранами. Оснащается щетками (на присосках) длямытья 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 поворотадверного ключа, вешалку для одежды (на высоте, доступнойинвалиду в кресле-коляске).

Необходимым оснащением является также комплект дляподметания 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 дляоткрывания-закрывания штор, форточек (фрамуг), держательтелефонной трубки.

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

В Федеральном законе "О социальной защите инвалидовв 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 средстви 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 длядоступа 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 иглубокая 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 наглухих, слабослышащих и позднооглохших. Две последниегруппы при наличии технических средств реабилитации (слуховых аппаратов, телефонных приставок для глухих, стереофонических динамических телефонов для глухих и тугоухихи другой звукозаписывающей аппаратуры) имеют представление об окружающем мире.

Термин "глухой" применяется только к инвалидам, чьеслуховое нарушение является настолько тяжелым, что онине воспринимают звуки любой громкости.

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

Способность к общению — способность к установлениюконтактов между людьми путем восприятия, переработки ипередачи информации.

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

Общение осуществляется преимущественно за счет средствкоммуникации. Основным средством коммуникации являетсяречь, вспомогательными средствами — чтение и письмо. Привыраженных нарушениях слуха страдает именно основноесредство коммуникации — речь, ее восприятие. Важна роль ивоспроизведения речи. У людей, страдающих глухотой с детства, речь не развивается, следствием чего является болееглубокое расстройство — глухонемота. У лиц, имеющих менее тяжелые степени глухоты, при специальном обучениипоявляется возможность получения информации посредствомчтения и письма. Способность к общению включает:

• способность к восприятию другого человека (способностьотразить его эмоциональные, личностные, интеллектуальныеособенности);

• способность к пониманию другого человека (способностьпостичь 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 контрольза 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 втрудовой деятельности, связанной с необходимостью восприятия сигналов, информации, быстрой ориентировки в ситуации и реагировании. В связи с этим для данной категорииинвалидов существуют специализированные предприятия,работа в специально созданных условиях.

Инвалиды с выраженной патологией слуха испытываютопределенные сложности в обучении. Требуются специальныеметоды в связи с невозможностью получения, а также воспроизведения информации из-за патологии коммуникативныхфункций. 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 многотехнических средств.

Среди них индивидуальные слуховые аппараты:

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

• заушные слуховые аппараты с присоединением к дужке очковой оправы;

• система индивидуального прослушивания телерадиоаппаратуры (радионаушники);

• Bjfe усилитель акустический (насадка) на телефоннуютрубку.

Люди, страдающие тугоухостью, постоянно сталкиваются с проблемами адаптации к слуховым требованиям повседневной жизни. Для создания максимального комфорта людямс 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 встроеннымпередатчиком;

• 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 (сниженияслуха) 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 припользовании общественным транспортом. Невозможность услышать предстоящую остановку вызывает у инвалидов психологическую напряженность.

Специфические ограничения жизнедеятельности у лиц снарушениями слуха заключаются в затруднении полученияинформации (вербальной, звуковой). В связи с этим глухота нестолько создает проблемы "доступа" к транспорту, сколькоограничивает возможности использования его дополнительныхприспособлений. В связи с этим как реабилитационное мероприятие выступает информационное обеспечение инвалидов спатологией 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 представляетсяважным осуществление субтитрования общественно значимыхинформационных и других телепередач, выпуск видеопродукции (с субтитрами) публицистической, образовательной,научно-познавательной и культурно-просветительской направленности, адресованной инвалидам.

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

В Федеральном законе "О социальной защите инвалидовв Российской Федерации" прописаны льготы для лиц, страдающих нарушениями слуха. Инвалиды обеспечиваются необходимыми средствами телекоммуникационного обслуживания, специальными телефонными аппаратами (в том числедля абонентов с дефектами слуха), бытовыми приборами,сурдо- и другими средствами, необходимыми для социальнойадаптации. 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 человекиспытывает 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 глазнормальный.

Нарушения зрения, степень которых может быть уменьшена при помощи компенсирующих средств и которые можноисправить 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, являетсясостояние 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 остротызрения (вплоть до слепоты) резко ограничиваются и другиекатегории жизнедеятельности. Лица с концентрическим сужением поля зрения с трудом ориентируются в незнакомойобстановке, несмотря на относительно высокие показателиостроты зрения. Мобильность их значительно ограничена.

Абсолютная или практическая слепота приводит к резкому ограничению основных категорий жизнедеятельности. Абсолютно слепые люди практически утрачивают способность ксамообслуживанию 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. Впроцессе 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 малейшиеакустические нюансы при передвижении в пространстве. В связис этим при решении реабилитационных задач важен акцентна управлении звуками в среде обитания незрячих. Необходимо выделить и усилить нужные для ориентации звуки изаглушить посторонние помехи и шумы. При формированиисреды жизнедеятельности для слепых следует уделять особое внимание акустическим и звукоизоляционным характеристикам строительных материалов и конструкций.

Компенсаторная приспособляемость организма наделяетслепого фоточувствительностью кода, дающей возможностьразличать не только контуры, но и цвета крупных объектов.

Слепой, обладающий таким качеством, по мере приближения к большим предметам чувствует препятствие, иногдаможет судить о размерах и материале объекта. На использовании функций кожной чувствительности и слуха базируются вспомогательные тифлотехнические средства и приспособления, помогающие слепому при передвижении: звуковыемаяки у переходов, на остановках, внутренние и наружныеинформаторы, 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 ограничениеспособности к ориентации — способности определяться вовремени и пространстве.

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

Способность к ориентации включает:

• способность к определению времени по общепринятымпризнакам (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 реагированиюна 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 реабилитацияинвалидов с нарушениями зрения обеспечивается системойориентиров — осязательных (тактильных), слуховых и зрительных, которые способствуют безопасности передвиженияи 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 таблицахдолжна быть максимально краткой. Строительные элементына 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 неменее 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 инвалидовсо зрительными расстройствами имеют меры социальной реабилитации. Для реализации этих мер необходимо обеспечение незрячих вспомогательными тифлотехническими средствами:

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

• для самообслуживания — тифлосредства культурно-бытового и хозяйственного назначения (кухонные приборы иприспособления для приготовления пищи, шитья, ухода заребенком 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 производствов 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 информационногоназначения.

Применение тифлотехнических средств наряду с другими реабилитационными мероприятиями создает предпосылкидля достижения равных со зрячими возможностей и прав дляразностороннего развития, повышения культурного уровня,раскрытия творческих способностей незрячих, их активногоучастия 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 обопасности 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 ихсоциальной защиты и расширении объема социальных услугиграет в Российской Федерации Всероссийское общество слепых (ВОС), где осуществляются самые различные формы социальной реабилитации, способствующие их интеграции. Всистеме 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 инвалидовв Российской Федерации" прописаны льготы для инвалидов снарушениями зрения. Инвалиды по зрению обеспечиваются бытовыми приборами, тифлосредствами, необходимыми им для социальной адаптации. Ремонт указанных приборов исредств 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 рядотличий от инвалидов вследствие других заболеваний, которые выражаются в специфических проявлениях дезадаптации, неравномерности соотношений степени выраженностипсихических расстройств и уровня дезадаптации больных.

При психических заболеваниях, часто являющихся инвалидизирующими заболеваниями, и умственной отсталостив 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 различнойстепенью 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 передвиженияможет 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 невозможностипродолжать какую-либо трудовую деятельность.

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

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

Ограничение способности контролировать свое поведениеможет выражаться как в незначительных некоррегируемыхотклонениях поведения, так и в полном отсутствии способности управлять своим поведением. В связи с этим возникаетнеобходимость 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 иработы. В программе предусмотрено адаптационное обучение,подготовка к независимому образу жизни, пользованию бытовыми приборами, разработка индивидуальных решенийадаптации 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 психическихфункций программа социальной реабилитации содержит обучение жизненным навыкам по персональному уду (внешнийвид, личная гигиена) и персональной сохранности (пользование газом, электричеством).

При умеренных нарушениях психической деятельностипрактикуется терапия отдыхом, досугом, побуждающимиразвитие интересов, организация здорового образа жизни,сексуальное воспитание.

Среди инвалидов с психическими расстройствами особуюгруппу 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 Векслераразграничивают:

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

• тяжелую умственную отсталость (IQ=20-34), представленную лицами, которые поддаются систематическойобычной 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 иарифметике при специальном обучении.

В отечественной психиатрии принято следующее наименование умственной отсталости (с учетом указанных критериев международного документа): дебильность, имбецильностьи идиотия (глубокая умственная отсталость). Инвалиды с интеллектуальным недоразвитием (умственной отсталостью) встепени 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 адекватномкоррекционно-педагогическом воздействии способны обучитьсяконкретным 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 доступныв 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 воздействииосновная роль принадлежит семье, которая рассматриваетсякак 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, овладениенавыками хозяйственно-бытового труда, умение приниматьсамостоятельные решения, ориентироваться в современныхрыночных отношениях.

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

Обучение досуговой деятельности является необходимымв 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 смузыкой, изобразительным искусством, литературой и т. д.

Особое место в программе социальной реабилитации умственно отсталых лиц с выраженной дебильностью должнозанимать 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 самообслуживаниювыражается в трудноусвояемых навыках санитарно-гигиенического характера, хозяйственно-бытового труда, которыевыполняются 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 носитвыраженный характер и объясняется неразвитостью функциик усвоению задания, неспособностью освоить технологическийпроцесс, несовершенной моторикой. Осуществление трудовойдеятельности 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-эстетическоговоспитания 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 правильномотношении к своим подопечным. Важно обучение терпеливому отношению, последовательному и неотступному воздействию по привитию навыков хозяйственно-бытового труда, формированиюустановки на труд.

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

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

Программа социальной реабилитации инвалидов с выраженной имбецильностью должна предусматривать обучениефизкультуре 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 сказываетсяна их интеллектуальном развитии, расширении социальногоопыта, приобретении коммуникативных навыков.

Существенно важно для этой категории инвалидов обучение досуговой деятельности. В силу несформированностипотребностной сферы у лиц с выраженной имбецильностьюдосуг 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 сферыжизнедеятельности.

Решение личных проблем для этой категории инвалидовпредставляет особую важность. Преобладание инстинктивногополового влечения при недостаточно развитом сдерживающеминтеллектуальном воздействии создает опасность вступленияв 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.

**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).