Тема 4. ЭРГОНОМИКА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ЧЕЛОВЕКА С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ,СЕНСОРНЫМИ И ВОЗРАСТНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Лекция 1

План лекции

1. История возникновения эргономики как научной дисциплины
2. Антропометрические требования в эргономике
3. Освещение как объект эргономического анализа
4. Основные элементы оборудования и наполнения среды.

1. История возникновения эргономики как научной дисциплины

Научно-технический прогресс, наряду с огромными положительными результатами, вызвал и продолжает вызывать определенные отрицательные воздействия. Современное производство и транспорт, оснащенные сложными техническими системами, предъявляют к человеку требования, вынуждающие его иногда работать на пределе психофизиологических возможностей и в экстремальных ситуациях. В современном архитектурно-дизайнерском проектировании необходим максимальный учет человеческих факторов. Под человеческим фактором в эргономике понимается совокупность анатомических, физиологических, психологических особенностей человека, а также социально-психологических моментов, оказывающих влияние на эффективность его жизнедеятельности в контакте с машинами и средой.

До начала XX в. учеными целенаправленно исследовались во взаимодействии с человеком ручной инструмент, оружие, а в первой половине XX в. – машины, станки, механизмы, транспортные средства. В начале 50-х г. возникла необходимость в целостной системе представлений о работающем человеке, о его взаимоотношениях с техникой и с окружающей средой. В разных странах она получила разное название: в США – «Исследование человеческих факторов», в Англии – «Эргономика», в Германии – «Антропотехника».

Возникновению эргономики предшествовало развитие таких наук, как физиология, гигиена, психология труда, антропология. Развитие эргономики началось с модернизации военной техники. В 1960-е гг. эргономика все больше использовалась при проектировании средств транспорта и оборудования производственной среды и космической техники. Эргономика рассматривает проблему мотивации трудовой деятельности, в основе которой лежат взаимосвязанные критерии возможностей и особенностей человека, переносимость труда, приемлемость работы, удовлетворение от нее. В последние десятилетия приоритетными стали следующие направления эргономики: информации, досуга, военной и космической техники.

Эргономические исследования становятся частью научно-исследовательских и опытно-конструкторских разработок.

Эргономика (ergo – работа, nomos – закон) – научная дисциплина, комплексно изучающая функциональные возможности человека в трудовых и бытовых процессах, выявляющая закономерности создания оптимальных условий высокоэффективной жизнедеятельности и высокопроизводительного труда.

Целью эргономики является повышение эффективности качества деятельности человека в системе «человек – машина – среда» при одновременном сохранении здоровья человека и создании предпосылок для развития его личности.

Объект исследования эргономики – взаимосвязь человека с предметным миром в процессе трудовой и других видов деятельности.

Задача эргономики как сферы практической деятельности заключается в проектировании и совершенствовании процессов выполнения деятельности и способов специальной подготовки к ней, а также тех характеристик средств и условий, которые непосредственно влияют на эффективность и качество деятельности и психофизиологическое состояние человека.

Эргономические требования – это требования, которые предъявляются к системе «человек – машина – среда» в целях оптимизации деятельности человека с учетом его социально-психологических, антропометрических и других объективных характеристик и возможностей.

Эргономические свойства – это свойства изделий (машин, предметов или их совокупностей), которые проявляются в системе «человек – машина – среда» в результате реализации эргономических требований. Процесс проектирования системы с самого начала должен быть ориентирован на формирование ее эргономических свойств как одну из важнейших целей, достигаемых в процессе эргономического обеспечения проектирования.

2. Антропометрические требования в эргономике

Форма и функциональные размеры всей предметной среды, ее объемно-пространственных структур связаны с размерами и пропорциями человека. В современной практике предпочтение отдается антропометрическим характеристикам человека. Антропометрические характеристики человека служат основой при нормировании функциональных параметров предметно-пространственной среды, создании ее объемно-пространственных структур.

Антропометрия (antropos – человек) – составная часть антропологии – система измерений человеческого тела и его частей, морфологических и функциональных признаков тела.

Различают классические и антропометрические признаки. Первые используются при изучении пропорций тела, возрастной морфологии, для сравнения морфологических характеристик различных групп населения, а вторые – при проектировании изделий и организации труда.

Эргономические антропометрические признаки делятся на статические и динамические. Статические признаки определяются при неизменном положении тела человека, динамические признаки – это размеры, измеряемые при перемещении тела в пространстве. При использовании числовых значений антропометрических признаков следует учитывать их особенности, обусловленные полом (наиболее ярко выраженные признаки), возрастом и этнической принадлежностью.

Методы эргономических исследований

Соматография – метод схематического изображения человеческого тела в технической или иной документации в связи с проблемами выбора соотношений между пропорциями человеческой фигуры.

Метод плоских манекенов состоит в использовании плоских моделей человека (с точным соблюдением действительных пропорций). Манекены обычно выполняются в натуральную величину, а также в масштабах 1:5, 1:10.

Экспериментальные (макетные) методы основаны на применении макетирования проектируемого оборудования в различном масштабе и с разной степенью деталировки.

Электромиография – метод регистрации колебаний электрического потенциала в скелетных мышцах.

Профессиограмма включает в себя те требования, которые предъявляет деятельность к средствам и психофизиологическим особенностям человека.

Инструментальное профессиографирование предполагает использование функциональных макетов (тренажеров) в случаях, если в эргономическом исследовании важна не имитация внешнего вида, а имитация функционирующего аппарата.

Перечисленные методы используются в зависимости от степени сложности изучаемой деятельности и требуемой полноты ее описания.

3. Освещение как объект эргономического анализа

Более 80 % информации об окружающее среде человек получает визуально. «Двойная» природа света (искусственное и естественное освещение) в современной среде обитания требует соблюдения ряда правил при формировании нашего окружения. При естественном освещении производительность труда на 10 % выше, чем при искусственном, однако сила естественного освещения не постоянна, так как зависит от времени года, суток, высоты соседних зданий, чистоты стекол и т.д. При использовании искусственного освещения монотонность приводит к повышенной психоэмоциональной чувствительности, ощущению тоски, тревоги, сокращению производительности труда. Динамическое освещение необходимо для нормального протекания процессов жизнедеятельности человека. Освещение помещения оказывает влияние на зрительную оценку интерьеров, восприятие его габаритов, деталей, колористического решения.

В эргономике пользуются следующими фотометрическими понятиями: световой поток, освещенность, яркость. Эти понятия, сведенные в

определенные приемы освещения, позволяют проектировщику реализовать основные цели организации освещения в помещениях.

Освещение может быть общим, местным и комбинированным, а также рассеянным, направленным и отраженным.

Один из наиболее вредных дефектов освещения – блескость (специфическое свойство ярко освещенной поверхности вызывать ослепление наблюдателя). Освещение помещений, открытых пространств, отдельных зон и предметов в них, а также создание светоцветовых эффектов осуществляется светотехническим оборудованием.

Основным функциональным элементом светильника является источник света. Пространство и формы объектов среды жизнедеятельности воспринимаются человеком через освещение, а также благодаря различиям в цвете.

Для эргономических исследований в области архитектурно-дизайнерского проектирования большое значение имеют объективные данные о влиянии характера цветового окружения на функциональные процессы жизнедеятельности.

4. Основные элементы оборудования и наполнения среды

Под эргономическим обеспечением в средовом проектировании понимается установление эргономических требований и формирование эргономических свойств системы «человек – машина – среда» в общем виде на стадиях ее разработки и использования.

Понятие средовых объектов охватывает широкий круг пространств, связанных с жизнедеятельностью людей. Для удобства проектной практики все многообразие оборудования подразделяется на типологические группы.

К факторам, определяющим оборудование средовых объектов, относятся, в первую очередь, виды процессов жизнедеятельности и группы потребителей.

В зависимости от потребностей выделяют три группы функциональных процессов: обслуживание биологических потребностей, выполнение необходимых домашних работ, удовлетворение личных интересов.

Функциональный процесс объединяет группу оборудования и предметов, часть пространства помещения, которые образуют при взаимодействии с человеком функциональную зону.

Функциональные зоны являются теми элементами, из которых формируется жилище.

Требования к жилищу, его оборудованию меняются вместе с переменами, происходящими в семье (состав, возраст ее членов, социально-экономическое положение, культурно-образовательный уровень).

Многофункциональность помещений, которая обусловливается изменениями потребностей семьи, требует гибкости и вариабильности интерьера и отдельных его элементов.

Рекомендуемая для изучения литература

1. Доступная среда для инвалидов : справ. пособие / сост. Е. М. Шевко, С. Е. Дроздовский. – Мозырь : ММООО РАИК, 2014. – 36 с.

2. Калмет, Х. Ю. Жилая среда для инвалида / Х. Ю. Калмет, Х. Ю. – М. : Стройиздат, 1990. – 78 с.

Лекция 2

План лекции

1. Коррективная эргономика и проективный подход.
2. Особенности эргономики жилого помещения для пожилых людей и инвалидов
3. Особенности эргономики при организации рабочего места для людей с различными нарушениями.
4. Требования эргономики к городской среде, учитывающей нужды пожилых людей и инвалидов.

1. Коррективная эргономика и проективный подход

Учет специфических особенностей данной категории населения – важный фактор в социально-экономических мероприятиях по организации труда, планированию городской среды и жилищному строительству, а также при производстве промышленных изделий.

Направления эргономической работы по организации труда инвалидов и престарелых определяются двумя принципами: использование имеющихся ресурсов работоспособности, поиск путей повышения работоспособности. Для реализации этой проблемы необходимо квалифицировать дефект и оценить степень утраты той или иной функции организма.

Важнейшим направлением в эргономике является разработка технических средств корреляции ослабленных функций – коррективная эргономика. Средства коррекции предусматривают повышение возможностей ослабленной функции путем специальных мер. Эти средства универсальны, но не связаны с особенностями конкретной деятельности. Для многих других видов нарушений используются специальные средства – различного рода приспособления на рабочих местах, корректирующие ту или иную ослабленную функцию.

Другое направление связано с коренной перестройкой самого процесса труда и с проективным эргономическим подходом организации самой деятельности для лиц с ограниченными трудовыми возможностями.

Проективный подход предполагает перестройку всего процесса труда, сохраняя лишь его цель и результаты деятельности.

При проектировании среды для лиц пожилого возраста необходимо учитывать как функциональные особенности организма, так и ценностные ориентации личности.

Для активизации общения лиц пожилого возраста и инвалидов необходимо предусматривать соответствующее оборудование зон отдыха. Физиологические особенности пожилого организма требуют обращения особого внимания на комфортность сидений для отдыха. Сиденья рекомендуется делать из мягкого материала или дерева. Сиденье не должно иметь большой наклон назад и должно быть удобным по высоте для подъема и вставания.

В интерьерах, предусмотренных для использования инвалидами, должны соблюдаться все строительные нормы для физически ослабленных людей. Знаки визуальной коммуникации должны позволять людям легко ориентироваться в пространстве, определять местонахождение учреждений обслуживания, обозначать входы в здание, его функциональное назначение, информировать об услугах и способствовать выбору кратчайших путей для передвижения.

2. Особенности эргономики жилого помещения для пожилых людей и инвалидов

Инвалиды и пожилые люди зачастую не в состоянии свободно ориентироваться в окружающей среде без специального учета их специфических нужд и особенностей. В организме людей происходят как возрастные изменения, так и функциональные нарушения, которые связаны с врожденными или приобретенными дефектами, перенесенными травмами и заболеваниями. В связи с этим людям становится сложно пользоваться общественным транспортом, полноценно выполнять производственные обязанности, активно участвовать в культурных и спортивных мероприятиях, пользоваться оборудованием в собственном жилище и общественных местах. Эта категория населения утрачивает возможность свободного сочетания индивидуальных интересов с общественными. Встает проблема функциональной и структурной адаптации окружения для предотвращения ограничения общения и возможностей перемещения инвалидов и престарелых. Эргономика вносит свой вклад в разработку научно-обоснованных рекомендаций по реабилитации лиц с пониженной трудоспособностью, формирование среды, не создающей препятствий в жилом помещении, на рабочем месте, в общественных местах, учреждениях обслуживания, а также улучшение путей коммуникаций.

Учет специфических особенностей этой категории населения – важный фактор в социально-экономических мероприятиях по организации труда, планированию городской среды и жилищному строительству, а также при производстве промышленных изделий.

В контексте решения этих задач формируется одно из направлений эргономики: изучение психофизиологических возможностей и особенностей различных категорий инвалидов и пожилых людей и создание методики учета полученных данных при проектировании оборудования для общественных, административных и жилых зданий, рабочих мест, орудий труда и промышленных изделий.

Пожилая категория населения утрачивает возможность свободного сочетания индивидуальных интересов с общественными. Общее физическое ослабление провоцирует различные старческие комплексы: боязнь оказаться одиноким и тягу к общению с себе подобными, чувство беспомощности и беззащитности, неуверенности при перемещениях, болезненно обостренное чувство шума, вибрации, блеска, скопления людей, повышенную критику и т.п. Многие из инвалидов живут, не выходя из своих обиталищ, а некоторые перемещаются только на инвалидных колясках.

Довольно большой процент людей лишен возможности нормально жить и передвигаться в квартирах, где им трудно пользоваться туалетом, подниматься по лестницам, наконец, просто въехать в подъезд своего дома. В коляске нельзя проехать по тротуару и въехать в магазин, поскольку повсюду встречаются препятствия в виде высоких бордюрных камней, лестниц, порогов, распашных дверей, крутых пандусов.

Пример: В городских автобусах только недавно появились приспособления (откидные пандусы) для подъема в салон инвалида в коляске, а в магазинах и общественных зданиях оснащенные фотоэлементами раздвижные стеклянные двери.

Па́ндус (фр. pente douce – пологий скат), также рампа – прямоугольная или криволинейная в плане пологая наклонная площадка, соединяющая две разновысоких горизонтальных поверхности, обычно для обеспечения перемещения колёсных транспортных средств с одной на другую. Для инвалидных колясок производятся пандусы алюминиевые, снабженные противоскользящими накладками и рифлением.

Встает проблема функциональной и структурной адаптации окружения для предотвращения ограничения общения и возможностей перемещения инвалидов и престарелых. Эргономика вносит свой вклад в разработку научно-обоснованных рекомендаций по реабилитации лиц с пониженной трудоспособностью, формирование среды, не создающей препятствий в жилом помещении, на рабочем месте, в общественных местах, учреждениях обслуживания, а также улучшение путей коммуникаций.

Решения этих проблем эргономикой – это изучение психофизиологических возможностей и особенностей различных категорий инвалидов и пожилых людей и создание методики учёта, полученных данных при проектировании оборудования для общественных, административных и жилых зданий, рабочих мест, орудий труда и промышленных изделий.

Общество понимает необходимость поддержки стариков, ибо всем известно, что участь старения ожидает каждого. Старение – это результат

биологических и социальных изменений. Старение не болезнь, которая может быть вылечена, это процесс, который отличается усилением болезней, неспособности и физических ограничений.

Поэтому страны в меру своей цивилизованности и осознания проблемы осуществляют создание и содержание центров по поддержке инвалидов и престарелых, а также специализированных для них жилищ.

Примером удачного архитектурно-планировочного решения таких комплексов, функционально состоящих из компактных или рассредоточенных объектов общественных служб, медицинского обслуживания, жилых помещений. Предпочтительны одноэтажные здания в нулевом уровне, обеспечивающие удобство перемещения, связь с природой, психологически благоприятные визуальные впечатления.

В организации внутреннего пространства актуальной остается задача удобного и безопасного перемещения, в т. ч. и для инвалидов-колясочников. Необходимо позаботиться об устранении строительных барьеров. Жилище для пожилых людей приобретает особое значение, так как окружающая среда часто является сложной и недоброжелательной. Уединение и независимость – важные критерии для проектирования жилища для пожилых людей, а также жилых районов, клубов здоровья, парков.

При выборе цветового решения интерьеров рекомендуется учитывать эффект лучшего распознавания объектов красного и желтого цветов на ахроматическом фоне, а ахроматических объектов – на синем и желтом фоне.

Антропометрическая информация о пожилых людях очень скудна. Из имеющейся информации можно сделать следующие выводы:

– Пожилые люди обоих полов ниже, чем молодые. Есть и интересная версия о том, что люди невысокого роста с меньшим весом живут дольше.

– Границы досягаемости у пожилых людей меньше, чем у молодых. Пределы досягаемости у пожилых очень разнятся в зависимости от того, болеют ли они артритом или другими заболеваниями суставов. Особенно это касается максимального вертикального захвата.

3. Особенности эргономики при организации рабочего места для людей с различными нарушениями

В процессе производственной деятельности в системе «человек–машина–окружающая среда» самым уязвимым элементом является именно человек. Искусственная среда, химический состав воздуха, ускорения, шум и вибрации – все это негативно влияет на самочувствие человека, вызывая у него как скрытое утомление, так и переутомление. Поводом для особого беспокойства является травматизм на предприятиях.

Травмы возникают в результате многократно повторяющихся движений, перенапряжения.

Пример: Профессиональные заболевания, кумулятивная травма (накопляемая) – развивается постепенно в течение долгого времени в результате трудовой деятельности.

Например, в строительстве самые распространённые профессиональные заболевания: остеохондроз, артроз, радикулит, ревматизм.

На физическое и психические состояние людей на производстве, влияют и стрессовые ситуации. Перечислим факторы, влияющие на создание стрессовой ситуации:

– среда (социальное и физическое окружение на работе и в свободное время);
– стоящая задача (нагрузка, темп работы);
– организационные факторы (стиль руководства);
– индивидуальные факторы (личностные качества).

В эргономике работоспособность рассматривается, как потенциальная возможность человека выполнять трудовую деятельность в течение заданного времени и с заданной эффективностью.

Направления эргономической работы по организации труда инвалидов и престарелых определяются двумя принципами:

• использованием имеющихся ресурсов работоспособности;
• поиском путей повышения работоспособности.

Для реализации этой работы необходимо квалифицировать дефект и оценить степень утраты той или иной функции организма.

Многие инвалиды могут хорошо выполнять свою работу. Все большее количество фирм понимают важность использования труда инвалидов, составляют подробные перечни физических требований, необходимых для выполнения каждой работы на их предприятии.

Для создания комфортной среды, позволяющей инвалидам и престарелым чувствовать себя комфортно и безопасно, необходимо соблюдение требования к параметрам внешней и внутренней среды, удовлетворяющей условиям рассматриваемой социальной группы.

Приведем некоторые из них:

При проектировании путей эвакуации инвалидов следует исходить из того, что эти пути должны соответствовать требованиям обеспечения их доступности и безопасности для передвижения инвалидов.

Все здания и сооружения, которыми могут пользоваться инвалиды, должны иметь не менее одного доступного для них входа, который при необходимости должен быть оборудован пандусом или другим устройством, обеспечивающим возможность подъема инвалида на уровень входа в здание, его первого этажа или лифтового холла.

Во всех зданиях, помещения которых расположены выше первого этажа и предназначены для пользования инвалидами на креслах-колясках, следует предусматривать лифты, кабины которых должны иметь размеры, не менее: ширину – 1,1м; глубину – 1,5м; ширину дверного проема – 0,85м.

В туалетах общего пользования, включая туалеты в общественных зданиях, следует предусматривать не менее одной кабины шириной не менее

1,65 м и глубиной не менее 1,8 м для инвалидов, пользующихся при передвижении креслами-колясками и другими приспособлениями.

Двери из санитарно-гигиенических кабин и помещений для инвалидов должны открываться наружу.

Ручки, рычаги, крапы, кнопки электрических выключателей и различных аппаратов, электрические розетки, отверстия торговых, билетных и т.п. автоматов и прочие устройства, предназначенные для обслуживания инвалидов и престарелых, следует располагать на высоте не более 1 м от уровня пола и на расстоянии не менее 0,4 м от боковой стены помещения.

При проектировании жилых, общественных, производственных и транспортных зданий и сооружений следует учитывать возможности использования их инвалидами, в том числе передвигающимися с помощью кресел-колясок или других вспомогательных средств и приспособлений.

4. Требования эргономики к городской среде, учитывающей нужды пожилых людей и инвалидов

При проектировании среды для лиц пожилого возраста необходимо учитывать как функциональные особенности организма, так и ценностные ориентации личностей (социально-психологический аспект).

Люди старшей возрастной группы обладают различной степенью активности:

• нулевая – сохранены только биологические потребности;

• слабовыраженная – осуществление доступного самообслуживания;

• низкая активность – жизнь в мире прошлых переживаний, чтение, просмотр телепередач, случайные общественные контакты;

• средняя активность – досуговая деятельность без участия в трудовой и общественной деятельности;

• относительно сохранная активность – стремление к активному образу жизни, к сохранению трудовой активности.

Зоны отдыха и развлечений могут служить для возникновения социальных контактов, развлечений, укрепления здоровья, наблюдения за окружающей жизнью.

В этом случае необходимо принимать во внимание комфорт и удобство оборудования мест отдыха (комфортабельные сиденья, удобство для разговоров, защита от атмосферных осадков или солнца – навесы), а также организация подводящих к ним путей, пешеходных дорожек (замощение нескользкое и неблестящее, размеры, угол уклона, отсутствие перепадов).

Ступени, пандусы и подходы к местам пересечения с транспортом должны быть четко обозначены, для этого может быть использовано отличие в цвете замощения или в его текстуре. Особое значение имеет время изменения сигнала светофора, а также его звуковое сопровождение.

Физиологические особенности пожилого организма требуют обращения особого внимания на комфортность сидений для отдыха. Конечно

же, комфортные сиденья значительно лучше плоских скамей, на которых люди устают сидеть продолжительное время.

Знаки визуальной коммуникации должны позволять людям легко ориентироваться в пространстве, определять местонахождение учреждений обслуживания, обозначать входы в здание, его функциональное назначение, информировать об услугах и способствовать выбору кратчайших путей для передвижения.

Общие требования к знакам коммуникации:

• знаки должны быть разборчивыми и легко воспринимаемыми;

• знаки должны представлять систему с общим характером рисунка и соблюдением иерархии;

• для лиц с плохим зрением могут быть использованы знаки с выпуклыми буквами, размещаемые на высоте 1,5 м над уровнем замощения, чтобы их можно было потрогать рукой;

• висящие знаки должны находиться на высоте 2–2,1 м от поверхности земли для обеспечения безопасности;

• буквы должны быть простыми по начертанию, без усложняющих элементов;

• лучше всего читаются белые буквы и знаки на темно-синем или черном фоне, не дающем блеска;

• знаки для того, чтобы быть легко различимыми вечером, должны быть оборудованы светильниками.

Предупреждающую информацию для людей с полной и частичной потерей зрения о приближении к препятствиям (лестницам, пешеходному переходу, окончанию островка безопасности и пр.) следует обеспечивать изменением фактуры поверхностного слоя покрытия дорожек и тротуаров, направляющими рельефными полосами и яркой контрастной окраской.

На путях движения пешеходов, в общественных местах, на дорогах, улицах и площадях, особенно на перекрестках и парках, на станциях и остановках общественного транспорта следует устанавливать информационные указатели, предупреждающие инвалидов о строительных барьерах, а при необходимости и об имеющихся опасностях.

Эргономические исследования и разработки – неотъемлемая часть реабилитации инвалидов, которая представляет процесс, целью которого являются профилактика инвалидности в период лечения, заболевания и помощь больным в достижении максимальной физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности, на которую они будут способны при том или ином заболевании.

Рекомендуемая для изучения литература

1. Марченко, О. К. Основы физической реабилитации : учеб.для студентов вузов / О. К. Марченко. – Киев : Олимп. лит., 2012. – 527 с.

2. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре : учеб. для образовательных учреждений высшего профессионального образования, осуществляющих образовательную деятельность по направлениям 034300 – Физ. культура и 034400 – Физ. культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (АФК) / под общ. ред. С. П. Евсеева. – М. : Совет.спорт, 2013. – 386 с.

3. Доступная среда для инвалидов : справ. пособие / сост. Е. М. Шевко, С. Е. Дроздовский. – Мозырь : ММООО РАИК, 2014. – 36 с.

4. Калмет, Х. Ю. Жилая среда для инвалида / Х. Ю. Калмет, Х. Ю. – М. : Стройиздат, 1990. – 78 с.

5. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями / под ред. А. Н. Беловой, О. И. Щепотовой. – М. : Антидор, 1998. –Т. 1. – С. 25-88, 144-183.

Тема 1. СОЦИАЛИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ И ФАКТОРЫ, НА НЕЕ ВЛИЯЮЩИЕ

Лекция 1

План лекции

1. Конвенция о правах инвалидов. Основные положения.
2. Модели инвалидности. Различия медицинской и социальной модели инвалидности.
3. Движение за независимый образ жизни инвалидов.

1. Конвенция о правах инвалидов. Основные положения.

Конвенция ООН о правах инвалидов, принятая резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года и закрепляющая основные права и свободы личности по отношению к людям с инвалидностью – первый всеобъемлющий договор в области прав человека XXI столетия. Конвенция знаменует собой «смену парадигмы» в том, что касается отношения и подходов к инвалидам.

Конвенция изменяет само понимание инвалидности, признавая, что инвалидность – эволюционирующее понятие. Она является «результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими». Таким образом, в Конвенции признается, что человек является инвалидом не только в силу имеющихся у него ограничений, но и по причине тех барьеров, которые существуют в обществе. Отношение общества к инвалидам показывает уровень готовности – как государства, так и отдельных граждан – идти по пути развития демократии и уважения прав человека. Ратификация Конвенции знаменует намерение государства создавать материальную среду для полноценной жизни инвалида – полноправного члена общества, развивать систему инклюзивного образования.

Конвенция о правах инвалидов и Факультативный протокол вступили в силу для Республики Беларусь 29 декабря 2016 года.

Руководящие принципы Конвенции

Есть восемь руководящих принципов, которые лежат в основе Конвенции и каждого из ее конкретных статей:

a. Уважение достоинства, присущего человеческой личности, личная самостоятельность, включая свободу делать свой собственный выбор, и независимости лиц

b. Недопущение дискриминации

c. Полная и эффективная интеграция в общество

d. Уважение различий и принятие инвалидов как части человеческого многообразия и гуманности

e. Равенство возможностей

f. Доступность

g. Равенство между мужчинами и женщинами

h. Уважение развивающихся способностей детей-инвалидов и уважение права детей-инвалидов сохранять свою индивидуальность

Основное предназначение конвенции заключается в том, чтобы детально разработать права инвалидов и выработать пути их реализации.

Страны, которые присоединились к Конвенции, должны сами заниматься разработкой и осуществлением политики, законов и административных мер для обеспечения прав, закрепленных в Конвенции и отмены законов, постановлений, обычаев, являющихся дискриминационными (статья 4).

Изменение восприятия самого понятия инвалидности имеет важное значение для улучшения положения инвалидов, ратификации Конвенции странами в целях борьбы со стереотипами и предрассудками, а также повышения осведомленности о возможностях людей с инвалидностью (статья 8).

Страны должны гарантировать, что инвалиды пользуются их неотъемлемым правом на жизнь наравне с другими (статья 10), а также обеспечение равных прав и улучшение положения женщин и девочек-инвалидов (статья 6) и защитой детей-инвалидов (статья 7).

Дети-инвалиды должны иметь равные права, не должны быть разлучены со своими родителями против их воли, за исключением случаев, когда органы социальной защиты установят, что это отвечает наилучшим интересам ребенка, и ни в коем случае не должны быть отделены от своих родителей, на основании инвалидности ребенка или родителей (статья 23).

Страны должны признать, что все люди равны перед законом, в целях запрещения дискриминации по признаку инвалидности и гарантируют равную правовую защиту (статья 5).

Страны должны обеспечить равные права на владение и наследование имущества, контролировать финансовые дела и иметь равный доступ к банковским ссудам, ипотечным кредитам (Статья 12). Равноправие заключаются в обеспечении доступа к правосудию на равной основе с другими лицами (статья 13), инвалиды имеют право на свободу и безопасность, и не лишаться свободы незаконно или произвольно (статья 14).

Страны должны защищать физическую и психическую неприкосновенность лиц с инвалидностью, как и для всех остальных (статья 17), гарантировать свободу от пыток и от жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания, а также запретить медицинские или научные эксперименты без согласия самих инвалидов или их опекунов (статья 15).

Законы и административные меры должны гарантировать свободу от эксплуатации, насилия и надругательства. В случае злоупотреблений,

государства должны содействовать восстановлению, реабилитации и реинтеграции жертв и расследованию злоупотреблений (ст. 16).

Лица с ограниченными возможностями, не могут быть объектом произвольного или незаконного вмешательства в их личную жизнь, семейную жизнь, неприкосновенность жилища, переписки или общения. Конфиденциальность их личной, медицинской и реабилитационной информации должна быть защищена так же как и других членов общества (статья 22).

Отвечая на фундаментальный вопрос о доступности физической среды (статья 9), Конвенция требует от стран мероприятий по выявлению и устранению препятствий и барьеров, а также обеспечить, чтобы лица с ограниченными возможностями могли получить доступ к транспорту, общественным помещениям и услуга м, а также информационным и коммуникационным технологиям.

Инвалиды должны иметь возможность жить самостоятельно, должны быть включены в общественную жизнь, выбирать, где и с кем жить и иметь доступ к жилью и сфере услуг (статья 19). Персональная мобильность и независимость должны быть обеспечено путем содействия личной мобильности, обучение навыкам мобильности и доступа к свободе передвижения, вспомогательным технологиям и помощи в бытовых вопросах (статья 20).

Страны признают право на достаточный жизненный уровень и социальную защиту. Это включает в себя государственное жилье, услуги и помощь по инвалидности, связанной с потребностями, а также с помощью связанных с инвалидностью расходов, в случае бедности (статья 28).

Страны должны содействовать доступу к информации путем предоставления информации, предназначенной для широкой общественности, в доступных форматах и с использованием технологий, путем содействия использованию азбуки Брайля, языка жестов и других форм коммуникации и поощрения средств массовой информации и Интернет-провайдеров сделать он-лайн информацию в доступных форматах (статья 21).

Дискриминация, касающаяся брака, семьи и личных отношений должны быть ликвидированы. Инвалиды должны иметь равные возможности для отцовства и материнства, вступления в брак и право основывать семью, принимать решение о количестве детей, иметь доступ к услугам в области репродуктивного здоровья и планирования семьи, образования, а также пользоваться равными правами и обязанностями в отношении опекунства, попечительства, опеки и усыновления детей (статья 23).

Государства должны способствовать обеспечению равного доступа к начальному и среднему образованию, профессиональному обучению, образованию для взрослых и обучению в течение всей жизни. Образование должно осуществляться с применением соответствующих материалов, методов и форм общения. Учащиеся, нуждающиеся в мерах поддержки и ученики со слепотой, глухотой и глухонемотой должны получать образование в наиболее подходящих формах общения с учителями, которые свободно

владеют сурдопереводом и шрифтом Брайля. Образование инвалидов должно способствовать их участию в жизни общества, сохранению их чувства достоинства и самоуважения и развитие их личности, способностей и творчества (статья 24).

Инвалиды имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности. Они должны получать тот же спектр, качество и уровень бесплатных или недорогих медицинских услуг, предусмотренных другим лицам, получать услуги в сфере здравоохранения необходимо по причине их инвалидности, а не подвергаться дискриминации при предоставлении медицинского страхования (статья 25).

Для того чтобы инвалиды могли достичь максимальной независимости страны должны обеспечить всестороннюю медицинскую помощь и реабилитационные услуги в области здравоохранения, занятости и образования (статья 26).

Инвалиды имеют равные права на работу и могут зарабатывать себе на жизнь. Страны должны запрещать дискриминацию в рабочих вопросах, связанных с содействием самозанятости, предпринимательству и организации собственного бизнеса, найме инвалидов в государственном секторе, содействовать их трудоустройству в частном секторе, а также обеспечить, чтобы они предоставлялись с разумным удалением места проживание от места работы (статья 27).

Страны должны обеспечить равное участие в политической и общественной жизни, в том числе право голоса, право баллотироваться на выборах и занимать определенные должности (статья 29).

Страны должны способствовать участию в культурной жизни, организации досуга, отдыха и спорта, обеспечивая предоставление телевизионных программ, фильмов, театральных и культурных материал в доступной форме, сделав театры, музеи, кинотеатры и библиотеки доступными, и гарантировать, что инвалиды имеют возможность развивать и использовать свой творческий потенциал не только для своего блага, но и для обогащения общества (ст. 30).

2. Модели инвалидности. Различия медицинской и социальной модели инвалидности

Под моделью инвалидности подразумевается то, как понимают инвалидность сами инвалиды и общество в целом. Модель нужна для выработки подходов в решении проблем инвалидности и формирования социальной политики в отношении инвалидов.

Выделяют медицинскую модель инвалидности, социальную модель, политико-правовую модель и модель культурного плюрализма.

Медицинская модель инвалидности (медицинский подход). Эта модель исходит из определения медицинской патологии, согласно которой инвалид – это лицо, имеющее те или иные нарушения. Медицинская модель утверждает, что люди являются инвалидами, т.к. они имеют ту или иную патологию,

нуждаются в посторонней помощи и уходе, зависимы от окружающих. Эта модель исходит из ведущей роли медицины в лечении заболевания или дефекта, рассматривая инвалида как пациента.

С точки зрения медицинской модели люди являются инвалидами, потому что они не могут выполнять привычные функции: ходить, слышать, видеть, говорить и т.д. Инвалиды всегда больны, они вечные пациенты. Они не подпадают под определение «нормы» и поэтому:

- не могут работать,
- не могут посещать обычные учебные заведения,
- не должны иметь семью,
- являются иждивенцами и обузой для общества.

Если людей с инвалидностью воспринимать через призму медицинской модели, то они просто не являются частью жизни общества.

Реабилитация инвалидов рассматривается исключительно с одной стороны – со стороны восстановления трудовых возможностей. В этой связи в общественном сознании понятия «инвалидность» и «нетрудоспособность» воспринимаются как равнозначные и взаимозаменяемые термины, что на самом деле неверно.

Решение проблем инвалидности мед. модель видит в диагностике, лечении, реабилитации, профилактике.

Отрицательным в медицинской модели является формирование стереотипов в отношении инвалидов. Таким образом, человек с инвалидностью лишается социальной значимости. Инвалид и его семья не имеют права выбора и самоопределения, не могут влиять на решение собственных проблем. Однако медицинские мероприятия не в состоянии изменить положения в целом, т.к. многие заболевания и нарушения, приводящие к инвалидности, являются не излечимыми.

Социальная модель инвалидности представляет собой альтернативу медицинскому подходу. Если с точки зрения мед. модели человек является инвалидом потому, что у него есть те или иные нарушения, то с точки зрения социальной модели, человек – инвалид потому, что в обществе не созданы условия для его нормальной полноценной жизни, потому, что существуют барьеры, которые изолируют людей с инвалидностью, не позволяют им нормально функционировать. С точки зрения соц. модели люди являются инвалидами:

- из-за барьеров окружающей среды, недоступного жилья, недоступного транспорта;
- из-за отсутствия доступа к информации и общению;
- из-за отсутствия доступа в обычные школы и вузы;
- из-за того, что им не предоставлены равные возможности получения работы;
- из-за негативного отношения общества к людям с инвалидностью.

Социальная модель была разработана самими инвалидами и позволяет взглянуть на инвалидность с другой точки зрения, более позитивной.

Социальная модель признает, что люди с инвалидностью, как и все другие, время от времени нуждаются в медицинской помощи. Однако, эта модель говорит, что их не надо рассматривать как объекты медицинского вмешательства. Важным здесь считается привлечение самих инвалидов к решению их проблем.

Таким образом, мед. модель гласит, что изменять надо самих инвалидов, а социальная модель говорит, что надо изменять отношение общества к таким людям.

В последнее время получила распространение «политико-правовая» модель инвалидности. В соответствии с ней люди, имеющие инвалидность, рассматриваются как социальное меньшинство, права и свободы которого ущемляются посредством внешних ограничений: недоступностью архитектурной среды, замкнутым кругом общения, ограниченным доступом ко всем сферам жизни общества, к информации и средствам коммуникации, культуре и спорту.

Данная модель предлагает следующий подход к решению проблем инвалидности: равные права человека, имеющего инвалидность, должны быть закреплены законодательством, реализованы через стандартизацию положений и правил во всех сферах жизнедеятельности человека и обеспечены равными возможностями, создаваемыми социальной структурой. Эта модель инвалидности ориентирует общество на защиту прав инвалидов точно так же, как подобное отношение должно быть гарантировано всем гражданам.

Модель культурного плюрализма рассматривает каждого человека с точки зрения его уникальности, как личность, имеющую положительное значение для общества. Инвалидность трактуется как культурное отличие наравне с цветом кожи, вероисповеданием, традициями. Основной акцент здесь делается на понятии равенства: все аспекты жизни общества должны быть одинаково доступны для всех его членов вне зависимости от их отличий от других.

3.Движение за независимый образ жизни инвалидов

Движение независимой жизни – это социальное движение, которое проповедует философию самоопределения, самоорганизации, самопомощи инвалидов, выступает за их гражданские права и улучшение качества жизни.

Это движение возникло во Франции в 1962г., когда впервые студенты с инвалидностью объединились вместе для того, чтобы отстаивать свое право на самоопределение и независимую жизнь. В 1972г. была создана подобная организация в США – это знаменитый центр независимой жизни в Беркли, куда входят люди с различной формой инвалидности. В настоящее время такие организации есть во многих странах Европы, Азии, Америки и Африки.

Концепция независимой жизни рассматривает проблемы человека с ограниченными возможностями здоровья в свете его гражданских прав и ориентируется на устранение социальных, экономических, психологических и др. барьеров. Согласно идеологии независимой жизни инвалиды составляют часть общества и должны жить там же, где и здоровые люди. Они должны иметь право на свой дом, право жить в своей семье вместе со здоровыми ее членами, право получать образование в общей школе со здоровыми детьми, иметь оплачиваемую работу. Материальное обеспечение инвалидов должно быть таким, чтобы они чувствовали себя независимыми и были обеспечены всем, что может предложить им общество.

Независимая жизнь – это возможность самостоятельно определять стиль своей жизни, принимать решения и управлять жизненными ситуациями. Инвалиды имеют право на уважение, на самостоятельный выбор места работы и вида отдыха, право свободного перемещения (ездить в городском транспорте, летать самолетами и т.д.), право обходиться без посторонней помощи в осуществлении жизнедеятельности или свести эту помощь к минимуму, право участвовать в социальной и политической жизни общества.

Независимая жизнь означает право и возможность самим выбирать, как жить, что делать, куда пойти, с кем встречаться, право выполнять различные социальные роли. Философия независимой жизни ориентирует человека с инвалидностью на то, что он ставит перед собой такие же задачи, как и любой другой член общества.

Предрасполагающими факторами к зарождению движения независимой жизни послужили развитие социальной работы и формирование нового социального направления реабилитации инвалидов. Обеспечение инвалидов пенсиями и пособиями, различными услугами (помощь на дому), техническими средствами реабилитации способствовало тому, что инвалиды могли покинуть интернаты и больницы и проживать в своих семьях.

Другой важной предпосылкой развития Движения независимой жизни стали создаваемые общественные организации инвалидов. Эти организации оказывали поддержку своим членам, помогали трудоустроиться, обеспечивали жильем, в котором инвалиды могли проживать небольшими группами самостоятельно, при минимальной помощи социальных работников.

Различие концепций медицинского (традиционного) подхода и независимого образа жизни

Параметры жизни	**Медицинский подход**	**Независимый образ жизни**
Определение проблемы инвалидности	Ухудшение физического (психического) состояния, отсутствие профессиональных навыков	Зависимость от других – специалистов, родственников и т.д.
Фокус внимания	На инвалиде	На окружающей среде

Решение проблемы	Лечение, реабилитация, вмешательство специалистов.	Устранение барьеров, поддержка равных, самопомощь, контроль потребителя
Социальная роль	Пациент / клиент	Потребитель
Осуществление контроля	Профессионалом (врачом, специалистом по реабилитации, социальным работником)	Потребителем
Желаемый исход, результат	Максимальный уровень излечения, восстановления; трудоустройство	Полноценная и независимая жизнь в обществе

Таким образом, сторонники **модели независимой жизни** считают, что инвалиды должны быть независимы в выборе своего поведения и места в жизни, но при этом общество обязано предоставить возможность такого выбора. Общественное устройство, общественная инфраструктура должны быть нацелены на то, чтобы люди с **различным состоянием здоровья**, а также физическим, физиологическим и психологическим состоянием могли беспрепятственно реализовывать свои права. Окружающие, в том числе и работники социальной сферы, играют больше роль консультантов, как для самих инвалидов, так и для организаций, определяющих их жилую среду и жизненные условия. Другими словами, инвалиды в этой модели выступают не только как объекты оказания социальной помощи, но и как субъекты социально защитной деятельности.

Рекомендуемая для изучения литература

1. Дубровский, В. И. Физическая реабилитация инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья : учеб. для студентов высш. учеб. и сред. проф. учеб. заведений по специальностям 022500 – «Физ. культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья»; 0323 – «Адаптив. физ. культура» / В. И. Дубровский, А. В. Дубровская. – М.: БИНОМ, 2010. – 414 с.

2. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями / под ред. А. Н. Беловой, О. И. Щепотовой. – М. : Антидор, 1998. –Т. 1. – С. 25-88, 144-183.

3. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями / под ред. А. Н. Беловой, О. И. Щепотовой.– М. : Антидор, 1999. – Т.2. – С. 119-246.

Тема 1. СОЦИАЛИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ И ФАКТОРЫ, НА НЕЕ ВЛИЯЮЩИЕ

Лекция 2

План лекции

1. Понятие социализации.
2. Факторы и средства социализации.
3. Понятие «интеграция», «инклюзия». Отличительные особенности.
4. Культура общения с инвалидами. Язык и этикет.

1. Понятие социализации

Основываясь на субъект-субъектном подходе, социализацию можно трактовать как развитие и самоизменение человека в процессе усвоения и воспроизводства культуры, что происходит во взаимодействии человека со стихийными, относительно направляемыми и целенаправленно создаваемыми условиями жизни на всех возрастных этапах.

Сущность социализации состоит в сочетании приспособления и обособления человека в условиях конкретного общества.

Приспособление – процесс и результат встречной активности субъекта и социальной среды (Ж.Пиаже, Р.Мертон). Приспособление предполагает согласование требований и ожиданий социальной среды по отношению к человеку с его установками и социальным поведением и т.п. Оно предполагает согласование самооценок и притязаний человека с его возможностями и с реальностями социальной среды.

Таким образом, приспособление – это процесс и результат становления индивида социальным существом.

Обособление – процесс автономизации человека в обществе. Другими словами, *обособление – это процесс и результат становления человеческой индивидуальности.*

Из сказанного следует, что в процессе социализации заложен внутренний, до конца не разрешимый, конфликт между мерой приспособления человека к обществу и степенью обособления его в обществе. Другими словами, эффективная социализация предполагает определенный баланс приспособления и обособления.

Изложенное понимание сущности социализации справедливо в рамках субъект-субъектного подхода. В рамках субъект-объектного подхода сущность социализации трактуется только как адаптация человека в обществе, как процесс и результат становления индивида социальным существом.

Социализация человека в современном мире, имея более или менее явные особенности в том или ином обществе, в каждом из них обладает рядом общих или сходных характеристик. О них и пойдет речь дальше.

Составляющие процесса социализации

В целом процесс социализации человека условно можно представить как совокупность четырех составляющих:

– *стихийной социализации* в процессе стихийного взаимодействия человека с обществом и стихийного влияния на него различных, обычно разнонаправленных, обстоятельств жизни;

– *относительно направляемой социализации* в процессе и результате влияния со стороны государства на обстоятельства жизни тех или иных категорий граждан;

– *относительно социально контролируемой социализации* в процессе планомерного создания обществом и государством условий для воспитания человека;

– более или менее сознательного *самоизменения* человека.

Стихийная социализация

Стихийная социализация происходит на протяжении всей жизни человека в процессе его стихийного взаимодействия с обществом. Конкретный человек взаимодействует не с обществом в целом, а с различными его сегментами. В качестве таких сегментов могут выступать весьма различные многочисленные и совсем не рядоположные феномены: семья, родственники, соседское окружение, группы сверстников, поселенческие общности (односельчане, жители одного микрорайона в городе), земляки в ситуации отрыва от постоянной среды обитания (в армии, в местах лишения свободы и пр.), соученики, профессиональные группы, объединения по интересам и политическим взглядам, группы временного пребывания (в больнице, в местах проведения отдыха и пр.), ситуативные общности (в поезде, в театре, на стадионе, в бассейне и пр.).

В зависимости от возраста, пола, индивидуальных особенностей, места жительства, этноконфессиональной и социокультурной принадлежности человека набор сегментов общества, с котоыми он взаимодействует, существенно различается по количеству и специфическим особенностям.

Но в любом случае взаимодействие имеет неорганизованный, нередко спонтанный характер. Оно регулируется набором ценностей, норм, обычаев, нравов, неформальных санкций и т.п. средств. Причем даже когда речь идет о взаимодействии в рамках каких-либо организаций, стихийная социализация в них все равно происходит наряду с относительно социально контролируемой социализацией (о чем речь будет идти в ряде разделов в дальнейшем).

Стихийная социализация протекает как *в избирательном взаимодействии* человека с теми или иными сегментами общества, так и *в случае обязательного взаимодействия* с какими-либо сегментами (например, в школе, в армии, в фирме и пр.), а также и *в ситуации принудительного взаимодействия* с некоторыми сегментами (например, в тюрьме).

Относительно направляемая социализация

Относительно направляемая социализация человека происходит в процессе и в результате его взаимодействия с государством и

государственными органами и организациями, которые в совокупности осуществляют управление обществом.

Термин «относительно направляемая социализация» определяет деятельность государства, направленную на реализацию им своих функций, которая объективно оказывает или может оказывать влияние на жизненный путь граждан, принадлежащих к тем или иным половозрастным, социокультурным, этноконфессиональным и иным слоям населения.

Относительно направляемая социализация происходит в рамках государства и в рамках составляющих его административных единиц.

Относительно направляемая социализация отличается от стихийной и относительно социально контролируемой, как минимум, двумя признаками.

Во-первых, стихийная социализация происходит во взаимодействии человека с обществом в целом и с его отдельными сегментами (о чем шла речь выше), в том числе и с государством и государственными организациями как сегментами общества.

Относительно направляемая социализация человека происходит в процессе взаимодействия с государством и государственными организациями как структурами, осуществляющими управление обществом и его гражданами.

Во-вторых, стихийная социализация имеет непреднамеренный характер, а относительно направляемая определяется государственной политикой и законодательством, а также их реализацией в социальной практике государства, его административных субъектов и муниципальных образований.

Относительно социально контролируемая социализация

Относительно социально контролируемая социализация – воспитание, которое можно определить как относительно осмысленное и целенаправленное взращивание человека в соответствии со спецификой целей организаций и групп, в которых оно осуществляется.

Воспитание человека осуществляется в процессе его взаимодействия в нескольких сегментах общества.

Во-первых, воспитание осуществляется в семье, т.е. имеет место *семейное воспитание.*

Во-вторых, воспитание осуществляется религиозными организациями, т.е. имеет место *религиозное воспитание.*

В-третьих, воспитание осуществляется государством и обществом в специально создаваемых для этого многочисленных, разнопрофильных организациях (от яслей и школы до вузов и курсов переподготовки), в которых реализуется *социальное воспитание.*

В-четвертых, воспитание происходит в криминальных и тоталитарных политических и квазирелигиозных сообществах. В этом случае мы имеем дело с *диссоциалъным или контрсоциальным воспитанием.*

В-пятых, существуют различные типы *коррекционного воспитания* (от адаптации детей с аутизмом к условиям проживания до перевоспитания правонарушителей).

2 Факторы и средства социализации

В словарях фактор определяется как одно из необходимых действующих условий того или иного процесса. Говоря о процессе социализации человека, необходимо рассмотреть, в каких условиях он происходит. Есть разные подходы к выделению условий социализации и их классификации.

Условия, или факторы, социализации в обобщенном виде можно объединить в четыре группы.

Первая – *мегафакторы* (мега – очень большой, всеобщий) – космос, планета, мир, которые в той или иной мере прямо, а в основном через другие группы факторов влияют на социализацию всех жителей Земли.

Вторая – *макрофакторы* (макро – большой) – страна, этнос, общество, государство, которые влияют на социализацию всех живущих в определенных странах (это влияние имеет как прямой характер, так и опосредствованный двумя другими группами факторов).

Третья – *мезофакторы* (мезо – средний, промежуточный), условия социализации больших групп людей, выделяемых: по местности и виду поселения, в которых они живут (регион, село, город, поселок); по принадлежности к тем или иным субкультурам.

Мезофакторы влияют на социализацию как прямо, так и опосредствованно через четвертую группу – *микрофакторы.* К ним относятся факторы, непосредственно влияющие на конкретных людей, которые с ними взаимодействуют, – семья, соседство, группы сверстников, воспитательные организации, религиозные организации, различные общественные, государственные и частные организации, микросоциум.

Необходимо особо подчеркнуть многофакторность процесса социализации в связи с тем, что были и есть теории, абсолютизирующие один из факторов, игнорирующие или отрицающие роль многих факторов. Так, теологи старого образца единственным социализирующим фактором признавали религиозные общности. Марксизм утверждал в качестве такового класс. Ортодоксальные фрейдисты принадлежность человека к тому или другому полу рассматривают как определяющий фактор его социализации, а шовинисты всех мастей в качестве такого фактора рассматривают нацию.

В реальности социализация человека протекает во взаимодействии с огромным количеством разнообразных условий, более или менее активно влияющих на его развитие. Эти условия фактически даже не все выявлены, а из известных далеко не все изучены, выделенные выше факторы социализации также изучены в разной мере. Но и имеющиеся данные о каждом из них позволят дать их характеристику в следующем разделе, учебника.

Агенты социализации. Микрофакторы влияют на развитие человека через так называемых агентов социализации, т.е. лиц, в непосредственном взаимодействии с которыми протекает его жизнь. На различных возрастных этапах состав агентов специфичен. Так, по отношению к детям и подросткам американский исследователь Т.Барри и его сотрудники выделили несколько типов агентов социализации. Функционально, по характеру их влияния – это

опекуны, т.е. лица, осуществляющие уход за ребенком; авторитеты; дисциплинаторы и учителя-наставники. Эти функции могут совмещаться в одном лице, а могут и расходиться. По семейной принадлежности это могут быть родители, другие члены семьи (деды и бабки, тетки и дядья, братья и сестры, другие родственники и домочадцы), а также перодственники (соседи, товарищи по играм, учителя). По своему возрасту агенты социализации могут быть взрослыми, сверстниками, старшими или младшими партнерами (сиблингами, товарищами и пр.).

В юности или в молодости в число агентов входят также супруг пли супруга, коллеги по работе и пр. В зрелом возрасте добавляются собственные дети, а в пожилом – и члены их семей.

По своей роли в социализации агенты различаются в зависимости от того, насколько они значимы для человека, как строится взаимодействие с ними, в каком направлении и какими средствами они оказывают свое влияние.

Многочисленные исследования не выявили какой-либо иерархии в степени влияния и значимости агентов социализации, не зависящих от общественного строя, системы родства и структуры семьи (И. С. Кон).

Средства социализации

Социализация человека осуществляется широким универсальным набором средств, содержательно специфических для того или иного общества, социального слоя или возраста социализируемого. К ним можно отнести:

-способы вскармливания младенца и ухода за ним;

-язык и речь агентов социализации;

-формируемые бытовые и гигиенические умения и представления;

-окружающие человека продукты материальной культуры;

- элементы духовной культуры (колыбельные песни, сказки, приметы, предрассудки, обычаи, произведения литературы и искусства и др.);

-стиль и содержание общения в семье, в группах сверстников, в воспитательных и иных организациях;

-методы поощрения и наказания в семье, в группах сверстников, в воспитательных, профессиональных и иных социализирующих организациях;

- последовательное приобщение человека к многочисленным видам и типам отношений в основных сферах его жизнедеятельности: общении, игре, познании, предметно-практической и духовно-практической деятельности, спорте, а также в семейной, профессиональной, рекреационной, общественной, религиозной и прочих сферах.

Каждое общество, каждое государство, каждая социальная группа (большая или малая) вырабатывают в своей истории набор позитивных и негативных формальных и неформальных санкций – способов внушения и убеждения, предписаний и запретов, мер принуждения и давления вплоть до применения физического насилия, системы способов выражения признания, отличия, наград.

Так, формальные негативные санкции – это целый арсенал наказаний, предусмотренных предписаниями закона, а именно всякого рода предостережения, замечания, штрафы, арест, заключение, лишение

гражданских прав, конфискация имущества, смертная казнь, отлучение от церкви, наложение покаяния и т.п. Неформальные негативные санкции – это выражение удивления, насмешки, отказ подать руку, моральное порицание, отказ поддерживать товарищеские отношения, недоброжелательные сплетни и т.п.'

С помощью этих способов и мер поведение человека и целых групп людей приводится в соответствие с принятыми в данной культуре образцами, нормами, ценностями.

Виды жертв неблагоприятных условий социализации условно можно обозначить как реальные, потенциальные и латентные, которые представлены различными типами-категориями людей (по А. В. Мудрику).

Реальными жертвами неблагоприятных условий социализации могут стать инвалиды; дети, подростки, юноши, девушки с психосоматическими дефектами и отклонениями; сироты и ряд категорий детей, находящихся на попечении государства или общественных организаций.

Потенциальными и в то же время реальными жертвами можно считать детей, подростков, юношей и девушек с пограничными психическими состояниями и с акцентуациями характера; детей мигрантов из страны в страну, из региона в регион, из села в город и из города в село; детей, родившихся в семьях с низким экономическим, моральным, образовательным уровнями; метисов и представителей инонациональных групп в местах компактного проживания другого этноса.

Латентными жертвами неблагоприятных условий социализации можно считать тех, кто не смог реализовать заложенные в них задатки в силу объективных обстоятельств их социализации. Так, ряд специалистов полагают, что высокая одаренность и даже гениальность «выпадают» на долю одного человека из тысячи родившихся. В зависимости от благоприятности условий социализации, особенно на ранних возрастных этапах, эта предрасположенность развивается примерно у одного из миллиона, имевших задатки. А истинным гением становится лишь один из десяти миллионов, т. е. большинство гениев теряется на жизненном пути, ибо условия социализации оказываются недостаточными для развития и реализации заложенной в них высокой одаренности.

Названные выше типы реальных жертв далеко не всегда представлены «в чистом виде». Часто первичный дефект, отклонение от нормы или какое-то объективное жизненное обстоятельство (например, неблагополучная семья) вызывают вторичные изменения в развитии человека, ведут к перестройке жизненной позиции, формируют неадекватное или ущербное отношение к миру и к себе. Нередко происходит наложение одного признака или обстоятельства на другие (например, мигрант первого поколения становится алкоголиком). Трагичный пример – судьба выпускников детских домов (в большинстве социальных сирот). Среди них по российским данным до 30% становятся бомжами, до 20% – правонарушителями, а до 10% заканчивают жизнь самоубийством.

Одни признаки и обстоятельства, позволяющие отнести человека к числу жертв неблагоприятных условий социализации, имеют постоянный характер (сиротство, инвалидность), другие проявляются на определенном возрастном этапе (социальная дезадаптация, алкоголизм, наркомания); одни неустранимы (инвалидность), другие могут быть предотвращены или изменены (различные социальные отклонения - противоправное поведение, аморальные привычки и др.).

Субъективными предпосылками того, станет ли человек жертвой неблагоприятных условий социализации, являются, в первую очередь, его индивидуальные особенности как на индивидном, так и на личностном уровнях. От этого зависит и субъективное восприятие человеком себя жертвой.

На *индивидном уровне* виктимизация человека в тех или иных обстоятельствах зависит от темперамента и некоторых других характерологических свойств, от генетической предрасположенности к саморазрушительному или отклоняющемуся поведению.

На *личностном уровне* предрасположенность к тому, чтобы стать жертвой тех или иных неблагоприятных условий социализации, зависит от многих личностных характеристик, которые в одних и тех же условиях могут способствовать или препятствовать виктимизации человека. К таким характеристикам, в частности, можно отнести степень устойчивости и меру гибкости человека, развитость у него рефлексии и саморегуляции, его ценностные ориентации и т. д.

От наличия и развитости у человека этих характеристик во многом зависит то, в состоянии ли он противостоять и в какой мере сопротивляться различным опасностям, с которыми он сталкивается, а также прямому негативному влиянию окружающих. Немаловажно и то, каким образом человек предрасположен реагировать на невозможность реализации наиболее значимых для него потребностей, на крушение идеалов и ценностей, т. е. на то, каким образом он, реализуя особую форму активности, переживает критические жизненные ситуации. От этого зависит его способность преобразовывать свой внутренний мир, переосмыслять свое существование, обретать благодаря переоценке ценностей осмысленность существования в изменившихся условиях.

Субъективное восприятие человеком себя жертвой самым непосредственным образом связано с личностными особенностями и во многом ими определяется. В зависимости от этих особенностей реальные жертвы того или иного типа могут воспринимать или не воспринимать себя таковыми. Например, категория сирот или инвалидов. Одни из них считают себя жертвами, другие – нет. Эта различающаяся позиция определяет их самоотношение, отношение к окружающим, поведение, стремление достичь в жизни каких-либо целей, реализовать себя или же отсутствие этих стремлений. Индивидуальные особенности, а также нормы и отношение ближайшего окружения могут привести к тому, что вполне благополучный в обыденном

смысле слова человек будет считать себя неудачником, несчастным и относиться к себе как к жертве жизненных обстоятельств.

3. Понятие «интеграция», «инклюзия». Отличительные особенности

Термины «интегрированный» и «включение» часто используются как синонимы, как будто они означают одно и то же. Тем не менее, они являются основными различиями в философии инклюзивного образования.

Пояснения различий в терминологии:

Интегрированное – при котором происходит комплексное обучение детей-инвалидов в аккредитированных государством общеобразовательных школах (то есть акцент делается на посещаемости).

Инклюзивное (включающее) образование детей, ограниченных в своих возможностях – эффективно, когда они находятся в обычных школах (например, в центре внимания по качеству обучения).

• В интегрированном обучении ребенок рассматривается как проблема.

Человек, или медицинская модель инвалидности определяет, что ребенок должен быть изменен, или реабилитирован, чтобы соответствовать системе школьного образования и общества. Например, глухой ребенок может носить слуховой аппарат и ожидается, что он научится говорить для того, чтобы понять его, но учителя и другие дети не должны учиться языку жестов, или другим формам связи. Ребенок с трудностями в обучении, как правило, проходит через ряд стандартизированных тестов для того, чтобы прогрессировать с помощью школы, в противном случае он / она будет оставлен на повторное обучение, или будет вынужден бросить учебу.

• В инклюзивном образовании меняется подход, принцип, а не ребенок.

Инклюзивное образование выросло из социальной модели инвалидности. Признается, что все дети разные, и что школу и систему образования нужно изменить для того, чтобы удовлетворить индивидуальные потребностей всех обучающихся – с и без нарушений. Включение же, однако, не означает ассимиляцию – или делает все то же самое. Основным ингредиентом является гибкость – признавая, что дети учатся с разной скоростью, и что учителя должны уметь поддерживать их обучение в гибкой форме. В большинстве случаев дети просто нуждаются в хорошем, ясном и доступном обучении. Это включает в себя использование различных методов реагирования на различные детские потребности, возможности и темпы развития.

Существует ли возможность перехода от интегрированного обучения к инклюзии?

Интегрированное обучение часто воспринимается как трамплин для инклюзивного образования. Однако, главное ограничение интегрированного образования, что, пока школьная система остается жесткой, только определенные дети-инвалиды могут быть интегрированы. Некоторые никогда не смогут быть подготовлены и реабилитированы достаточно, чтобы быть принятым в традиционные классы общеобразовательной школы.

3. Культура общения с инвалидами. Язык и этикет

То, как мы говорим, тесно связано с тем, что думаем и как ведем себя по отношению к другим людям. К сожалению, многие привычные нам слова, понятия и фразы, в том числе употребляемые по отношению к людям с инвалидностью, по сути своей «ярлыки» и оскорбительные стереотипы. В нашем обществе часто звучат такие выражения, как «*больной/здоровый*», «*нормальный/ненормальный*», «*обычный/неполноценный*», «*умственно отсталый*», «*даун*», «*калека*» и т.п. Важно понимать: **эти фразы некорректны, потому что оскорбительны для людей с инвалидностью!**

Современному обществу следует менять ситуацию и свое отношение к людям с инвалидностью: должна быть выработана культура инклюзии, привита этически выдержанная и грамотная терминология. Для этого необходима не только специальная просветительская работа в этом направлении, но и изменение всей культуры взаимоотношений в обществе в целом. Один из важнейших и показательных аспектов – это язык и слова, которые мы употребляем в той или иной ситуации. Корректные выражения помогают формировать позитивный образ человека, показывать свое уважение к нему и налаживать контакт. **Ниже излагаются не правила (не нужно думать, что люди с инвалидностью требуют какого-то специального обхождения!), а <u>рекомендации</u>**, которые помогут избежать в общении с людьми с инвалидностью неловкости.

Когда вы говорите или пишите о людях с инвалидностью

ИСПОЛЬЗУЙТЕ слова и понятия, НЕ создающие стереотипы:	**ИЗБЕГАЙТЕ слов и понятий, создающих стереотипы:**
Человек с инвалидностью (используемый в законах и нормативах официальный термин «*инвалид*» – допустим, но не рекомендуется к употреблению в речи и в текстах)	Человек с ограниченными возможностями, человек с ограниченными способностями; больной; искалеченный, покалеченный, калека; неполноценный; человек с дефектом/недостатком здоровья
при сравнении людей с инвалидностью и без инвалидности:	
человек без инвалидности	*нормальный / здоровый*
Человек, использующий инвалидную коляску; человек, передвигающийся на коляске; человек на коляске; человек на кресле-коляске	Прикованный к инвалидной коляске, паралитик, парализованный, «колясочник», человек на кресле-каталке
Человек с инвалидностью с детства / с врожденной инвалидностью; инвалидность с детства, врожденная инвалидность	Врожденный дефект / увечье / несчастье
Имеет ДЦП (детский церебральный паралич),человек (ребенок, дети) с ДЦП	Страдает ДЦП, болеет ДЦП, «дэцэпэшник»

Человек, перенесший полиомиелит; человек, который перенес болезнь; имеет инвалидность в результате…	Страдает от полиомиелита / от последствий полиомиелита; жертва болезни; кривоногий; стал инвалидом в результате...
Человек с особенностями развития /с особенностями в развитии, человек с ментальной инвалидностью /с особенностями ментального развития /с особенностями интеллектуального развития, человек с нарушением развития	Умственно отсталый, слабоумный, умственно неполноценный, «тормоз», имбецил, дебил, отсталый, человек с задержкой / отставанием в развитии/, с интеллектуальной недостаточностью, с умственной отсталостью
Дети с инвалидностью	Дети-инвалиды
Дети с особыми образовательными потребностями	Школьники-инвалиды; официальный термин «*дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)*»
Человек с синдромом Дауна, ребенок (дети) с синдромом Дауна	«Даун», «монголоид», «даунята» (о детях с синдромом Дауна), человек с болезнью Дауна
Человек с аутизмом, ребенок (дети) с аутизмом (официальный термин – «*человек с расстройством аутистического спектра (РАС)*»)	Больной аутизмом; аутист
Человек с эпилепсией	Эпилептик, припадочный, страдающий эпилептическими припадками
Человек с особенностями психического развития, человек с особенностями душевного или эмоционального развития	Псих, сумасшедший, люди с психиатрическими проблемами, душевнобольные люди, люди с душевным или эмоциональным расстройством
Незрячий, слабовидящий человек, с инвалидностью по зрению, человек с нарушением зрения	Слепой (как крот), совершенно слепой
Собака-проводник	Собака-поводырь
Неслышащий, слабослышащий человек, с инвалидностью по слуху, пользующийся жестовым языком, человек с нарушением слуха	Глухонемой (ни в коем случае!), глухой (как пень), человек (ребенок) с остатками слуха, использующий язык жестов
Говорящий на жестовом языке	Немой
Жестовый язык (такой же язык, как русский, английский или любой другой)	Язык жестов (это «самодельный» способ общения для иностранца, не владеющего местным языком, когда нет переводчика)
Переводчик жестового языка	Официальный термин «*сурдопереводчик*»

ВНИМАНИЕ: «*Слепой*», «*глухой*», «*с нарушением слуха*», «*с нарушением в развитии*», «*с психическим расстройством*» – такие словосочетания привычны и приемлемы для многих людей с инвалидностью, но в остальной части общества они способствуют формированию взгляда на человека с инвалидностью как на человека с медицинскими проблемами.

Некоторые из предлагаемых оборотов речи кажутся, на первый взгляд, надуманными. Люди вряд ли будут употреблять в устной речи длинное словосочетание «*человек с особенностями интеллектуального развития*». На что нужно обратить внимание: выбирая слова и выражения, следует избегать стереотипов (как отрицательных, рисующих образ «жертвы», – так и положительных, формирующих образ «героя»). «*Жертва*» – это излишне драматический образ вечно несчастного и беспомощного человека. С другой стороны, человек, который, «*несмотря на что-то*» / «*вопреки чему-то*» / «*наперекор судьбе*» и т.п., «преодолел» трудности и ведет «нормальную» жизнь – это, увы, очень распространенный образ. Обычно в таких случаях напрашивается резюме: «С него нужно брать пример здоровым людям!» Но, создавая такой образ другого, Вы незаметно для себя впадаете в покровительственный тон и опять приходите к противопоставлению «здоровые – больные». Героизация точно также отделяет людей с инвалидностью от остального общества, как и жалость/снисходительность.+

Надо помнить, что, **стремясь к аккуратности и корректности, следует избегать обобщений и предположений**.

Закрепившееся в последние годы выражение «*человек с ограниченными возможностями*» представляется неудачным, так как показали, что такое определение формирует образ человека с инвалидностью как человека физически ущербного, неспособного, несамостоятельного.

ВНИМАНИЕ: не стесняйтесь спрашивать, как правильно обращаться к инвалидам, у них самих.

Этикет – это не только речь, но и наши манеры. Вы можете поставить в неловкое положение и себя, и своего собеседника, если не будете знать, как нужно себя вести с человеком с теми или иными особенностями. Ниже мы приводим рекомендации, написанные людьми с инвалидностью на основании своего собственного опыта. Они подсказывают, как правильно себя вести, не чувствуя неловкости при контакте с людьми с инвалидностью.+

10 правил этикета, составленных людьми с инвалидностью:

1. В разговоре с человеком с инвалидностью, **обращайтесь непосредственно к нему, а не к его сопровождающему или переводчику жестового языка,** которые присутствуют при разговоре. (*Прим.: рекомендуем использовать понятие «переводчик жестового языка» вместо официального термина «сурдопереводчик» – по аналогии с переводчиком английского/французского/др. языка*). Не говорите о присутствующем человеке с инвалидностью в третьем лице, обращаясь к его сопровождающим, все ваши вопросы и предложения адресуйте непосредственно к этому человеку.
2. Разговаривая с человеком, испытывающим трудности в общении, слушайте его внимательно. **Будьте терпеливы, ждите, пока он сам закончит фразу.** Не поправляйте и не договаривайте за него. Не стесняйтесь переспрашивать, если вы не поняли собеседника.

3. При общении с человеком, который плохо или совсем не видит, **обязательно называйте себя и тех людей, которые пришли с вами**. Если у вас общая беседа в группе, то не забывайте назвать себя и пояснять, к кому в данный момент вы обращаетесь. Обязательно предупреждайте вслух, когда отходите в сторону (даже если отходите ненадолго).

4. Не кидайтесь на помощь человеку с инвалидностью, если вас не попросили помочь. **Если хотите помочь, вначале спросите, необходима ли ваша помощь.** Если нужна – спросите, что и как делать, после этого действуйте. Если вы не поняли, не стесняйтесь – переспросите. *Например: если необходимо сопроводить незрячего человека, то не хватайте и не тащите его за руку, а спросите, каким образом вы можете помочь ему сориентироваться в незнакомом месте. Незрячий человек сам объяснит вам, как лучше это сделать (кто-то просит разрешения положить свою руку на плечо сопровождающего, кто-то предпочитает взять сопровождающего под локоть, кто-то попросит взять под локоть его самого, кому-то достаточно устных подсказок, и т.д., и т.п.)*

5. При знакомстве с человеком с инвалидностью, **вполне естественно пожать ему руку** (при необходимости левую, а не правую) – даже тому, кому трудно двигать рукой или кто пользуется протезом.

6. **Инвалидная коляска, костыли, белая трость, собака-проводник – это часть неприкосновенного пространства людей с инвалидностью.** Не дотрагивайтесь до них! Опираться или повиснуть на чьей-то инвалидной коляске – это то же самое, что опираться или повиснуть на ее обладателе. А собака-поводырь работает, а не просто украшает человека с инвалидностью – не надо ее гладить, кормить и т.д., если этого не разрешил хозяин.

7. Разговаривая с человеком на инвалидной коляске или человеком маленького роста, **расположитесь так, чтобы ваши и его глаза были на одном уровне**. Вам будет легче разговаривать, а вашему собеседнику не понадобится запрокидывать голову.

8. Не смущайтесь, если случайно сказали: «*Увидимся*» или: «*Вы слышали об этом…?*» тому, кто на самом деле не может видеть или слышать. Люди с инвалидностью по слуху или по зрению пользуются теми же привычными словами, потому что они тоже слышат и видят, просто по-другому. **Передавая что-либо в руки незрячему, ни в коем случае не говорите: *«Пощупайте это»***, говорите так, как обычно сказали бы - «*Посмотрите на это*». А человеку на инвалидной коляске не говорите *«Подъезжайте, проезжайте»*. Говорите: «*Подойдите туда*», «*Проходите здесь*» (человек ездит на машине или поезде, а на коляске – ходит).

9. **Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, помашите ему рукой или похлопайте по плечу.** Смотрите ему прямо в глаза и говорите четко, **НЕ кричите.** Разговаривая с теми, кто может читать по губам, расположитесь так, чтобы на вас падал свет и вас было

хорошо видно, постарайтесь, чтобы вам ничего не мешало и ничто не заслоняло вас. Но имейте в виду, что *не все люди, которые плохо слышат, могут читать по губам.*

10. Обращайтесь к детям и подросткам с инвалидностью по имени, к взрослым – по имени и отчеству, то есть **точно так же, как и к другим людям без инвалидности** (равноправно, без снисходительности, опеки и покровительства).

ЭТО ВАЖНО: если вы что-то не поняли, не уверены, как себя вести и как говорить – не стесняйтесь, спросите об этом вашего собеседника с инвалидностью. Это будет лучше, нежели он заметит неловкость в общении с ним или услышит от вас неприятное, обидное для себя выражение.

Рекомендуемая для изучения литература

1. Марченко, О. К. Основы физической реабилитации : учеб.для студентов вузов / О. К. Марченко. – Киев : Олимп. лит., 2012. – 527 с.
2. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре : учеб. для образовательных учреждений высшего профессионального образования, осуществляющих образовательную деятельность по направлениям 034300 – Физ. культура и 034400 – Физ. культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (АФК) / под общ. ред. С. П. Евсеева. – М. : Совет.спорт, 2013. – 386 с.
3. Доступная среда для инвалидов : справ. пособие / сост. Е. М. Шевко, С. Е. Дроздовский. – Мозырь : ММООО РАИК, 2014. – 36 с.

Тема 2. ПОНЯТИЕ «ДОСТУПНАЯ СРЕДА»

План лекции

1. Концепция универсального дизайна в области создания безбарьерной среды
2. Понятие универсального дизайна
3. Новые подходы к формированию безбарьерной среды с учетом принципов универсального дизайна

1. Концепция универсального дизайна в области создания безбарьерной среды

Данная концепция утверждена Приказом Министерства архитектуры и строительства Республики Беларусь от 03.11.2016г. № 262

Общие положения. Гарантированное Конституцией Республики Беларусь право каждого гражданина на труд, образование, медицинское обслуживание, отдых, на участие в культурной жизни, на свободу передвижения не может быть осуществлено без обеспечения доступности транспорта и информации, открытых пространств, различных зданий и сооружений, в том числе учреждений образования, здравоохранения, отдыха, культуры, а также учебных и рабочих мест, мест постоянного или временного проживания.

В Республике Беларусь на государственном уровне в законах «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь», «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», «Об архитектурной, градостроительной и строительной деятельности, в ряде других программ и концепций, в технических нормативных правовых актах в области технического нормирования и стандартизации, в практике проектирования объектов архитектуры, градостроительства и архитектурного дизайна используется понятие «безбарьерная среда», то есть «среда обитания, адаптированная к возможностям физически ослабленных лиц и создающая условия для их самостоятельной (без постоянной помощи практически здоровых людей) деятельности».

Вопросом создания безбарьерной среды в Беларуси начали заниматься в начале 1990-х годов. В это же время появились первые законы и технические нормативные правовые акты в области технического нормирования и стандартизации, учитывающие требования людей с инвалидностью при создании среды обитания.

В Республике Беларусь до настоящего времени при формировании нормативной технической базы руководствуются исключительно требованиями по созданию безбарьерной среды. Повышенное внимание к созданию безбарьерной среды сформировало устойчивое понимание в массовом сознании и в практике проектирования и строительства, что такая

среда необходима исключительно людям с инвалидностью. В связи с этим значительно сужается круг потенциальных потребителей, а приемы проектирования ограничиваются только нормативными требованиями по созданию безбарьерной среды.

Подписание Республикой Беларусь Конвенции о правах инвалидов заявило о готовности страны к формированию условий, направленных на соблюдение международных стандартов том числе на создание доступности и соблюдение принципов универсального дизайна, что в свою очередь потребует разработки теоретических аспектов универсального дизайна, учитываю их региональные особенности Беларуси, приемов и средств оптимизации открытых пространств, зданий и сооружений, основанных на принципах универсального дизайна.

2. Понятие универсального дизайна

Универсальный дизайн – это принцип создания изделий и организации окружающих условий, которые были бы наиболее пригодны к использованию каждым человеком, независимо от его возраста или способностей.

Теория универсального дизайна в настоящее время стала востребованной по разнообразным причинам, включая увеличение процентного отношения людей с инвалидностью в структуре общества, подъем движения за независимое проживание, законы о правах человека, изменения в строительных нормах и стандартах, а также стремление информированных потребителей к более функциональному и удобному дизайну.

Универсальный дизайн характеризуется как дизайн окружающей среды и изделий, пригодный к использованию всеми людьми, без необходимости в адаптации, учитывающий требования людей с инвалидностью, людей с различными ограничениями (двигательными, сенсорными, когнитивными), требования людей, обладающих разным диапазоном подвижности и координации движений, а также особенности возраста, роста, размеров и массы тела, тем самым подтверждая, что универсальный дизайн признает тот факт, что люди обладают различными способностями и нуждаются в дизайне, который одновременно удовлетворял бы требования любого человека.

Доступность окружающей среды в целом и отдельных ее элементов в частности, может быть достигнута при безоговорочном соблюдении стандартов и требований нормативных технических актов в области стандартизации и технического нормирования на всех стадиях проектирования, строительства, эксплуатации объекта. Доступность может быть измерена на соответствие стандартам и нормам в процессе проектирования, экспертиз проектных решений, введения объектов в эксплуатацию, мониторингов. Однако, принимая во внимание безусловную значимость доступности, следует заметить, что мероприятия по обеспечению доступности могут быть сопряжены с обязательным участием обслуживающего персонала или сопровождающих лиц. Например, установка

кнопок вызова персонала на входах в здания, применение съемных пандусов или мобильных подъемников предполагает зависимость от окружающих, увеличивают время для достижения места назначения и не обеспечивают им права на получение услуг, наравне с другими.

Доступность – вопрос гражданского права, и основной интерес направлен на ликвидацию дискриминации в отношении людей с инвалидностью.

Универсальный дизайн – концепция, отражающая реалии современного общества с его разнообразными популяциями. Доступные коды сосредоточены на функциональных вопросах и минимальных решениях. Они не гарантируют хороший дизайн. Доступность – конечная концепция, которая может быть измерена на соответствие нормативным требованиям и стандартам.

Универсальный дизайн применяется в отношении как продуктов и окружающей среды, так и всех сфер профессиональной деятельности. Требования, предъявляемые к окружающей среде, распространяются на физические и технические объекты, создаваемые людьми. Понятие «продукт» охватывает сферу услуг, а также программное обеспечение в отрасли и формационных и коммуникационных технологий. Требования универсального дизайна в сфере услуг связаны с физическими и техническими условиями доступа к той или иной конкретной услуге и возможности ее использования, в сфере образования – с физическими и техническими характеристиками среды обучения.

3. Новые подходы к формированию безбарьерной среды с учетом принципов универсального дизайна

При разработке решений по формированию безбарьерной среды в различны областях, в том числе в архитектурной и градостроительной деятельности, базовыми являются семь принципов универсального дизайна.

1. **Равноправие в использовании –** дизайн предназначен для использования людьми с разными возможностями, независимо от ограничений, возраста, пола, роста, веса, уровня концентрации и внимания, владения языком страны пребывания и других характеристик.
2. **Гибкость в использовании** – дизайн соответствует широкому диапазону разнообразных индивидуальных предпочтений и способностей.
3. **Простое и интуитивное использование** – дизайн позволяет легко понять его применение любому пользователю, независимо от опыта, знаний, языковых навыков и уровня концентрации в данный момент.
4. **Воспринимаемость информации** – дизайн эффективно и легко сообщает пользователю необходимую информацию, независимо от условий окружающей среды и особенностей восприятия пользователя.
5. **Терпимость к ошибке** – дизайн сводит к минимуму опасность или негативные последствия случайных или непреднамеренных действий.

6. **Сохранение физических сил** – дизайн обеспечивает возможность потребителю максимально эффективно и комфортно пользоваться им, прилагая минимум усилий.

7. **Размер и место для доступа и использования –** пространство имеет соответствующие размеры для удобного подхода, доступа, манипуляции и использования любым пользователем независимо от его роста, вес параметров тела, подвижности.

Принципы универсального дизайна должны обеспечиваться посредством выполнения следующих требований:

– **доступности –** обеспечение беспрепятственного передвижения по коммуникационным путям и пространствам, достижение места назначения и возможность воспользоваться услугами;

– **безопасности –** предотвращение возможности получения травм, причинения вреда другим людям и (или) окружающей среде, обеспечение соблюдения противопожарных и санитарно-гигиенических правил и норм;

– **непрерывности** – обеспечение доступности не только в границах отдельных объектов и элементов этих объектов, но и связей между ними;

– **комфортности** – создание условий для минимальных затрат и/или компенсации усилий при передвижении, получении услуг и информации;

– **информативности** – обеспечение своевременного получения и осознания информации одновременно различными способами ее передачи (визуальными, акустическими, тактильными); использование интерактивных систем и средств передачи и обмена информацией;

– **экологичности** – использование экологически чистых материалов, конструкций, технологий при изготовлении отдельных элементов и объектов в целом, не наносящих вред человеку и окружающей среде, а также наиболее рациональное размещение объектов с учетом охраны окружающей среды.

Рекомендуемая для изучения литература

1. Доступная среда для инвалидов : справ. пособие / сост. Е. М. Шевко, С. Е. Дроздовский. – Мозырь : ММООО РАИК, 2014. – 36 с.

2. Калмет, Х. Ю. Жилая среда для инвалида / Х. Ю. Калмет, Х. Ю. – М. : Стройиздат, 1990. – 78 с.

3. Физическая реабилитация инвалидов с поражениями опорно-двигательной системы: учеб. пособие / С. П. Евсеев [и др.]. – М. : Советский спорт, 2010. – 488 с.

Тема 3. КАТЕГОРИИ ИНВАЛИДОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

План лекции

1. Условия и основания для признания гражданина инвалидом.
2. Основные причины нарушений функций опорно-двигательного аппарата.
3. Инвалидность при патологии органов зрения.

1. Условия и основания для признания гражданина инвалидом

Нормативные акты:

– Закон Республики Беларусь от 23 июля 2008 г. № 422-з «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов»

– Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 17 декабря 2014 г. № 1185 «О некоторых вопросах проведения медико-социальной экспертизы и деятельности медико-реабилитационных экспертных комиссий»

– Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 26 декабря 2008 г. № 2024 «Об у тверждении положения о порядке осуществления независимой медицинской экспертизы»

– Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 г. № 97 «Об утверждении инструкции о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья»

Условиями признания гражданина инвалидом являются:

– нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

– ограничения жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

– необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

К основным видам оцениваемых нарушений функций организма относятся:

– нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);

– нарушения языковых и речевых функций (нарушение устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия) и письменной (дисграфия,

дислексия), вербальной и невербальной речи, нарушение голосообразования и прочее);

– нарушение сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);

– нарушение статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений);

– нарушение функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета;

– нарушения, обусловленные физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела).

При оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функции организма человека, выделяются четыре степени их выраженности:

– 1-я степень – легкие (незначительно выраженные) нарушения функции;

– 2-я степень – умеренные (умеренно выраженные) нарушения функции;

– 3-я степень – выраженные нарушения функции;

– 4-я степень – резко выраженные нарушения функции.

К основным критериям жизнедеятельности человека относятся:

– способность к самообслуживанию;

– способность к самостоятельному передвижению;

– способность к ориентации;

– способность к общению;

– способность контролировать свое поведение;

– способность к обучению;

– способность к трудовой деятельности;

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих нарушение основных категорий (критериев) жизнедеятельности человека, выделяют пять функциональных классов (далее – ФК) их выраженности (в процентах):

ФК 0 – характеризует отсутствие нарушения жизнедеятельности (0%);

ФК 1 – легкое нарушение (от 1% до 25%);

ФК 2 – умеренно выраженное нарушение (от 26% до 50%);

ФК 3 – выраженное нарушение (от 51% до 75%);

ФК 4 – резко выраженное нарушение (от 76% до 100%).

Ограничения жизнедеятельности оцениваются по каждому критерию в отдельности, учитывая возможность компенсации с помощью лекарственных средств, технических или иных вспомогательных средств, а также степень

взаимного отягощения нарушенных функций организма в рамках одной из категорий.

В зависимости от степени выраженности ограничений жизнедеятельности, обусловленных стойкими расстройствами функций организма, возникших в результате заболеваний, дефектов или травм, лицу старше 18 лет, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности.

Основанием для установления I группы инвалидности является резко выраженное ограничение жизнедеятельности, соответствующее ФК 4, вследствие заболеваний, дефектов или травм, приводящее к стойко выраженной социальной недостаточности, требующее постоянного постороннего ухода (специального, медицинского и (или) бытового) и помощи других лиц, в случаях:

– резко выраженного нарушения функции одной из систем организма, приводящего к резко выраженному ограничению жизнедеятельности;

– выраженного нарушения функций двух и более систем организма, создающих синдром взаимного отягощения, приводящего к резко выраженному ограничению жизнедеятельности в одной из категорий жизнедеятельности;

– заболевания с абсолютно неблагоприятным в отношении жизни прогнозом на ближайшее время вне зависимости от степени ограничения жизнедеятельности на момент проведения медико-социальной экспертизы;

– выраженного снижения трех и более способностей в рамках ФК 3, приводящих к синдрому социальной компенсации;

– анатомического дефекта, установленного пунктом 60 Инструкции.

Анатомическими дефектами, при наличии которых устанавливается I группа инвалидности у лиц старше 18 лет или четвертая степень утраты здоровья у детей, являются:

– культи обеих нижних конечностей на уровне бедер;

– культи обеих кистей с отсутствием всех фаланг четырех пальцев, включая первые или более высокие уровни ампутации обеих верхних конечностей;

– сочетание экзартикуляции верхней (в плечевом суставе) и нижней (в тазобедренном суставе) конечностей;

– сочетание ампутации верхней конечности на уровне плеча и ампутации нижней конечности на уровне бедра;

– двусторонний анофтальм;

– травматическое повреждение позвоночника с полным разрывом спинного мозга.

Основанием для установления II группы инвалидности является выраженное ограничение жизнедеятельности, соответствующее ФК 3, вследствие заболеваний, дефектов или травм, приводящее к выраженной социальной недостаточности, в случаях:

– выраженного нарушения функции одной из систем организма, приводящего к выраженному ограничению жизнедеятельности;

– умеренного нарушения функций двух и более систем организма, создающих синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности, приводящего к выраженному ограничению жизнедеятельности;

– резко выраженного изолированного нарушения одной из функций организма, частично компенсируемого лекарственными средствами или техническими и иными вспомогательными средствами, приводящего к выраженному ограничению жизнедеятельности;

– неблагоприятного клинико-трудового прогноза вне зависимости от степени ограничения жизнедеятельности на момент проведения медико-социальной экспертизы;

– сомнительного трудового прогноза, несмотря на проведенные лечебные и реабилитационные мероприятия, противопоказаний к труду в связи с вероятным ухудшением состояния здоровья вне зависимости от степени выраженности ограничений жизнедеятельности;

– умеренного снижения трех и более способностей в рамках ФК 2, приводящих к синдрому социальной компенсации.

– анатомического дефекта, установленного пунктом 61 Инструкции.

Анатомическими дефектами, при наличии которых устанавливается II группа инвалидности у лиц старше 18 лет или третья степень утраты здоровья у детей, являются:

– культи обеих кистей на уровне:

отсутствие всех фаланг четырех пальцев, исключая первые;

отсутствие всех фаланг трех пальцев, включая первые;

отсутствие первого и второго пальцев с соответствующими пястными костями;

отсутствие трех пальцев с соответствующими пястными костями;

указанные выше культи кисти одной верхней конечности при ампутации другой верхней конечности на более высоком уровне;

– экзартикуляция одной верхней (в плечевом суставе) или одной нижней (в тазобедренном суставе) конечности;

– культи обеих нижних конечностей на уровне:

культи стоп по Шопару;

культи голеней, в том числе и по Пирогову;

– культя голени и более высокие ампутации одной нижней конечности в сочетании с отсутствием всех фаланг четырех пальцев или более высокой ампутацией одной верхней конечности;

– культя одной верхней конечности и отсутствие одного глаза;

– культя одной нижней конечности и отсутствие одного глаза;

– состояние после экстирпации мочевого пузыря;

– наличие постоянной коло- или илеостомы;

– постоянное канюленосительство вследствие отсутствия гортани;

– ампутационная культя ведущей верхней конечности на уровне плеча;

– культя одной верхней конечности на уровне и проксимальнее хирургической шейки плечевой кости;

– культя одной нижней конечности на уровне и проксимальнее малого вертела бедренной кости.

Основанием для установления III группы инвалидности является умеренное нарушение жизнедеятельности, соответствующее ФК 2, вследствие заболеваний, дефектов или травм, приводящее к умеренно выраженной социальной недостаточности, в случаях:

– умеренно выраженного нарушения функции одной из систем организма, приводящего к стойкому умеренному ограничению жизнедеятельности;

– легкого нарушения функций двух и более систем организма, создающего синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности, приводящего к стойкому умеренному ограничению жизнедеятельности;

– выраженного изолированного нарушения одной из функций организма, частично компенсируемого лекарственными средствами или техническими и иными средствами, приводящего к стойкому умеренному нарушению жизнедеятельности;

– легкого нарушения профессионально значимых функций у работающего, ведущего к умеренному или выраженному ограничению способности к профессиональной (трудовой) деятельности из-за снижения квалификации, объема работ или значительного изменения условий труда;

– выраженного нарушения профессионально значимых и других функций у лица, длительно не работающего, ведущего к выраженному ограничению способности к трудовой деятельности;

– относительно неблагоприятного клинико-трудового прогноза вне зависимости от степени нарушения жизнедеятельности на момент проведения медико-социальной экспертизы;

– легкого снижения трех и более способностей в рамках ФК 1, приводящих к синдрому социальной компенсации;

– анатомического дефекта, установленного пунктом 62 Инструкции.

Анатомическими дефектами, при наличии которых устанавливается III группа инвалидности у лиц старше 18 лет или вторая степень утраты здоровья у детей, являются:

отсутствие всех фаланг четырех пальцев одной кисти, исключая первый;

отсутствие всех фаланг трех пальцев кисти, включая первый;

отсутствие первого и второго пальцев кисти с соответствующими пястными костями;

отсутствие трех пальцев кисти с соответствующими пястными костями;

отсутствие первых пальцев обеих кистей;

более высокие ампутации одной верхней конечности;

культя стопы после ампутации по Шопару и более высокие уровни ампутации одной нижней конечности;

двусторонние культи стоп по Шарпу;

укорочение одной нижней конечности на 10 см и более у лиц старше 18 лет или на 10% (по сравнению со здоровой конечностью) и более у детей;

дефекты челюсти и твердого неба, если протезирование не обеспечивает жевания;

низкий рост, патологически обусловленный (патология нейроэндокринной системы, опорно-двигательного аппарата, хромосомные аномалии),

рост менее 150 см у лиц старше 18 лет;

обширный не замещенный аутотрансплантатом костный дефект – 6 квадратных сантиметров и более, костный дефект черепа, замещенный аутотрансплантатом в результате операции пластики дефекта черепа, – 12 квадратных сантиметров и более;

тсутствие одного глаза;

отсутствие одного легкого;

состояние после экстирпации желудка;

состояние после тотальной тиреоидэктомии;

кифосколиоз IV степени (с углом сколиотической деформации более 60 градусов при измерении по Коббу);

эндопротезы двух крупных суставов нижних конечностей;

слепота на один глаз (полная или практическая слепота (слабовидение) на один глаз (острота зрения 0,04 и ниже с коррекцией).

Ребенок-инвалид. В зависимости от степени выраженности ограничений жизнедеятельности, обусловленных стойкими расстройствами функций организма, возникших в результате заболеваний, дефектов или травм, детям, признанным инвалидами, устанавливается категория «ребенок-инвалид» первой, второй, третьей или четвертой степени утраты здоровья, а в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь, определяется степень утраты профессиональной (общей) трудоспособности в процентах, нуждаемость в дополнительных видах помощи.

2. Основные причины нарушений функций опорно-двигательного аппарата

При всем разнообразии врожденных и рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у большинства этих детей наблюдаются сходные проблемы. Ведущим в клинической картине является двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций) [9].

Часть детей с такой патологией не имеют отклонений в развитии познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания. Но все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой

деятельности. Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Отклонения в развитии у детей с патологией опорно-двигательного аппарата отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией в степени выраженности различных нарушений. Отмечают различные виды патологии опорно-двигательного аппарата. Вот не которые из них:

1. Заболевания нервной системы:
- детский церебральный паралич
- полиомиелит.

2. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата:
- врожденный вывих бедра,
- кривошея,
- косолапость и другие деформации стоп,
- аномалии развития позвоночника (сколиоз),
- недоразвитие и дефекты конечностей,
- аномалии развития пальцев кисти,
- артрогрипоз (врожденное уродство).

3. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата:
- травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей,
- полиартрит,
- заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит),
- системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

Так же выделяют и причины, по которым нарушается опорно-двигательный аппарат. Ниже перечислены основные причины нарушений опорно-двигательного аппарата.

1. Внутриутробная патология (в настоящее время многими исследователями доказано, что более 400 факторов могут оказать воздействие на ЦНС развивающегося плода, особенно в период до 4 мес. внутриутробного развития):
- инфекционные заболевания матери: микробные, вирусные (за последние годы распространённость нейроинфекций возросла, особенно вирусных – таких, как гриппозные, герпес, хламидиозы и др.);
- последствия острых и хронических соматические заболевания матери (сердечно-сосудистые, эндокринные нарушения);
- тяжелые токсикозы беременности;
- несовместимость по резус-фактору или группам крови;
- травмы, ушибы плода;
- интоксикации;
- экологические вредности.

2. Родовая травма, асфиксия.

3. Патологические факторы, действующие на организм ребенка на первом году жизни:

- нейроинфекции (менингит, энцефалит и др.);
- травмы, ушибы головы ребенка;
- осложнение после прививок.

3. Инвалидность при патологии органа зрения

Инвалидность при патологии органа зрения представляет собой как длительную, так и постоянную (стойкую) полную или частичную потерю, либо значительное ограничение трудоспособности вследствие нарушения зрительных функций в результате острых или хронических заболеваний или поражений, приводящую к необходимости прекратить профессиональный труд на продолжительный период или значительно изменить условия работы.

Определение степени утраты трудоспособности и установление групп и причин инвалидности лиц с глубокими расстройствами зрения производят экспертные комиссии в соответствии с «Инструкцией по определению групп инвалидности».

Основанием для определения I группы инвалидности при патологии органа зрения является такое нарушение зрительных функций, при котором инвалид не может сам себя обслуживать и нуждается в постоянной помощи, уходе или надзоре.

К инвалидам I группы вследствие заболеваний или повреждений органа зрения, относятся лица, у которых наступила полная слепота на оба глаза или снизилась острота зрения лучше видящим глазом до 0,03 с переносимой коррекцией либо имеется сужение поля зрения в наибольшем диаметре до 10° независимо от остроты зрения.

Основанием для определения II группы инвалидности являются значительно выраженные функциональные нарушения, которые не вызывают необходимости в постоянной посторонней помощи, уходе или надзоре, но приводят к полной постоянной или длительной нетрудоспособности либо к такому состоянию, когда отдельные виды труда могут быть доступны только в специально созданных условиях.

II группу инвалидности при патологии органа зрения устанавливают в следующих случаях:

1) при снижении остроты зрения лучше видящим глазом от 0,04 до 0,08 с переносимой коррекцией;

2) при сужении поля зрения до 20° от точки фиксации лучше видящим глазом независимо от остроты зрения;

3) при наличии в поле зрения двусторонних абсолютных центральных скотом, превышающих 10° от точки фиксации независимо от остроты зрения;

4) при наличии одностороннего анофтальма или слепоты одним глазом в комбинации с тяжелыми анатомическими дефектами, других органов;

5) при наличии анофтальма в исходе злокачественного новообразования независимо от остроты зрения другим глазом; через 2-3 года при отсутствии

признаков метастаза опухоли устанавливают III группу инвалидности на период трудоустройства;

6) после операции по поводу отслойки сетчатки на обоих глазах во избежание рецидива – на 1 год; в последующем – при очередном переосвидетельствовании – группа инвалидности может быть изменена в сторону понижения в зависимости от профессии и трудового устройства;

7) при длительном, свыше 8 месяцев, течении болезни вследствие заболевания нетуберкулезного характера или при заболевании туберкулезной этиологии свыше 1 года.

Основанием для определения III группы инвалидности является значительное снижение трудоспособности вследствие нарушения зрительных функций, обусловленного хроническими заболеваниями или анатомическими дефектами:

1) при необходимости перевода больного по состоянию здоровья на работу другой профессии более низкой квалификации вследствие невозможности продолжать работу в своей прежней профессии (специальности);

2) при значительных изменениях условий труда по основной профессии с соответствующим сокращением объема производственной деятельности, что в свою очередь ведет к снижению квалификации и заработной платы (сюда следует отнести и лиц, с остротой зрения 0,1-0,2 с переносимой коррекцией, если они заняты на противопоказанной работе в ущерб своему здоровью, а любое рациональное трудовое устройство по заключению врачебно-консультационной комиссии (ВКК) связано со снижением квалификации и заработка);

3) при снижении остроты зрения до 0,1-0,2 с переносимой коррекцией, что ведет к значительному ограничению возможностей рационального трудового устройства, в первую очередь лиц старше 40 лет, имеющих низкую квалификацию или ранее не работавших и не имеющих трудовых навыков;

4) при наличии выраженного анатомического дефекта – анофтальма, связанного с военной или производственной травмой, а также при полной слепоте или снижении остроты зрения на один глаз до 0,02 при невозможности корригирования или сужении поля зрения до 5° в связи с военной или производственной травмой.

Во всех случаях определения степени утраты трудоспособности МРЭК на основании соответствующих документов устанавливает и одну из следующих причин инвалидности: общее заболевание, профессиональное заболевание, трудовое увечье, инвалидность с детства, инвалидность до начала трудовой деятельности, инвалидность у бывших военнослужащих.

Рекомендуемая для изучения литература

1. Дубровский, В. И. Физическая реабилитация инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья : учеб. для студентов высш. учеб. и сред. проф. учеб. заведений по специальностям 022500 – «Физ. культура для лиц с

отклонениями в состоянии здоровья»; 0323 – «Адаптив. физ. культура» / В. И. Дубровский, А. В. Дубровская. – М.: БИНОМ, 2010. – 414 с.

2. Марченко, О. К. Основы физической реабилитации : учеб.для студентов вузов / О. К. Марченко. – Киев : Олимп. лит., 2012. – 527 с.

3. Физическая реабилитация инвалидов с поражениями опорно-двигательной системы: учеб. пособие / С. П. Евсеев [и др.]. – М. : Советский спорт, 2010. – 488 с.