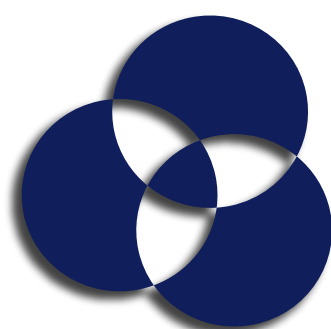


ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

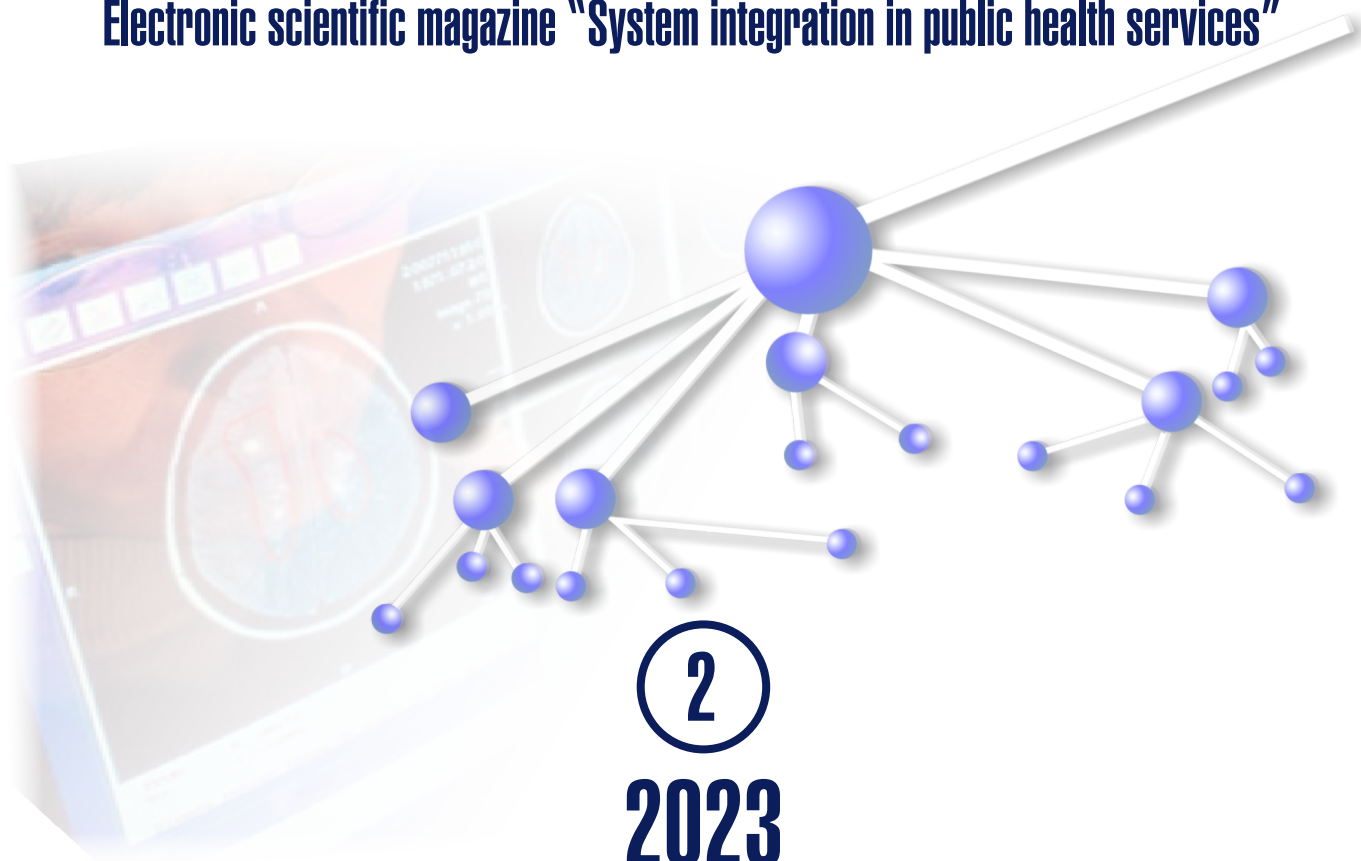
ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ
АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
“МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
“БОНУМ”
www.bonum.info

Государственное учреждение
Научный центр здоровья детей
Российской академии
медицинских наук

Свердловский филиал

www.nczd.ru

АДРЕС РЕДАКЦИИ

г. Екатеринбург,
ул. Академика Бардина, 9а
тел./факс (343) 2877770, 2403697
Почтовый адрес: 620149,
г. Екатеринбург, а/я 187

sys-int@sys-int.ru
www.sys-int.ru

Электронный научный журнал
“Системная интеграция в
здравоохранении”
зарегистрирован Федеральной
службой по надзору в сфере
массовых коммуникаций, связи и
охраны культурного наследия
Российской Федерации
Свидетельство Эл №ФС77-32479
от 09 июня 2008 г.

ISSN 1997-3276

При использовании материалов
ссылка на журнал “Системная
интеграция в здравоохранении”
обязательна.

© ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум», 2023



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

WWW.SYS-INT.RU

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ И
УПРАВЛЕНИЯ, ИНФОРМАЦИОННЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ, ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

№ 2 (59) 2023

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор Е.А.ДУГИНА
Заместители главного редактора
С.И.БЛОХИНА, С.Л.ГОЛЬДШТЕЙН



Уважаемые читатели!

Перед вами очередной номер нашего журнала. Сборник включает исследования как ведущих профессоров и докторов наук, так и начинающих исследователей по проблемам современного состояния медицинской науки, психологии и педагогики, истории медицины.

Особое место занимают исследования по психологии спорта и спортивных достижений. Проблемы психологического сопровождения спортсменов, адаптивного спорта сегодня приобретают особую актуальность. Ведь спорт – это путь к здоровью как психическому, так и физическому.

Ряд статей отражают ключевые проблемы медицины, такие как анализ когнитивной сферы больных сосудистой деменцией, заболеваемости COVID-19, проведение дистанционной гамма-терапии и другое. Эти работы носят высокую практическую значимость и особо важны в современном исследовании.

Ноам Шпансер писал: «Психическое здоровье... это не пункт назначения, а процесс. Речь идет о том, как вы едете, а не о том, куда вы едете». Действительно, процесс под час гораздо важнее результата. Процесс научного поиска только тогда закончится качественным исследованием, когда пройдет все необходимые этапы. Здоровье, как психическое, так и физическое, только тогда улучшится, когда день за днем, минута за минутой мы будем работать над его укреплением. Именно этому учат нас авторы этого сборника.

Мы желаем нашим читателям искать, творить. Быть в процессе – творческого. Научного поиска. А главное – постоянно работать над собой и совершенствовать свой внутренний мир. Тогда и мир вокруг станет чуточку лучше.

*Доктор психологических наук, профессор
Декан Факультета психолого-социальной работы
и высшего сестринского образования
Набойченко Евгения Сергеевна*

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Левина И.А., Кузьмин К.В.

«КРАСНО-КРЕСТНОЕ» ДВИЖЕНИЕ НА УРАЛЕ НА РУБЕЖЕ 1920–1930-Х ГОДОВ: ПО МАТЕРИАЛАМ ПУБЛИКАЦИЙ «УРАЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЖУРНАЛА» (1928–1931) 5

ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шастин А.С., Газимова В.Г., Бахтерев С.Б.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА-ЮГРЫ И ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 В 2020-2021 ГОДАХ 20

Степин А.В., Гольдштейн С.Л., Кудрявцев А.Г., Ранцева Н.С.

СИТУАЦИОННЫЕ ДИАГРАММЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПАТЕНТОВ НА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ КОМПЬЮТЕРНЫЕ СИСТЕМЫ В ХИРУРГИИ 30

Гольдштейн С.Л., Грицюк Е.М., Мальцев А.Ю.

КАДРОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ В ПОВЫШЕНИИ СТАТУСА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ 43

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Скороходова Л.А.

АСПЕКТЫ ЯТРОГЕННГО ПОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ 59

Пономарева О.Н.

К ВОПРОСУ О ПОВЫШЕНИИ ИННОВАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УНИВЕРСИТЕТОВ 65

ПСИХОЛОГИЯ СПОРТА

Пушкарева И.Н.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ МОЛОДЫХ СПОРТСМЕНОВ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ, ВЫСТУПЛЕНИЙ НА СОРЕВНОВАНИЯХ 75

Носкова М.В.

КОГНИТИВНАЯ РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ КАК МЕТОД РАБОТЫ С НЕГАТИВНЫМИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ У СПОРТСМЕНОВ 83

ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ

Кузьмин К.В., Кульберг А.С., Цветков А.И., Дугина Е.А., Набойченко Е.С., Пупкова И.А., Бессонова М.Ю., Устинов А.Л.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ВОЛОНТЕРСТВА (начало) 89

© Левина И.А., Кузьмин К.В.

УДК 614.885

**«КРАСНО-КРЕСТНОЕ» ДВИЖЕНИЕ НА УРАЛЕ НА РУБЕЖЕ
1920–1930-Х ГОДОВ: ПО МАТЕРИАЛАМ ПУБЛИКАЦИЙ
«УРАЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЖУРНАЛА» (1928–1931)**

Левина И.А.¹, Кузьмин К.В.¹

¹ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Резюме. В статье на основе публикаций «Уральского медицинского журнала» (1928-1931) проанализированы особенности и основные направления деятельности Уральского отделения Российского общества Красного Креста (РОКК) на рубеже 1920-1930-х гг. Выделены два основных направления деятельности Красного Креста на Урале в исследуемый период: 1) военно-санитарная работа (организация кружков и дружин первой помощи, санитарных колонн, курсов «сестер запаса») и 2) медико-санитарная работа (создание первичных пунктов «службы здоровья», яслей, детских площадок, «врачебно-питательных», глазных и венерологических пунктов, женских сельских консультаций и др.). В то же время попытки обеспечить массовость организации при проведении жесткой «классовой» линии на избавление от непролетарских элементов рождали бюрократизацию и формализм деятельности РОКК, отраженный, в частности, в постановке множества глобальных задач при недостаточности как материальных, так и людских ресурсов для их реализации. В целом, РОКК, наряду с другими общественными организациями, созданными в советский период, рассматривалось в первую очередь в качестве инструмента политического воспитания масс, ориентированного на цели социалистического строительства.

Ключевые слова: Красный Крест на Урале, направления и задачи деятельности, военно-санитарная работа, медико-санитарная работа.

**RED CROSS MOVEMENT ON THE URALS AT THE TURN OF THE 1920-1930s:
ACCORDING TO THE PUBLICATIONS OF «URAL MEDICAL JOURNAL» (1928-
1931)**

Levina I.A.¹, Kuzmin K.V.¹

¹ GBPOU "Sverdlovsk Regional Medical College"

Summary. Based on the publications of «Ural Medical Journal» (1928-1931), the article analyzes the features and main activities of the Ural branch of the Russian Red Cross Society (RRCS) at the turn of the 1920s-1930s. Two main areas of activity of the Red Cross on the Urals during the period under study were identified: 1) military and sanitary work (organization of first aid circles and squads, sanitary columns, courses of "reserve nurses") and 2) medical and sanitary work (creation of primary points of the "health service", nurseries, playgrounds, "medical and nutritional", eye and venereal points, women's rural clinics, etc.). At the same time, attempts to ensure the mass character of the organization while pursuing a hard "class" line to get rid of non-proletarian elements gave rise to bureaucratization and formalism of the activities of the RRCS, reflected, in particular, in setting many global tasks with insufficient material and human resources for their implementation. In general, the RRCS, along with other public organizations created during the Soviet period, was considered primarily as a tool for the political education of the masses, focused on the goals of socialist construction.

Keywords: Red Cross on the Urals, directions and tasks of activity, military and sanitary work, medical and sanitary work.

Введение

Российское общество Красного Креста (РОКК), основанное в 1867 г. как Общество попечения о раненых и больных воинах, ныне является старейшей самостоятельной общественной организацией, преследующей такие гуманитарные цели, как спасение жизней, сохранение здоровья и обеспечение безопасности людей, в первую очередь, пострадавших во время военных конфликтов, стихийных бедствий, чрезвычайных ситуаций и пр. В 1877 г. в Екатеринбурге возник местный комитет Красного Креста, открывший в 1880 г. курсы подготовки сестер милосердия, а в 1897 г. появилась Екатеринбургская община сестер милосердия.

В истории РОКК до сих пор существует множество «белых пятен». Внимание отечественных исследователей в первую очередь сосредоточено вокруг изучения дореволюционной истории «красно-крестного» движения как на общероссийском, так и на региональном материале [1; 2; 3; 4], однако, как отмечает А.М. Олешкова, «современные работы о РОКК носят обзорный характер, ...представляя собой юбилейные издания, обобщающие очерки, в том числе и по Уралу, лишь в общем виде связанные с рассматриваемым вопросом. Уральские исследователи, интересующиеся

красно-крестным движением, издают в основном обзорные работы по истории своего края, где фрагментарно освещается история РОКК [5, с. 8].

Цель работы

На основе материалов публикаций «Уральского медицинского журнала» рассмотреть особенности и основные направления деятельности Уральского отделения Российского общества Красного Креста (РОКК) в эпоху «великого перелома» на рубеже 1920-1930-х гг.

Материалы и методы

При подготовке статьи использованы материалы публикаций «Уральского медицинского журнала», издававшегося в Свердловске в 1928–1931 гг. Методы: проблемно-хронологический, контент-анализ журнальных публикаций.

Результаты и обсуждение

Реорганизация работы Красного Креста в новых социально-политических условиях началась сразу после прихода к власти в России большевистской партии. Декретом СНК РСФСР от 6 января 1918 г. было упразднено Главное управление РОКК, а вскоре был образован Центральный комитет Российского Общества Красного Креста (ЦК РОКК). По Уставу 1918 г. Центральный комитет РОКК избирался на съезде РОКК и утверждался ВЦИК. Местными органами РОКК сначала были управления уполномоченных РОКК, которые с 1925 г. стали заменяться управлениями (комитетами) РОКК – областными, краевыми и районными на выборных началах [6].

Уральское областное отделение РОКК начало свою работу в мае 1926 г., когда были созданы его областное (в Свердловске) и окружные управления. При этом, по мнению зам. зав. Уральского облздравотдела Н.И. Когана, «предыдущие годы ничем не содействовали популяризации общества в населении Урала... Область, бывшая ареной гражданской войны, позднее других ликвидировавшая полосу эпидемий, с невероятными затруднениями восстанавливавшая редкую, полуразрушенную сеть лечебно-санитарных учреждений – не имела сколько-нибудь заметной поддержки РОКК в этот трудный для нее период. ...Не было той важнейшей предпосылки успешного роста организации на Урале, какая была у ряда других добровольных обществ, возникших ранее ее и зарекомендовавших уже себя помощью населению в трудные для Урала годы голода, гражданской войны и эпидемий» [7, с. 28].

В конце 1927 – начале 1928 г. в окружных центрах Уральской области, созданной в 1923 г. в результате реформы по укрупнению административно-территориального

деления РСФСР на территории бывших Екатеринбургской, Пермской, Челябинской и Тюменской губерний, были образованы выборные комитеты уполномоченных Общества, избравшие своих делегатов для участия в работе I Областного Уральского съезда РОКК, прошедшего в мае 1928 г.

О быстром росте популярности РОКК на Урале свидетельствовали как увеличение количества добровольных членов Общества, так и рост числа его местных первичных «ячеек» (табл. 1).

Таблица 1
РОКК в Уральской области (1926–1928 гг.) [7, с. 29]

	Членов	Местных ячеек
На 01.10.1926 г.	2212	38
На 01.04.1927 г.	7066	120
На 01.10.1927 г.	12966	245
На 01.01.1928 г.	19517	389
На 01.10.1928 г.	20910	399
На 01.07.1928 г.	23532	449

Таким образом, за очень короткий промежуток времени (1 год 10 месяцев) количество членов РОКК на Урале выросло более чем в 10 раз (с 2212 до 23532 чел.), а число местных ячеек – в 11,8 раза (с 38-ми до 449-ти), что в целом свидетельствовало о привлекательности идей оказания бескорыстной помощи населению в первую очередь среди служащих – медицинских и санитарных работников, а также советских «общественников» (например, жен и членов семей ответ работников государственных учреждений). Например, летом 1928 г. членами РОКК стали 85 работников Свердловского показательного туберкулезного диспансера; были организованы кружок повышенного типа при диспансере и 2 кружка санитарной грамоты – при жактах (жилищно-арендных кооперативных товариществах) [8].

В то же время следует признать, что для Уральской области с ее 6,5-миллионным населением этого было явно недостаточно. К началу 1929 г. больше половины районов области не имели районных комитетов РОКК (к примеру, в Свердловском округе комитеты имелись в 6 районах из 17-ти, а в Шадринском – в 8 из 19-ти).

При этом, как и следовало ожидать, в составе местных первичных организаций РОКК преобладали служащие (55%), представители же рабочих составляли лишь 12%. Неслучайно в связи с этим из 502 ячеек Красного Креста, созданных к 1929 г. в

Уральской области, только 58 функционировали на промышленных предприятиях (например, не было пункта первичной медицинской помощи на Верх-Исетском заводе, где трудилось свыше 4 тыс. рабочих) и 119 – в деревне (23,5%); остальные в основном были организованы при различных советских учреждениях в Свердловске и окружных городах [9].

Надо заметить, что преобладание в составе РОКК представителей непролетарской прослойки, в число которых иногда попадали лица, лишенные избирательных прав (так называемые «лишенцы»), вызывало недовольство властей. В первой половине 1930 г. прошла кампания по перерегистрации наличного состава членов Общества «с целью очистки от чуждых, не советских элементов», а к концу первой пятилетки была поставлена задача «улучшения» его социального состава: не менее 30% общего состава – из рабочих и не менее 10% – из членов их семей [10, с. 108].

При этом при декларировании добровольности участия в работе Красного Креста и относительной его самостоятельности как общественной организации РОКК было обязано согласовывать свою деятельность с местными органами здравоохранения на основах «единой советской медицины», тем самым, фактически находясь под непосредственным руководством и жестким административным контролем по стороны властей.

В частности, основным источником финансирования деятельности «краснокрестных» организаций, наряду с членскими взносами и доходами от продажи санитарно-просветительской литературы, были государственные дотации, выделявшиеся по целевой статье облздравотдела. Отсюда не скрывалась и основная задача деятельности Красного Креста в новых условиях, равно как и всех иных добровольных обществ, а именно – «способствовать делу коммунистического воспитания масс, направлять активность трудящихся масс по советскому руслу, помогать советской власти строить социализм» [11, с. 29].

Тем самым, пределы самостоятельности и автономности деятельности РОКК заранее ограничивались его включенностью в работу по конструированию нового общества, основанного на принципах социальной гигиены; в частности, зам. зав. облздравотдела В.И. Величкин утверждал, что «от широких санитарно-профилактических мероприятий общесоциального порядка до индивидуального труда и быта каждого рабочего и крестьянина – все должно быть рассмотрено с точки зрения

социальной гигиены и в процессе общей социалистической перестройки перестраиваться в полном соответствии с нею» [12, с. 19].

Нужно также учитывать и то, что рубеж 1920-1930-х гг. вошел в историю нашей страны как «эпоха великого перелома» – глобальной социалистической реконструкции всех сфер жизни советского общества, ознаменовавшейся форсированной индустриализацией, массовой трудовой миграцией населения в новые фабрично-заводские центры (ярким примером тому может служить такой «завод-гигант», как свердловский Уралмаш), принудительной коллективизацией сельского хозяйства, «культурной» революцией, внедрением новой «коммунистической» морали и пр. При этом на фоне господствовавшего в сфере коммунистической идеологии тезиса об обострении классовой борьбы в период социалистического строительства СССР представлялся в советской пропаганде как «осажденная крепость», окруженная вражескими империалистическими государствами, экономическое и политическое противостояние с которыми неизбежно в самом скором времени приведет к ожесточенному военному столкновению.

Отсюда на первое место в работе Уральского отделения РОКК вышли задачи политического плана, ориентированные как на «военно-санитарную подготовку для рабоче-крестьянских масс, постоянно находящихся во враждебном окружении классовых врагов», так и на участие в реконструкции промышленности и сельского хозяйства, в связи с чем отмечалось, что необходимо «добиться того, чтобы каждый местный орган РОКК действительно участвовал в социалистическом переустройстве всего народного хозяйства, продвигая идеи культурной революции и проводя работу по оздоровлению труда и быта на всех фабриках и заводах, колхозах и совхозах, жактах, жилтовариществах и т.п.» [13, с. 35-36].

На рубеже 1920-1930-х гг. оформились два основных направления деятельности Уральского отделения РОКК.

1. Военно-санитарная работа, обретшая первостепенное значение «учитывая характер будущей войны, когда тыл неизбежно будет вовлечен в сферу военных действий, когда вопросы оказания первой помощи – раненым, отравленным ядовитыми газами и т.д. – явятся уже не только обязанностью специальных учреждений и медицинского персонала, а станут перед всеми гражданами» [7, с. 30].

В этой связи на врачей-членов РОКК «в порядке добровольной общественной нагрузки» возлагались обязанности по организации и обеспечению

функционирования кружков и дружин первой помощи на промышленных предприятиях, специальных химических, эвакуационных и «питательных» отрядов, а также военно-санитарных колонн. По данным Уральского облздравотдела, к сентябрю 1928 г. было организовано 258 кружков (4107 чел.) и 10 дружин первой помощи (393 чел.). Активисты РОКК приняли участие в проведении «недель обороны» Осоавиахима (1927-1928 гг.), а также в военных маневрах, прошедших летом 1928 г. в Перми. В феврале-марте 1930 г. кружки первой помощи окончили свыше 1,5 тыс. чел., а курсы младших санитарных работников («сестер запаса») – более 560 чел. [14].

К обучению в кружках и на краткосрочных курсах, как правило, привлекались женщины: «Одной из боевых задач РОКК является подготовка мощных пролетарских отрядов самоотверженных женщин – жен, сестер и дочерей борцов за независимость Советского Союза, за право продолжать и довести до конца дело трудящихся всего мира» [15, с. 124].

При этом в условиях кадрового дефицита выпускницы кружков и курсов рассматривались как важнейший резерв пополнения среднего медицинского персонала посредством их «практического стажирования в лечебных учреждениях» [16], что, конечно, никак не отвечало качеству приобретенных ими в ускоренном порядке профессиональных навыков. Неслучайно на рубеже 1920/1930-х гг. на Урале создается сеть медицинских политехникумов (впоследствии, училищ) для подготовки помощников лечащих врачей, помощников санитарных врачей, помощников педиатров и техников по уходу за больными: еще в 1925 г. открылся политехникум в Перми, в 1930 г. – в Свердловске и Нижнем Тагиле, в 1934 г. – в Челябинске и др.

2. Медико-санитарная работа, включившая в себя помощь населению во время стихийных бедствий и эпидемий, борьбу с «социальными болезнями» (туберкулез, сифилис, гонорея, трахома и др.), врачебно-санитарную помощь детскому и женскому населению, а также национальным меньшинствам, помощь и содействие органам здравоохранения в организации медико-санитарной помощи населению.

В 1927-1928 хоз. году на Урале работали 35 учреждений РОКК, в том числе 7 первичных пунктов «службы здоровья юных пионеров», 11 сезонных (летних) яслей для детей колхозников, 5 детских площадок (дневных детских садов), 4 венерологических пункта, 3 женских сельских консультации, 2 глазных пункта, санаторный пионерлагерь, врачебный пункт на тобольском Севере и питательный пункт.

Особое внимание в работе Уральского отделения РОКК уделялось охране материнства и младенчества. К примеру, на сельские консультации возлагались обязанности не только по акушерскому сопровождению беременных и обучению матерей правилам ухода за младенцами, но и по организации летних яслей, детских площадок и уголков «Мать и дитя» в деревенских избах-читальнях, оказанию социальной помощи матери-крестьянке, проведению санитарно-просветительской работы, организации кружков кройки и шитья и пр.

Для работы в летних («летучих») яслях в 1928 г. были организованы курсы подготовки воспитательниц из среды крестьянок; наиболее активные слушательницы курсов в дальнейшем направлялись для обучения в акушерские и сестринские техникумы по решению местного облздравотдела [17]. По плану первой пятилетки сеть летних яслей, организованных РОКК, должна была возрасти вдвое: с 30-ти в 1928/1929 г. до 60-ти в 1932/1933 г. [12, с. 16]. Например, только в Краснополянском районе Ирбитского округа к началу посевной кампании весной 1930 г. местный комитет РОКК открыл 11 постоянных яслей (на 360 детей), организовав «санкультпоход», приобретя 400 аптечек первой помощи для производственных участков и распространив среди населения красно-крестной литературы на 4,5 тыс. руб. [14].

При этом охрана материнства и младенчества преследовала и вполне практические цели, диктуемые потребностями форсированного социалистического строительства, а именно: способствовать скорейшему возвращению женщин-матерей после рождения детей на производство, в связи с чем утверждалось, что «интересы жен рабочих, работниц и крестьянок требуют создания временных яслей, очагов и т.п., разгружающих мать на время выполнения ею гражданского долга» [18, с. 8]. Неслучайно именно на рубеже 1920-1930-х гг. в советском массовом сознании формируется образ идеальной женщины как «работающей матери», то есть совмещающей в себе выполнение двух основных обязанностей: 1) занятость в сфере общественного производства («работа») и 2) рождение детей («материнство»). При этом главной для женщины представлялась первая обязанность – «работа», а воспитание детей, оторванное от семьи, становилось делом общественным через создание особой сети дошкольных учреждений – яслей, детских садов, интернатов и др.

Ряд учреждений РОКК создавался в связи с чрезвычайными обстоятельствами, в первую очередь, неурожаем: так, летом-осенью 1927 г. в Кочевском районе Коми-Пермяцкого округа работали летние ясли, детплощадка (на 50 детей) и 2 питательных пункта; в 1928 г. функционировал «врачебно-питательный» пункт в Сарапульском округе (на 100 чел.). Для ослабленных и больных детей был организован санаторный лагерь юных пионеров на берегу Лысьвенского городского пруда: летом 1927 г. через него прошли 398, а летом 1928 г. – 309 детей.

Большое внимание было уделено организации врачебного и санитарного обслуживания национальных меньшинств: так, в селе Полноват Березовского района (Тобольский округ) организованный РОКК врачебный пункт обслуживал местное хантыйское население; в Сарапульском округе был открыт врачебно-питательный пункт для удмуртского населения, «пораженного недородом и спорыньей», а также для борьбы с трахомой (по результатам работы глазного отряда в Куендинском и Бардымском районах округа в 1927-1928 гг. из 6712 обследованных свыше половины – 51,2% (3435 чел.) – оказались больны трахомой (хроническим конъюнктивитом, в запущенной форме вызывавшим хроническое поражение глаз, ведущее к слепоте), в том числе развившейся на почве отравления спорыньей [19]); в Кунгурском округе был открыт глазной пункт для борьбы с трахомой среди марийского и татарского населения; в Коми-Пермяцком округе – венерологический пункт (венотряд, работавший летом 1928 г. в Гаинском и Кочевском районах, а также в Ленинском сельсовете Кудымкарского района округа, выявил 115 случаев сифилиса – 1,1% от общего числа обследованных [20]). В 1929 г. венерологический пункт РОКК был открыт в Курганском округе (заболеваемость сифилисом там достигала 96 случаев на 10 тыс. нас. при среднем показателе по Уральской области – только 51,9 случая) [9].

В то же время на местные организации Красного Креста возлагались функции, не дублирующие, а восполняющие недостаточность мощностей учреждений здравоохранения в первую очередь с опорой на творческую самодеятельность и самоорганизацию трудящихся масс. Например, к началу посевной кампании весной 1930 г. Уральский областной комитет РОКК сформировал 7, а окружные комитеты – 5 бригад РОКК (каждая бригада – из 2 врачей и 3 сестер РОКК). Для бригад, направляемых органами здравоохранения, было выделено 263 сестры РОКК. При районных комитетах РОКК были открыты двухнедельные курсы для командированных из колхозов с тем, чтобы каждый прослушавший курсы «стал заведывать на своем

производственном участке аптечкой первой помощи и создал у себя в колхозе ячейку РОКК» [14].

В.И. Панов предлагал распространить деятельность РОКК не только на сельскую местность, где практически отсутствовали медицинские учреждения, но и на промышленные предприятия – в ключе борьбы с производственным травматизмом и в связи с недостатком подготовленных кадров медицинских работников: «Из обученных в кружках первой помощи членов РОКК на каждом предприятии, в каждом цехе, в каждой смене могут быть выделены по 2 товарища – дежурные, в распоряжении которых должен находиться ключ от аптечки. В каждом цехе, в каждой шахте можно устроить уголок первой помощи, где находились бы аптечка, умывальник с мылом и полотенцем, необходимый для данного производства плакат-пособие по первой помощи, столик, табуретка и носилки. Все это может быть организовано активностью членов ячеек РОКК, с помощью комитетов РОКК и органов здравоохранения».

То же касалось и медицинского обслуживания сезонных работников, например – лесорубов, сплавщиков леса, строителей: «В каждом курене есть кадр постоянных работников, и если некоторые из них будут соответственно обучены и инструктированы и в каждом курене будет аптечка, то этим мы сделаем значительный шаг вперед по сравнению с тем, что есть в настоящее время» [11, с. 30]. Подготовку к оказанию первой помощи в местах скопления сезонных рабочих, а также обеспечение мелких и временных предприятий аптечками первой помощи должны были взять на себя местные комитеты РОКК [12].

Обсуждались вопросы привлечения активистов Красного Креста к санитарно-просветительской работе с населением, проживавшим в поселках при железнодорожных узлах и станциях, в первую очередь в связи с предотвращением опасности распространения заразных болезней, путем вовлечения в кружки первой помощи и формирования сандружин: «При вспышке всевозможных эпидемий больше всего способствуют и служат рассадниками распространения заразы вокзалы и станции железных дорог вследствие большого скопления в них публики в ожидании отправления поезда, у билетных касс, при посадке в вагоны и т.п.» [21, с. 117].

К массовому вовлечению «добровольцев» в местные организации РОКК подключились и профсоюзные организации. Так, в воззвании Президиума Уральского областного совета профессиональных союзов «Ко всем профорганизациям

Уралобласти» в ноябре 1929 г. давалась директива создать ячейки РОКК «во всех крупных предприятиях и учреждениях с количеством работающих свыше 100 человек», а в рабочих клубах и красных уголках, «там, где это возможно», организовать с привлечением «красно-крестного актива» специальные уголки РОКК. На активистов общества также возлагались обязанности по проведению оздоровительной и санитарно-просветительской работы внутри рабочих общежитий, улучшению санитарного состояния двора и улиц, благоустройству рабочих поселков и развитию антиалкогольной пропаганды [15].

В совместном воззвании Областного отдела здравоохранения и Областного комитета Союза МСТ (Медсантруд – профсоюз работников медико-санитарного труда) «Всем органам и учреждениям здравоохранения, всем профорганизациям МСТ, всем медработникам Урала» в январе 1930 г. подчеркивалась необходимость организации уголков первой помощи (с аптечкой, носилками, умывальником) в каждом заводском цехе «с привлечением к их работе рабочих, прошедших кружки первой помощи РОКК» [22, с. 6].

М.С. Уткин в статье, посвященной подготовке ко второму Уральскому областному съезду РОКК в 1930 г., подчеркивая необходимость «взять под обстрел все недочеты, все извращения генеральной линии социалистического строительства и вытекающих из нее основных задач РОКК, проявления бюрократизма, все нездоровые явления в местных организациях», призывал: «Ни одного района без комитета РОКК, ни одной фабрики, ни завода, ни совхоза, ни колхоза, ни коммуны, ни учреждения – без ячейки РОКК!» [13, с. 36]. Особо акцентировалось внимание на «очищении» РОКК от классово-чуждых элементов в русле следования генеральной линии ВКП(б); неслучайно Н.И. Коган отмечал: «Можно ли говорить о проведении обществом правильной политической линии когда на I-X-1929 г. в составе слушателей кружков первой помощи... было 59,5 проц. «прочих», а в составе санитарных дружин «прочих» 58,6 проц.?» [10, с. 108].

При этом выполнение партийно-советских директив для местных организаций РОКК становилось обязательным: например, согласно постановлению Коллегии Наркомата рабоче-крестьянской инспекции РСФСР по докладу группы здравоохранения о состоянии и борьбе с промышленным травматизмом (1932) местные комитеты Красного Креста совместно с облздравотделами были обязаны «провести проверку и организовать на предприятиях... краткосрочные кружки первой помощи в составе

рабочих и работниц, охватив все основные цеха» [23, с. 44]. В период весеннего сева 1932 г. из запланированных к работе 125 медицинских бригад 20 был обязан сформировать Уральский обком РОКК, подготовив при этом 20 тыс. «кружковцев первой помощи» [24, с. 7].

В целом, Красный Крест рассматривался в ключе иных общественных организаций (например, комсомол, пионерия и др.), появившихся в советский период отечественной истории, в качестве средства политического воспитания масс, а многозадачность, предъявляемая к результатам деятельности Уральского отделения РОКК, никак не отвечала его реальным возможностям, отраженным, в частности, в слабости материальной базы, дефиците материальных и людских ресурсов и пр. Например, В.Ф. Королев, организовавший весной школьный кружок РОКК в пос. Обутки-Куликово (Курганский округ), отмечал, что посещаемость «к 6-му занятию от 30-ти человек упала до 6-ти чел., вследствие чего я прекратил занятия», так как не было прислано «наглядных таблиц, что значительно снижало и понимание и интерес к занятиям» [25, с. 24].

Неслучайно И.В. Тронин в статье «Работа Красно-крестной организации на Урале» (1929) откровенно замечал, что «ячейки и отдельные окружные комитеты оказались малоподвижными для использования всех методов и форм в своей работе»; ограничиваются лишь сбором взносов и продажей санитарной литературы, а «отсутствие снабжения кружков наглядными пособиями со стороны ЦК РОКК, слабая и недостаточная помощь со стороны местных профсоюзных организаций и т.д. создавали большие трудности в работе и в результате многие кружки распадались, не оканчивая работу, в других к концу занятий оставалось 40-50 проц. первоначально записавшихся» [9, с. 18].

Выводы

Тем самым, деятельность РОКК на Урале во второй половине 1920-х – начале 1930-х гг. как общественной самодеятельной организации ярко воплотила в себе противоречия эпохи глобальной социальной реконструкции советского общества. «Погоня» за массовостью в привлечении максимального числа «добровольных членов» в сочетании с ориентацией на «классовую» чистоту организации при вычищении из нее «вражеских» и «подозрительных» элементов стала преобладающей в деятельности местных органов здравоохранения; стремление же к полному

контролю деятельности Общества привело к постепенной утрате самостоятельности и росту формализма в работе местных отделений РОКК.

Приоритеты же военно-санитарной и медико-санитарной работы в 1930-е гг. фактически были исключены из поля деятельности РОКК: постановлением СНК СССР «О Союзе обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР» (1938) из ведения местных комитетов была изъята вся хозяйственная и лечебно-санитарная деятельность, а их усилия были направлены на обслуживание рабочих промышленных строек и железнодорожного транспорта (устройство бань, прачечных, санитарных пропускников и др.).

Список литературы

1. Мельникова Л.В. Крестовоздвиженская община сестер попечения о раненых как прообраз Красного Креста // Российская история. 2009. № 5. С. 119–134.
2. Пахомова Л.А. Становление и развитие общин сестер милосердия в России в конце XIX – в начале XX века // Теологический вестник Смоленской православной духовной семинарии. 2020. № 2(7). С. 51–64.
3. Семячкова В.В. Деятельность уральских комитетов Российского Общества Красного Креста в период русско-японской войны 1904-1905 гг. // Уральский исторический вестник. 2009. № 3(24). С. 45–48.
4. Шаламов В.А. Иркутская Мариинская община сестер милосердия Красного Креста в годы первой мировой войны // Известия Иркутского государственного университета. Серия «История». 2016. Т. 16. С. 162–172.
5. Олешкова А.М. Эволюция организации и деятельности Российского общества Красного Креста во второй пол. XIX в. – 1917 г. (на материалах Урала): Автореф. дисс. ... канд. ист. наук. Екатеринбург, 2012.
6. Фонды Государственного архива Российской Федерации по истории РСФСР. Путеводитель. Объединения взаимопомощи и социальной защиты. <https://guides.rusarchives.ru/funds/centralnyy-komit-et-rossiyskogo-obshchestva-krasnogo-kresta-centrokrest-ck-rokk-1918-1932>. М., 1996. Т. 2.
7. Коган Н.И. РОКК на Урале // Уральский медицинский журнал. 1928. № 1. С. 28–31.
8. О работе ячейки РОКК при Свердловском показательном тубдиспансере // Уральский медицинский журнал. 1928. № 2. С. 174.

9. Тронин И.В. Работа Красно-крестной организации на Урале // Уральский медицинский журнал. 1929. № 8. С. 16–19.
10. Коган Н.И. Итоги V пленума ЦК РОКК // Уральский медицинский журнал. 1930. № 2–3. С. 108–109.
11. Панов В.И. Здравоохранение и РОКК // Уральский медицинский журнал. 1928. № 2. С. 29–31.
12. Величкин В.И. К вопросу о пятилетнем плане уральского здравоохранения (Продолжение) // Уральский медицинский журнал. 1929. № 5. С. 5–19.
13. Уткин М.С. Готовьтесь к с'ездовской кампании Общества Красного Креста // Уральский медицинский журнал. 1929. № 9. С. 35–36.
14. Уткин М.С. РОКК и весенняя посевная кампания // Уральский медицинский журнал. 1930. № 2–3. С. 24–26.
15. Ко всем профорганизациям Уралобласти // Уральский медицинский журнал. 1929. № 7. С. 124–125.
16. Жикин В.А. К вопросу о кадрах работников здравоохранения // Уральский медицинский журнал. 1930. № 2–3. С. 26–30.
17. Инструкция по охране материнства и младенчества // Уральский медицинский журнал. 1928. № 1. С. 127–129.
18. К перевыборам Советов // Уральский медицинский журнал. 1928. № 1. С. 5–8.
19. Родигина А.М. К вопросу о распространении глазных болезней среди населения Бардымского и Куединского районов Сарапульского округа // Уральский медицинский журнал. 1928. № 2. С. 99–105.
20. Юшков П.Д. Венерические болезни среди пермяков // Уральский медицинский журнал. 1929. № 6. С. 88–94.
21. Уткин М.С. Усилим работу Красного Креста на транспорте // Уральский медицинский журнал. 1929. № 7. С. 117–118.
22. Всем органам и учреждениям здравоохранения, всем профорганизациям МСТ, всем медработникам Урала // Уральский медицинский журнал. 1930. № 1. С. 4–7.
23. Постановление Коллегии НК-РКИ РСФСР по докладу группы здравоохранения о состоянии и борьбе с промышленным травматизмом // Здравоохранение на Урале. 1933. № 2–3. С. 42–44.

24. Сербин Г.М. Здоровоохранение на помощь посевной // Здоровоохранение на Урале. 1932. № 1. С. 7–8.
25. Королев В.Ф. С рабочей бригадой в коллективизирующейся деревне // Уральский медицинский журнал. 1930. № 2–3. С. 21–24.

© Шастин А.С., Газимова В.Г., Бахтерев С.Б.

УДК 613.6

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ
ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО
АВТОНОМНОГО ОКРУГА-ЮГРЫ И ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО
АВТОНОМНОГО ОКРУГА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 В 2020-
2021 ГОДАХ**

Шастин А.С.¹, Газимова В.Г.¹, Бахтерев С.Б.²

*¹ФБУН Екатеринбургский медицинский-научный центр профилактики и охраны
здоровья рабочих промышленных предприятий Роспотребнадзора, Екатеринбург,
Россия*

*² ФГБОУ ВО «МИРЭА-Российский технологический университет», Институт
комплексной безопасности и специального приборостроения, Москва, Россия*

Резюме. Исследованы показатели первичной и общей заболеваемости взрослого населения трудоспособного возраста ХМАО-Югра и ЯНАО в период пандемии COVID-19 в 2020-2021 годах. Выявлены региональные особенности заболеваемости в ХМАО-Югра и ЯНАО. Установлены статистически значимые различия показателей в большинстве классов болезней МКБ-10. Заболеваемость населения трудоспособного возраста не является предметом федерального статистического наблюдения и показатели популяционной заболеваемости этой категории лиц недоступны широким кругам специалистов.

Ключевые слова: взрослое население трудоспособного возраста, первичная заболеваемость, общая заболеваемость.

**REGIONAL FEATURES OF MORBIDITY OF WORKING-AGE ADULTS IN THE
KHANTY-MANSI AUTONOMOUS AREA – YUGRA AND YAMAL-NENETS
AUTONOMOUS AREA DURING THE COVID-19 PANDEMIC OF 2020–2021**

Shastin A.S.¹, Gazimova V.G.¹, Bahterev S.B.²

¹Yekaterinburg Medical Research Center for Prophylaxis and Health Protection in
Industrial Workers, Yekaterinburg, Russia

²Institute of Integrated Security and Special Instrumentation, MIREA – Russian
Technological University, Moscow, Russia

Summary. We have studied incidence and prevalence rates in the working-age adult population of the Khanty-Mansi Autonomous Area – Yugra and Yamal-Nenets Autonomous Area during the COVID-19 pandemic in 2020–2021. We revealed regional features of morbidity in the areas and established statistically significant differences between rates in most ICD-10 disease categories. The morbidity of the working-age population is not the subject of federal statistical observation, and the indicators of population morbidity in this category of persons are not available to a wide range of specialists.

Keywords: working-age adults, incidence, prevalence.

Введение

Распространение новой коронавирусной инфекции COVID-19 оказало существенное влияние на все стороны общественной жизни. Исследованию влияния пандемии на заболеваемость различных групп населения посвящено значительное количество работ [1-5].

При этом, исследование показателей заболеваемости населения трудоспособного возраста затруднено отсутствием доступных данных, поскольку последние не предусмотрены федеральным планом статистических работ [6]. Показатели популяционной заболеваемости этой категории лиц недоступны широким кругам специалистов.

Здоровье населения трудоспособного возраста в значительной степени предопределяет качество трудового потенциала в любой экономике мира. Показатели первичной и общей заболеваемости являются важнейшими элементами для оценки популяционного здоровья. Разработка и реализация мер по управлению риском здоровью населения требует наличия объективных данных о заболеваемости в различных возрастных группах.

Высокая степень разнообразия геоклиматических условий, уровня социально-экономического развития и медико-демографических показателей в субъектах Российской Федерации обуславливает необходимость исследования особенностей заболеваемости населения на региональном уровне.

Ханты-Мансийский автономный округ-Югра (далее – ХМАО-Югра) и Ямало-Ненецкий автономный округ (далее – ЯНАО) по данным отечественных исследователей относятся к субъектам с выраженными региональными особенностями [7-11].

Цель работы

Исследование особенностей первичной и общей заболеваемости взрослого населения трудоспособного возраста ХМАО-Югра и ЯНАО в период пандемии COVID-19 в 2020-2021 годах.

Материалы и методы

На основе данных федерального статистического наблюдения о заболеваемости населения РФ выполнено описательное статистическое исследование [12-15].

Объект исследования – взрослое население трудоспособного возраста (в 2012–2019 гг.: женщины 18–54 года, мужчины 18–59 лет, в 2020-2021 гг.: женщины 18–55 лет, мужчины 18–60 лет) ХМАО-Югра и ЯНАО.

Среднегодовая численность взрослого населения трудоспособного возраста определена по бюллетеням Федеральной службы государственной статистики «Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту».

Авторами произведен расчет абсолютных и относительных (на 100 000 человек населения соответствующего возраста) показателей первичной (далее – ПЗ) и общей заболеваемости (далее – ОЗ) взрослого населения трудоспособного возраста (далее – НТВ, население трудоспособного возраста) Российской Федерации (далее – РФ), Уральского федерального округа (далее – УФО), ХМАО-Югра и ЯНАО по 15 классам Международной классификации болезней 10 пересмотра за 2012 – 2021 годы.

Использованы методы описательной и прикладной статистики. Для ведущих причин в нозологической структуре ПЗ и ОЗ НТВ, характерных для РФ в целом, рассчитаны медианные значения (Me) первичной и общей заболеваемости за 2012-2019 годы, 25 и 75 процентиля [Q25; Q75] в целом по РФ, УФО, ХМАО-Югра и ЯНАО. Рейтинговые места классов болезней определены методом прямого ранжирования без учета случаев класса XV (O00-O99) «Беременность, роды и послеродовой период» по данным за допандемический период с 2012 по 2019 год. По всем болезням и для пяти классов МКБ-10, являющихся ведущими причинами ПЗ и ОЗ населения трудоспособного возраста (далее – население ТВ) в РФ, рассчитан темп прироста уровня заболеваемости в 2020 и 2021 годах по отношению к медианным значениям. Проведена оценка статистической значимости различий уровней заболеваемости населения трудоспособного возраста ХМАО-Югра и ЯНАО в 2012-2021 годах. Проверка нормальности распределения проведена с использованием критериев Шапиро–Уилка и Колмогорова-Смирнова. Установлено распределение данных, отличное от

нормального. Для оценки различий показателей применен критерий Манна-Уитни. Критический уровень значимости (p) при проверке нулевой статистической гипотезы об отсутствии различий принимался равным 0,05.

Расчет показателей, ранжирование и статистический анализ данных выполнен с использованием MS Excel и языка программирования Python.

Результаты и обсуждение

Класс МКБ-10 X (J00-J99) «Болезни органов дыхания» занимает первое место в структуре нозологических причин первичной заболеваемости НТВ в целом по РФ в 2012-2019 годах (31,9% всех случаев). В число ведущих причин ПЗ входят, также, классы XIX (S00-T98) «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» (второе место, 16,8%), XIV (N00-N99) «Болезни мочеполовой системы» (третье место, 10,6%), XII (L00-L99) «Болезни кожи и подкожной клетчатки» (четвертое место, 6,7%), XIII (M00-M99) «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (пятое место, 5,1%).

Показатели первичной заболеваемости населения ТВ ХМАО-Югра и ЯНАО в 2012-2021 гг. представлены в таблице 1.

Таблица 1

Первичная заболеваемость населения трудоспособного возраста в РФ, УФО, ХМАО-Югра и ЯНАО в 2012-2021 годах по всем классам болезней и ведущим причинам

(на 100 000 чел.)

субъект	Me±б [Q25; Q75] (2012-2019 гг.)	2020 г (темп прироста к Me (%))	2021 г (темп прироста к Me (%))
по всем классам МКБ-10*			
РФ	53225,2 [53011,8;53578,2]	55967,1 (5,2%)	62146,1 (16,8%)
УФО	55071,2 [53937,0;55406,9]	61097,2 (10,9%)	68147,7 (23,7%)
ХМАО-Югра	54999,0 [53107,2; 56728,0]	59325,5 (7,9%)	62666,2 (13,9%)
ЯНАО	67918,9 [66423,1;74094,2]	91711,8 (35,0%)	88436,1 (30,2%)
X (J00-J99) Болезни органов дыхания			
РФ	17112,8 [16362,6;17527,2]	22379,4 (30,8%)	23311,1 (36,2%)
УФО	16865,3 [16176,5;17718,2]	24513,5 (45,3%)	26624,0 (57,9%)
ХМАО-Югра	14979,3 [13757,5; 16149,1]	21959,7 (46,6%)	22508,9 (50,3%)
ЯНАО	19292,3 [17851,0;20441,5]	35831,8 (85,7%)	32796,1 (70,0%)
XIX (S00-T98) Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин			
РФ	8911,4 [8814,2;9059,4]	8171,3 (-8,3%)	8252,2 (-7,4%)
УФО	10140,2 [9980,1;10220,8]	9356,5 (-7,7%)	9276,9 (-8,5%)

ХМАО-Югра	9922,7 [9516,2; 10300,6]	8189,0 (-17,5%)	8249,7 (-16,9%)
ЯНАО	9291,7 [9247,1;9516,7]	8346,9 (-10,2)	8358,3 (-10,0%)
XIV (N00-N99) Болезни мочеполовой системы			
РФ	5580,5 [5508,9;5814,9]	4400,6 (-21,1%)	4433,4 (-20,6%)
УФО	5497,1 [5263,6;5679,0]	4251,9 (-22,7%)	4097,1 (-25,5%)
ХМАО-Югра	7323,7 [6999,1; 7865,3]	4774,9 (-34,8%)	4760,9 (-35,0%)
ЯНАО	10528,8 [10338,0;11115,8]	8580,7 (-18,5%)	9234,4 (-12,3%)
XII (L00-L99) Болезни кожи и подкожной клетчатки			
РФ	3624,2 [3402,2;3798,8]	2758,1 (-23,9%)	2887,3 (20,3%)
УФО	3865,0 [3433,8;3978,2]	2834,8 (26,7%)	2891,9 (-25,2%)
ХМАО-Югра	4163,0 [4092,6; 4330,0]	3281,5 (-21,2%)	3248,2 (-22,0%)
ЯНАО	3393,2 [3020,1;3512,8]	2796,3 (-17,6%)	3099,1 (-8,7%)
XIII (M00-M99) Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани			
РФ	2670,5 [2640,1;2849,6]	2262,7 (-15,3%)	2373,4 (-11,1%)
УФО	2760,0 [2615,94;2827,7]	2172,6 (-21,3%)	2194,0 (-20,5%)
ХМАО-Югра	3113,3 [2894,2; 3321,3]	2383,5 (-23,4%)	2904,5 (-6,7%)
ЯНАО	4856,9 [4423,0;5066,0]	4994,2 (2,8%)	4769,5 (-1,8%)

**- без учета случаев класса XV (O00-O99) «Беременность, роды и послеродовой период».*

В период распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 в ХМАО-Югра, как и в целом по РФ и УФО, выявлен рост первичной заболеваемости населения трудоспособного возраста по всем классам болезней. Наиболее значительный рост ПЗ населения ТВ ожидаемо оказался в классе X (J00-J99) «Болезни органов дыхания», который и обусловил рост уровня ПЗ по всем классам болезней. При этом, уровень ПЗ БОД в ХМАО-Югра в этот период оказался ниже, чем в целом по РФ и УФО. В иных исследованных классах болезней в 2020-2021 годах выявлено снижение уровня заболеваемости. Исключение составил класс IV (E00-E90) «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ», в котором в 2021 году установлен незначительный рост относительно медианного значения 2012-2019 годов на 0,7%.

В 2020-2021 годах в ЯНАО выявлен значительно более существенный, чем в целом по РФ и УФО, рост ПЗ «по всем классам болезней», обусловленный, в первую очередь, ростом ПЗ болезнями органов дыхания (на 85,7% относительно медианного значения за 2012-2019 годы). Выявлен нетипичный более высокий уровень ПЗ населения ТВ относительно Me в отдельных классах МКБ-10: III (D50-D89) «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» на 40,7% в 2020 году и на 35,5% в 2021 году, IV (E00-E90) «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» на 4,0% в 2020 году и

на 24,4% в 2021 году, IX (I00-I99) «Болезни системы кровообращения» на 29,1% в 2020 году и на 29,6 в 2021 году, XIII (M00-M99) «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» на 2,8% в 2020 году, V (F00-F99) «Психические расстройства и расстройства поведения» на 40,4% в 2021 году.

В большинстве классов болезней уровень ПЗ населения ТВ в ЯНАО статистически значимо ($p < 0,05$) выше, чем в ХМАО-Югра. Исключение составляют болезни класса XII (L00-L99) «Болезни кожи и подкожной клетчатки», уровень первичной заболеваемости которыми в ХМАО-Югра значимо выше ($p = 0,003$). Не выявлено статистически значимых различий в классах I (A00-B99) «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» ($p = 0,529$), VIII (H60-H95) «Болезни уха и сосцевидного отростка» ($p = 0,063$) и XIX (S00-T98) «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» ($p = 0,393$).

Ведущими причинами ОЗ НТВ РФ в 2012-2019 годах явились болезни следующих классов МКБ-10: X Болезни органов дыхания (17,7%), IX Болезни системы кровообращения (12,6%), XIV Болезни мочеполовой системы (10,9%), XIII Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (9,5%), XI Болезни органов пищеварения (8,1%).

Показатели общей заболеваемости населения ТВ ХМАО-Югра и ЯНАО в 2012-2021 гг. представлены в таблице 2.

Таблица 2

Общая заболеваемость населения трудоспособного возраста в РФ, УФО и ЯНАО в 2012-2021 годах по всем классам болезней и ведущим причинам (на 100 000 чел.)

субъект	Me[Q25; Q75] (2012-2019 гг.)	2020 г (темп прироста к Me (%))	2021 г (темп прироста к Me (%))
по всем классам МКБ-10*			
РФ	117248,4 [115798,9;119161,8]	118626,0 (1,2%)	126081,1 (7,5%)
УФО	114826,8 [111809,7;121678,1]	122558,2 (6,7%)	131174,4 (14,2%)
ХМАО-Югра	125864,4 [121006,5;133407,4]	131288,3 (4,3%)	135432,0 (7,6%)
ЯНАО	158049,4 [153253,7;160896,3]	162194,4 (2,6%)	169813,9 (7,4%)
X (J00-J99) Болезни органов дыхания			
РФ	20847,3 [20103,3;21380,8]	26106,3 (25,2%)	27274,5 (30,8%)
УФО	20344,3 [19551,4;21325,5]	28312,4 (39,2%)	30220,6 (48,6%)
ХМАО-Югра	18605,4 [16812,1; 20022,4]	26679,7 (43,4%)	26229,2 (41,0%)
ЯНАО	22593,3 [21107,8;24136,0]	39347,6 (74,2%)	36708,5 (62,5%)
IX (I00-I99) Болезни системы кровообращения			
РФ	14635,2 [13765,3;15814,2]	15945,6 (9,0%)	16273,8 (11,3%)
УФО	11892,9 [11036,08;14111,72]	14453,7 (21,5%)	14778,4 (24,3%)
ХМАО-Югра	10588,8 [9831,8; 11766,4]	12499,3 (18,0%)	13007,7 (22,8%)
ЯНАО	12677,7 [12341,26;13233,38]	12132,1 (-4,0%)	13397,4 (5,7%)
XIV (N00-N99) Болезни мочеполовой системы			
РФ	12857,0 [12640,1;13031,3]	11582,6 (-9,9%)	11849,7 (-7,8%)
УФО	12191,4 [11506,9;12806,2]	11311,9 (-7,2%)	11560,7 (-5,2%)
ХМАО-Югра	17773,2 [16977,6;18203,3]	14855,6 (-16,4%)	15452,7 (-13,1%)
ЯНАО	20215,9 [19940,5;21382,7]	16882,5 (-16,5%)	19175,6 (-5,1%)
XIII (M00-M99) Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани			
РФ	11090,7 [11049,3;11249,7]	10109,3 (-8,9%)	10259,1 (-7,5%)
УФО	10488,9 [10281,4;10974,8]	9333,9 (-11,0%)	9657,7 (7,9%)
ХМАО-Югра	13990,7 [13220,3; 16438,0]	13943,4 (-47,4%)	13356,8 (-4,5%)
ЯНАО	17751,2 [17525,8;18073,0]	16405,3 (-7,6%)	17733,9 (-0,1%)
XI (K00-K93) Болезни органов пищеварения			
РФ	9634,1 [9428,2;9781,8]	8560,4 (-11,1%)	8634,1 (-10,4%)
УФО	9178,91 [7954,5;9624,9]	7840,3 (-14,6%)	7792,6 (-15,1%)
ХМАО-Югра	9492,5 [8573,7; 10771,9]	9136,3 (-3,8%)	9370,3 (-1,3%)
ЯНАО	14750,6 [13397,7;17953,3]	11033,9 (-25,2%)	11972,6 (-18,8%)

*- без учета случаев класса XV (O00-O99) «Беременность, роды и послеродовой период».

В период распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 в 2020-2021 годах в ХМАО-Югра выявлен типичный для РФ и УФО в целом рост ОЗ населения ТВ по всем классам болезней, а также, в классах X (J00-J99) «Болезни органов дыхания» и IX (I00-I99) «Болезни системы кровообращения». Кроме того, в 2021 году выявлен

рост ОЗ в классах II (C00-D48) «Новообразования» (0,4%) и IV (E00-E90) «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» (на 15,2%). В остальных классах болезней уровень ОЗ снизился относительно Me.

В 2020 году в период распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 в ЯНАО по всем классам болезней рост уровня ОЗ НТВ оказался ниже, чем в ХМАО-Югра и в целом по УФО при более значительном темпе прироста уровня ОЗ болезнями органов дыхания. В 2020 году Выявлены нетипичные для РФ и УФО изменения уровня ОЗ: снижение уровня ОЗ болезнями системы кровообращения (-4,3% в 2020 году), в 2020 году), рост заболеваемости болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм (на 5,7% в 2020 году и на 39,4% в 2021 году)

На фоне роста в 2020 году ОЗ болезнями эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ в целом по РФ и УФО в ХМАО-Югра и ЯНАО выявлено снижение этого показателя (соответственно, на -2,0% и -15,1%).

В большинстве классов болезней уровень ОЗ населения ТВ в ЯНАО также статистически значимо ($p < 0,05$) выше, чем в ХМАО-Югра. Не выявлено статистически значимых различий в классах IX (I00-I99) «Болезни системы кровообращения» ($p = 0,075$), XII (L00-L99) «Болезни кожи и подкожной клетчатки» ($p = 0,912$) и XIX (S00-T98) «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» ($p = 0,393$).

Выводы

Уровень первичной и общей заболеваемости взрослого населения трудоспособного возраста в ЯНАО по всем болезням и в большинстве классов МКБ-10 выше, чем в целом по РФ и УФО, а также, статистически значимо выше, чем в ХМАО-Югра.

В период распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 в 2020-2021 годах в ХМАО-Югра и ЯНАО выявлены нетипичные для РФ и УФО изменения показателей первичной и общей заболеваемости этой группы населения в отдельных классах болезней. Высокий темп прироста заболеваемости болезнями органов дыхания обусловил рост ПЗ и ОЗ в ХМАО-Югра и ЯНАО в 2020-2021 годах по всем классам болезней в целом.

Показатели заболеваемости населения трудоспособного возраста должны учитываться при планировании и реализации системных мероприятий по управлению риском здоровью населения на региональном и муниципальных уровнях, а также, при

планировании финансовых и объемных нормативов территориальных программ оказания населению бесплатной медицинской помощи.

Список литературы

1. Пневмонии и COVID-19: анализ заболеваемости и смертности / Н.А. Кравченко [и др.] Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. 2022. № 68(4). С. 2. URL:<http://vestnik.mednet.ru/content/view/1392/30/lang,ru/> (дата обращения: 30.01.2022). <http://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2022-68-4-2>.
2. О состоянии здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа в период пандемии (некоторые итоги 2020 года) / В.М. Чернышев [и др.] // Сибирский научный медицинский журнал. 2021. № 41(6). С. 101–109. <http://dx.doi.org/10.18699/SSMJ20210612>.
3. Bavli I., Sutton B., Galea S. Harms of public health interventions against covid-19 must not be ignored //bmj. – 2020. – Т. 371. – С. m4074.
4. A safe flight for children through COVID-19 disaster: keeping our mind open! / J.P. de Winter [et al.] // European Journal of Pediatrics. 2020. № 179. P. 1175–1177.
5. Заболеваемость трудоспособного населения болезнями системы кровообращения в отдельных субъектах Российской Федерации в 2014–2020 годах / Э.Р. Шайхлисламова [и др.] // Медицина труда и экология человека. 2022. № 3. С. 69–84. <http://dx.doi.org/10.24411/2411-3794-2022-10307>
6. Федеральный план статистических работ // Федеральная служба государственной статистики <https://rosstat.gov.ru/folder/462>.
7. Соколов С.В. Уровень климатической комфортности территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры и оценка качества жизни населения по индексу здоровья // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2020. № 11. С. 17-22. <http://dx.doi.org/10.17513/mjpf.13141>.
8. Трухина О.А. Формирование и ключевые аспекты реализации стратегии социально-экономического развития ХМАО-Югры // Инновационное развитие экономики. 2020. № 1 (55). С. 196-202.
9. Плотников Д.А., Буракова Л.Н. Анализ медико-демографических показателей Ямало-Ненецкого автономного округа // Культура. Наука. Производство. 2022. №9. С. 20-26. http://dx.doi.org/10.52978/26187701_2022_9_20-26.

10. Суптело Н.П., Русов В.В. Особенности экономического развития Ямало-Ненецкого автономного округа и их влияние на социальную сферу региона // Вестник Московского университета им. С.Ю. Витте. Серия 1: Экономика и управление. 2018. № 3 (26). С. 47-53. <http://dx.doi.org/10.21777/2587-554X-2018-3-47-53>.
11. Анализ региональных особенностей, влияющих на организацию и оказание медицинской помощи в ХМАО-Югре / Т.В. Разумова [и др.] // Медицинская наука и образование Урала. 2021. Т. 22. № 4 (108). С. 155-159. <http://dx.doi.org/10.36361/1814-8999-2021-22-4-155-159>.
12. Заболеваемость взрослого населения России в 2013, 2015, 2017, 2019, 2021 году. Статистические материалы. Ч. III. М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2014, 2016, 2018, 2020, 2022.
13. Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста России 2013 2015, 2017, 2019, 2021 году. Статистические материалы. Ч.VII. М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2014, 2016, 2018, 2020, 2022.
14. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2013, 2015, 2017, 2019, 2021 году. Статистические материалы. Ч. IV. М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2014, 2016, 2018, 2020, 2022.
15. Общая заболеваемость населения старше трудоспособного возраста в России в 2013, 2015, 2017, 2019, 2021 году. Статистические материалы. Ч.VIII. М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2014, 2016, 2018, 2020, 2022.

© Степин А.В., Гольдштейн С.Л., Кудрявцев А.Г., Ранцева Н.С.

УДК 004.2+617-089

СИТУАЦИОННЫЕ ДИАГРАММЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПАТЕНТОВ НА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ КОМПЬЮТЕРНЫЕ СИСТЕМЫ В ХИРУРГИИ

Степин А.В.¹, Гольдштейн С.Л.², Кудрявцев А.Г.², Ранцева Н.С.²

¹ ГБУЗ СО Уральский институт кардиологии, Екатеринбург, РФ,

² ФGAOU ВО «Уральский федеральный университет», Екатеринбург, РФ.

Резюме. Информационным поиском, по ключевым словам, выявлены и проанализированы с использованием формализма ситуационных диаграмм патенты (способы и устройства) на интеллектуальные компьютерные системы (ИКС) для прогнозирования риска инфекций в области хирургического вмешательства (ИОХВ).

Ключевые слова: ситуационная диаграмма, оценка патента, интеллектуальные компьютерные системы, хирургия.

SITUATIONAL DIAGRAMS FOR EVALUATING PATENTS FOR INTELLIGENT COMPUTER SYSTEMS IN SURGERY

Stepin A.V.¹, Goldshtein S.L.¹, Kudryavtsev A.G.¹, Rantseva N.S.¹

¹ GBUZ SB Ural Institute of Cardiology, Yekaterinburg, Russia,

² FGAOU VO Ural Federal University Yekaterinburg, Russia.

Summary. Information search by keywords identified and analyzed using the formalism of situational diagrams patents (methods and devices) for intelligent computer systems (ICS) to predict the risk of infections in the areas of surgical intervention (IOC).

Keywords: situational diagram, patent evaluation, intelligent computer systems, surgery.

Введение

Ситуационные диаграммы (СД) – известное средство наглядного графического представления динамического изменения любой проблемной ситуации по ее составляющим [1], как фрагмент метода ситуационного анализа, опыт успешного применения которого известен [2]. Одна из значимых проблемных ситуаций связана с адаптацией и использованием интеллектуальных компьютерных систем (ИКС) в медицине, в частности, в кардиохирургии.

Оценку по СД можно считать основой для выхода на новый уровень принятия решений в проблемных ситуациях. Однозначная информация по рассматриваемой тематике представлена, прежде всего, патентами на устройства и способы в связи с

ИКС. При этом структура патентного описания такова, что позволяет отследить развитие от первоначального прототипа к предложенному автором патента решению и сравнить его с известной логической цепочкой системного мышления: пожелания на улучшение – лозунги – проблематика – объект/субъект – глобальная цель – локальные цели – задачи – функции – параметры [3]. Отступления от этой цепочки создают первый концептуальный барьер, а качество знаний и данных о проблемной медицинской ситуации – второй барьер [4]. Для их преодоления в первую очередь значимы онтологии [5] базовых понятий.

В статье поставлена и решена задача развития метода построения ситуационных диаграмм для оценки патентов на ИКС в хирургии с целью улучшения известных решений. Целевой объект – ИКС как дополнительное средство борьбы с инфекциями в области кардиохирургического вмешательства (ИОХВ).

1. Первичная онтология базовых понятий к термину «Выход на компилятивный прототип»

Онтология представляет собой предметную область на уровне классов-концептов и их отношений [3]. Предлагаемая онтология приведена на рисунке 1:

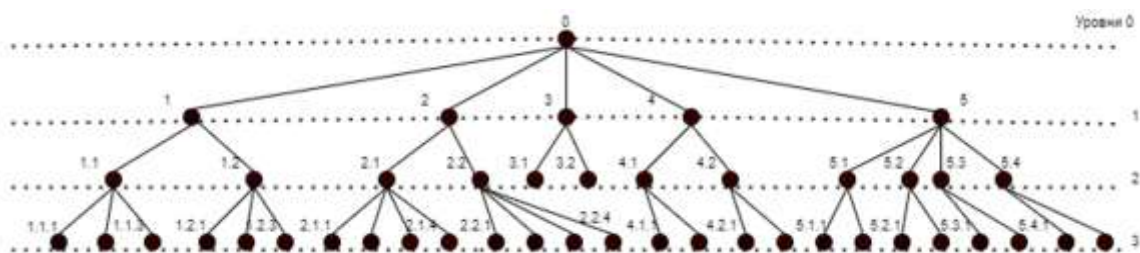


Рисунок 1 – Фрагмент выхода на компилятивный прототип базовых понятий

к термину 0 - выход на компилятивный прототип; 1 - предмет патентования; 2 - состав документа; 3 - табличное представление пула патентных документов; 4 - графика приоритетной ситуации; 5 - результаты анализа; 1.1 - способы; 1.2 - устройства; 2.1 - формула изобретения; 2.2 - описание изобретения; 3.1 - частные таблицы; 3.2 - сводные таблицы; 4.1 - ситуационная диаграмма; 4.2 - временная диаграмма; 5.1 - исходная информация; 5.2 - кандидаты в протоколы; 5.3 - актуальный патент; 5.4 - компилятивный прототип; 1.1.1 - фиксация/оценивание/идентификация; 1.1.2 - диагностика; 1.1.3 - прогнозирование; 1.2.1 - медицинская информационная система - МИС; 1.2.2 - компьютерная система поддержки принятия решений - СППР; 1.2.3 - ИКС; 2.1.1 - однозвенная; 2.1.2 - многозвенная; 2.1.3 - до отличия; 2.1.4 - после отличия; 2.2.1 - тест; 2.2.2 - таблицы; 2.2.3 - графика; 2.2.4 - формулы; 4.1.1 - шаблон; 4.1.2 - наполнение; 4.2.1 - координаты; 4.2.2 - график; 5.1.1 - ссылки; 5.1.2 - тексты; 5.2.1 - правила и критерии 1 отбора; 5.2.2 - аналоги; 5.3.1 - критерии 2 отбора; 5.3.2 - прототипы; 5.4.1 - структура компилятивного прототипа; 5.4.2 - критика компилятивного прототипа и гипотезы о развитии

На этой основе можно, во-первых, сформулировать информационные запросы с выходом на обзор ответов и анализом выявленных патентов на ИКС в хирургии; во-вторых, рассмотреть актуальные когнитивные карты и маршруты [6]. Пример – рис. 2.

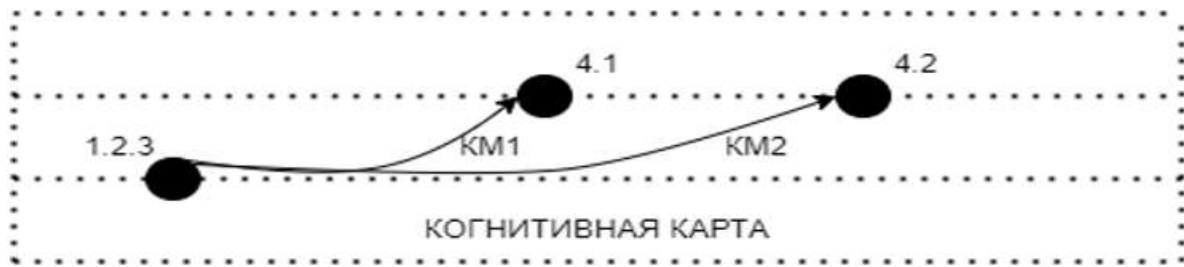


Рисунок 2 – Пример когнитивной карты с когнитивными маршрутами КМ1 и КМ2, где $4.1 = f_1(1.2.3)$ и $4.2 = f_2(1.2.3)$

Видно, что интерес в этом случае связан с зависимостями структуры ситуационных диаграмм (4.1 и 4.2) от описаний ИКС (1.2.3) для кардиохирургии.

2. Общий алгоритм выхода на результаты и инструменты анализа и оценки патентов

Алгоритм приведён на рисунке 3.

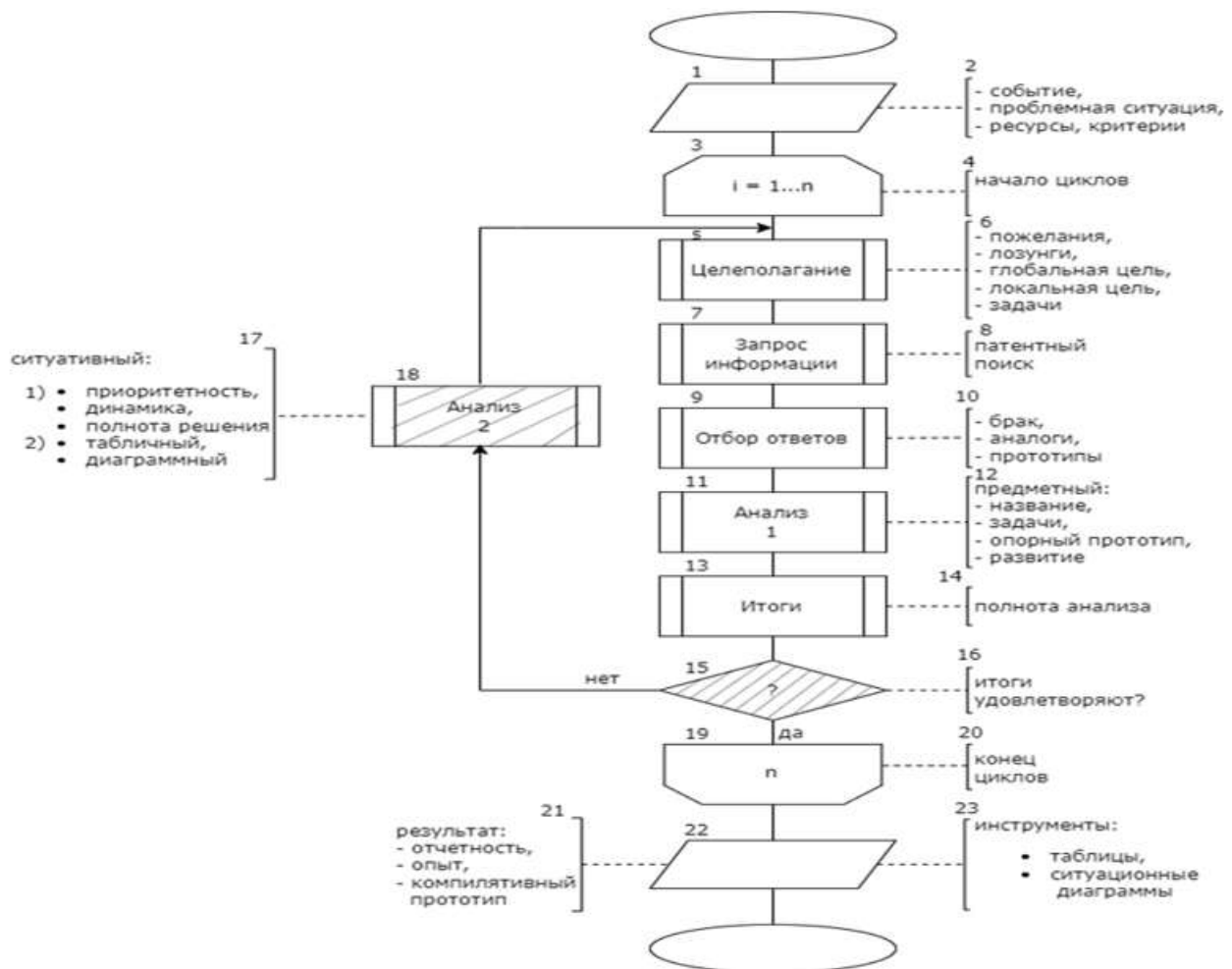


Рисунок 3 – Алгоритм (на языке блок-схем по ГОСТ 19.701) предметно-ситуативного анализа патентной информации

Видно, что предметного анализа (блоки 11 и 12) недостаточно, необходим ситуативный (блоки 17 и 18). Результат – выход на компилятивный прототип (блоки 21 и 22).

3. Примеры результатов патентного поиска

Выход на патенты зависит от ключевых слов запроса. Так запрос: «Кардиохирургия, риски, патент» дал большой перечень патентов, в формуле изобретений которых – лекарственные препараты, антитела и так далее, что не соответствует рассматриваемой тематике. После увеличения длины запроса до «Кардиохирургия, риски, прогнозирование, патент» список ответов-патентов стал немного меньше, но в формулах изобретения опять были описаны химические элементы и препараты. Поэтому ключевые слова снова были увеличены до «Кардиохирургия, риски, прогнозирование с помощью систем, патент». Ответ намного уменьшился и помимо патентов, связанных с химией и медициной, выдан патент, связанный с компьютерными системами, т. е. был найден первый патент – аналог, кандидат в прототипы. Важно, что для эффективности поиска желателен запрос длиной не менее пяти слов, а знаки препинания, падежи и грамматика не влияют на результат.

В итоге патентный поиск дал ещё пять изобретений: способ оценки кардиохирургического лечения [7], система идентификации, извлечения и прогнозирования клинических концепций [8], система для поддержки принятия решений хирургом [9], система и способ для рекомендации параметров для хирургических процедур [10] и поддержка принятия клинических решений [11].

В каждом выделили изобретательские решения до слова «отличающийся» и после него с заполнением таблицы 1.

Действия (до) и (после) в формуле патентов [7÷11]

Способ оценки кардиохирургического лечения [7]		
№ п/п	Метка	Действия
1	До	Проведение полного мониторно-компьютерного контроля
2		Использование математической модели на основе полученных данных
3		Выделение наиболее слабого звена до и после этапа лечения на основе составленной модели
4	После	Оценка качества по моделям
Система идентификации, извлечения и прогнозирования клинических концепций [8]		
1	До	Получение в процессоре медицинской карты
2		Создание электронной системы медицинских записей
3		Выбор процессором релевантной модели
4		Определение процессором первой концепции
5		Получение процессором степени специфичности
6		Идентификация одного, двух или более уровней предопределенного органа
7		Нормализация второй концепции до третьей
8		Предоставление третьей концепции в качестве идентификатора
9		Генерация структурированной записи из идентификатора
10		Наличие ссылки на первую концепцию
11	После	Введение понятий: первой, второй и третьей концепций
Система для поддержки принятия решений хирургом [9]		
1	До	Получение видеозаписи хирургической операции
2		Доступ к одному фрагменту изображений
3		Доступ ко второму фрагменту
4		Доступ к третьему фрагменту
5	После	Определение наличия узла решений

Система и способ для рекомендации параметров для хирургических процедур [10]		
1	До	Получение в качестве входных данных исторических данных хирургической процедуры
2		Генерация алгоритмов параметров хирургической процедуры на основе полученных исторических данных
3		Получение текущих данных хирургической процедуры для пациента
4	После	Применение сгенерированного алгоритма параметров хирургической процедуры
Поддержка принятия клинических решений [11]		
1	До	Идентификация множества типов информации о пациенте
2		Обращения по меньшей мере к одному банку данных для проверки наличия элементов информации о пациенте
3		Определение полноты имеющейся информации, относящейся к конкретному пациенту
4	После	Задание количественной характеристики степени полноты имеющейся информации, относящейся к конкретному пациенту

4. Выход на ситуационные диаграммы

По формулам (1)-(2) рассчитали разрешенность и среднюю разрешенность ситуации:

$$e_i = \frac{M_i}{N_i}, \quad (1)$$

$$e = \sum_i \alpha_i e_i, \quad (2)$$

где e_i – разрешенность, e – средняя разрешенность ситуации, M_i – количество решенных на данный момент задач для i -го патента, N_i – общее количество задач для нее, α_i – весовые коэффициенты.

Эти и другие характеристики сведены в таблицы 2 и 3.

Таблица 2

Обозначения фиксируемых характеристик

№ п/п	Характеристика	Обозначение	
		до	После
1	Общее количество задач	N	
2	Количество решенных задач	M (до)	M (после)
3	Количество задач в процессе решения*)	K	
4	Относительная решенность задач	e (до)	e (после)
5	Необходимость решения задач	f (до)	f (после)
6	Активность решения задач	a (до)	a (после)
7	Вклад автора патента в следующее решение	Δe	

*) Задачи, соответствующие планируемым целям возможных следующих изобретателей в части развития интеллектуальности компьютерных систем в хирургии.

Таблица 3
Значения характеристик по патентам

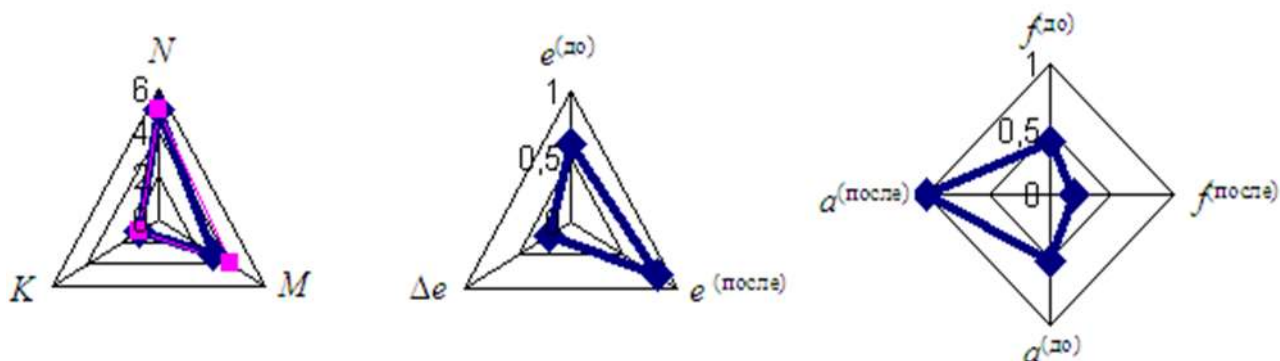
Номер патента	N	$M^{(до)}$	$M^{(после)}$	K
1	5	3	4	1
2	12	10	11	1
3	6	4	5	1
4	5	3	4	1
5	5	3	4	1

Таблица 3а
продолжение таблицы 3

Номер патента	$e^{(до)}$	$e^{(после)}$	$f^{(до)}$	$f^{(после)}$	$a^{(до)}$	$a^{(после)}$	Δe
1	3/5	4/5	2/5	1/5	1/2	1	1/5
2	5/6	11/12	1/6	1/12	1/2	1	1/12
3	2/3	5/6	1/3	1/6	1/2	1	1/6
4	3/5	4/5	2/5	1/5	1/2	1	1/5
5	3/5	4/5	2/5	1/5	1/2	1	1/5

Таким образом представлены данные, достаточные для построения ситуационных диаграмм.

На рисунке ниже представлены ситуационные диаграммы, где здесь и далее (при распечатке на цветном принтере) синие линии на первой диаграмме показывают значения характеристик до формулирования патентного предложения, розовые – после него.



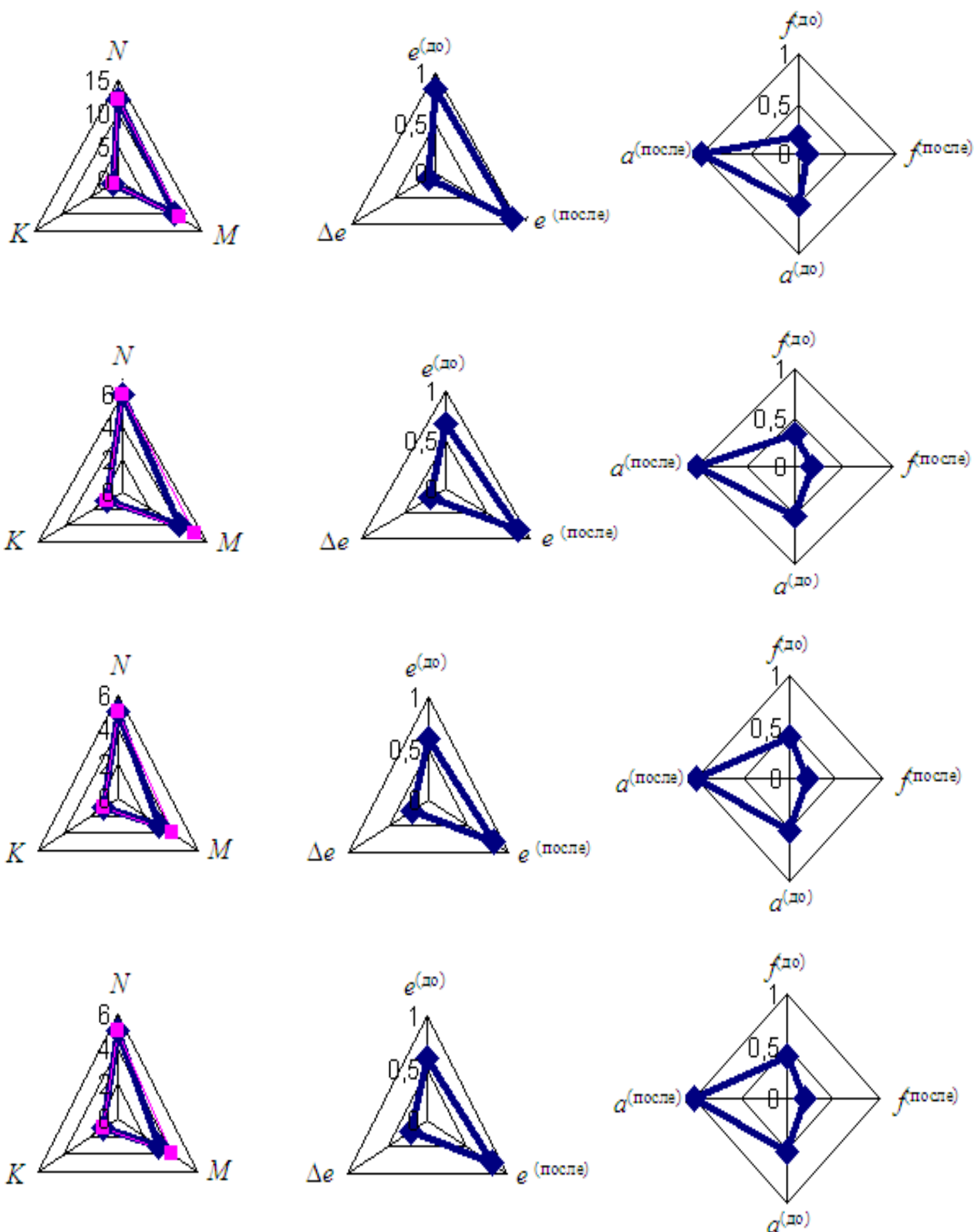


Рисунок 4 – Ситуационные диаграммы для патентов 1-5

Из левой группы диаграмм на рисунке 4 видно ($k = 1$), что актуально развитие ИКС до $K \geq 1$. Из центральной группы следует, что решенность задач не достигает 1. Из правой группы - что активность достигает 1 по уже сформировавшимся задачам, но

не учитывают новые. В итоге, три группы диаграмм по всем 5 патентам дают направление для изобретений в сторону развития ИКС.

5. Пример выхода на компилятивный прототип ИКС, его критику и развитие

Системно-структурные модели для аналогов из учебных пособий по ИКС представлены на рисунках 5-7.

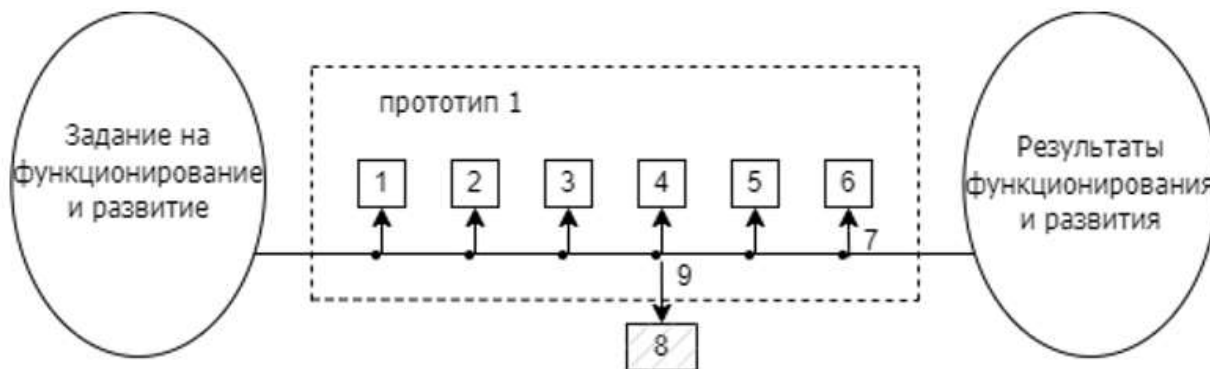


Рисунок 5 – Системно-структурная модель ИКС по [12]

(подсистемы: 1 - пользовательского интерфейса; 2 - базы знаний; 3 - решателя; 4 - редактора знаний; 5 - объяснений; 6 - наполнения знаний; 7,9 - интерфейсы; 8 новая)

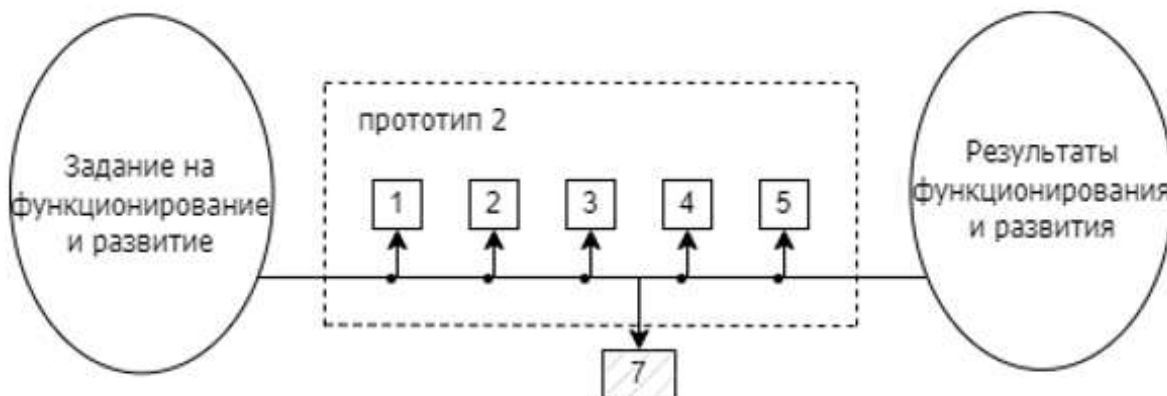


Рисунок 6 – Системно-структурная модель по [13]

(подсистемы: 1 - диалогов; 2 - объяснений; 3 - приобретателя знаний; 4 - решателя; 5 - базы знаний; 6,8 - интерфейсы; 7 - новая)

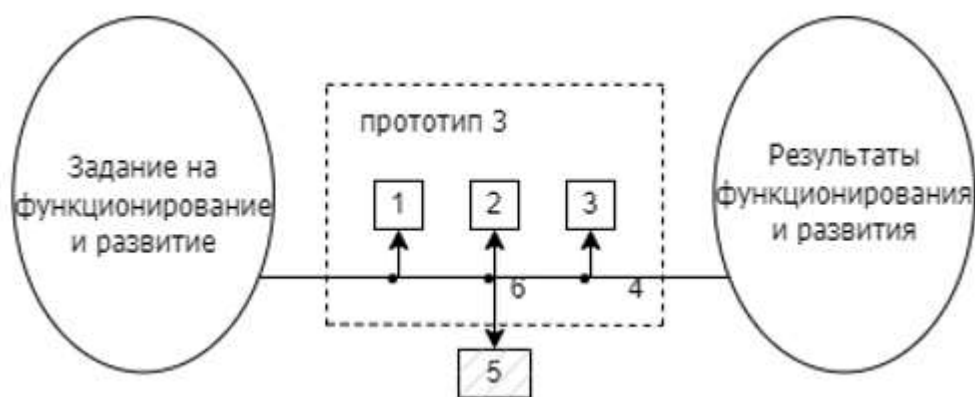


Рисунок 7 – Системно-структурная модель по [14]

(подсистемы: 1 - интеллектуального интерфейса; 2 - базы знаний; 3 - исполнительной системы; 4,6 - интерфейсы; 5 - новая)

Даже учебная литература [12-14] дает, по сути, аналогичные решения, отличающиеся лишь введением структур, учитывающих специфику решаемых задач [15,16]. Это естественно, так как для медицины ИКС известны с 1970-х гг., например, MYCIN. Возможный компилятивный прототип должен включать в себя все подсистемы рис. 5-7 и может быть развит за счет учета специфики решаемой хирургической задачи, в частности учета, мониторингования и минимизации ИОХВ [17]. Тогда можно сформировать список актуальных задач: развития интеллектуальной компьютерной системы для поддержки принятия решений кардиохирургом; прогнозирования возможных осложнений и инфекций; введения в контуры управления процессами дополнительных устройств (ДУ) и т.п.

Также стоит отметить, что интеллектуальная компьютерная система (ИКС), интеллектуальный компьютерный подсказчик (ИКП) и система поддержки принятия решений (СППР), а также системный интеллектуальный подсказчик (СИП) [18], имеют схожие функции, ориентированные на принятие решения исходя из полученных данных и актуальных задач. Учет специфики этих компьютерных систем в связи с особенностями борьбы с ИОХВ можно искать на пересечении объектов диаграммы Венна (рис. 8) с планируемыми ДУ.

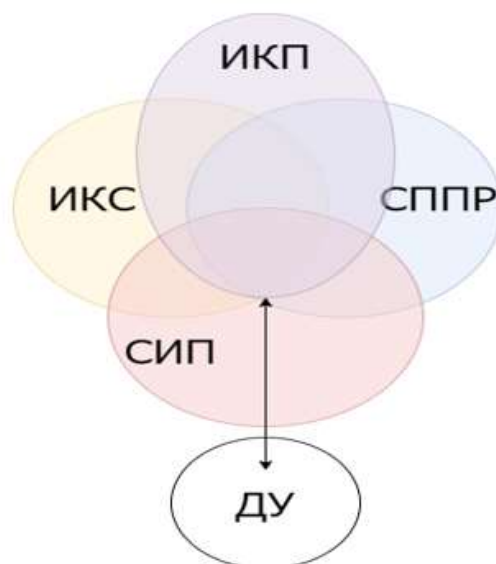


Рисунок 8 – Диаграмма Венна

Результаты:

- Поставлена задача адаптации метода ситуационных диаграмм к оценке патентов на ИКС в хирургии;
- создана первичная онтология базовых понятий к термину «Выход на компилятивный прототип» с примером когнитивного маршрута;
- предложен общий алгоритм выхода на результаты и инструменты оценки прототипов на ИКС в хирургии;
- приведены примеры патентного поиска с переходом от текстового поиска к табличному;
- представлен переход от таблиц к ситуационным диаграммам для оценки патентов;
- рассмотрен пример выхода на компилятивный прототип ИКС, его критики и предполагаемое развитие;

Вывод: ситуационные диаграммы в предложенном варианте могут служить надежным инструментом оценивания патентов на ИКС в хирургии.

Список литературы

1. What is situation analysis? [Электронный ресурс]. – URL: <https://lucidspark.com/blog/what-is-situation-analysis>
2. *Примаков Е.М.* Ситуационные анализы // Методика проведения [Электронный ресурс] / Е.М. Примаков. – URL: <http://www.obraforum.ru/pdf/broshura1.pdf>

3. Печеркин С.С. Способ настройки системы знаний на оценку решенности проблем предприятия // Новые информационные технологии в исследовании дискретных структур. Сборник. Екатеринбург: УрО РАН, 1998. С.46.
4. *Малых В.Л.* Система поддержки принятия решений в медицине [Электронный ресурс] / В.Л. Малых. – URL: <https://goo.su/PuyH>
5. Системный аспект информатизации правоохранительных органов: выход на системные интеллектуальные подсказчики / монография Под ред. С.Л.Гольдштейна. Екатеринбург, 1995. - 190 с.
6. Гольштейн С.Л., Кудрявцев А.Г. Разрешение проблемных ситуаций при поддержке систем, основанных на знаниях. Учебное пособие. Екатеринбург: ИД «Пироговъ», 2006. – 218 с.
7. *Бокерия Л.А.* Способ оценки качества кардиохирургического лечения [Электронный ресурс] / Л.А. Бокерия [и др.]. – URL: https://yandex.ru/patents/doc/RU2138048C1_19990920
8. *Лукас М.* Система идентификации, извлечения и прогнозирования клинических концепций и связанные с ней методы [Электронный ресурс] / М. Лукас [и др.]. – URL: <https://patents.google.com/patent/US10957433B2/en?q=an+intelligent+prompter+for+predicting+infections+in+cardiac+surgery&oq=an+intelligent+prompter+for+predicting+infections+in+cardiac+surgery>
9. *Вольф Т.* Система поддержки принятия решений хирургом [Электронный ресурс] / Т. Вольф [и др.]. – URL: <https://patents.google.com/patent/US10886015B2/en?q=surgery+infection+intelligent+prediction+system&oq=surgery+infection+intelligent+prediction+system&page=3>
10. *Ависа М.* Система и способ для рекомендации параметров для хирургических процедур [Электронный ресурс] / М. Ависа [и др.]. – URL: [https://patents.google.com/patent/CN114173692A/en?q=\(computer+intellectual+system+for+cardiac+surgery\)&oq=computer+intellectual+system+for+cardiac+surgery](https://patents.google.com/patent/CN114173692A/en?q=(computer+intellectual+system+for+cardiac+surgery)&oq=computer+intellectual+system+for+cardiac+surgery)
11. *Трюйан Р.* Поддержка принятия клинических решений [Электронный ресурс] / Р. Трюйан [и др.]. – URL:

[https://patents.google.com/patent/RU2573218C2/ru?q=\(~patent%2fRU2662549C&page=2](https://patents.google.com/patent/RU2573218C2/ru?q=(~patent%2fRU2662549C&page=2)

12. Яснцикий Л.Н. Введение в искусственный интеллект. Учебное пособие. М.: Издательский центр «Академия», 2005. 175 с.
13. Попов Э.В. Статические и динамические экспертные системы. Учебное пособие. / Э.В. Попов, И.Б. Фоминых, Е.Б. Кисель, М.Д. Шапот // М.: Финансы и статистика, 1996. 320 с.
14. *Остроух А.В.* Интеллектуальные системы [Электронный ресурс] /А.В. Остроух. – URL: <https://lib.madi.ru/fel/fel1/fel16E379.pdf>
15. *Калинин Ю.И.* Связная экспертная система [Электронный ресурс] / Ю.И. Калинин. – URL: https://yandex.ru/patents/doc/RU29597U1_20030520
16. *Калинин Ю.И.* Поисковая экспертная система [Электронный ресурс] / Ю.И. Калинин [и др.]. – URL: https://yandex.ru/patents/doc/RU2485581C1_20130620
17. *Степин А.В.* Влияние некоторых интраоперационных факторов на возникновение инфекционных осложнений в кардиохирургии [Электронный ресурс] / А.В. Степин. – URL: <https://goo.su/Jgmc>
18. Печеркин С.С. Системный интеллектуальный подсказчик / С.С. Печеркин, С.Л. Гольдштейн // Новые образовательные технологии в вузе. Сборников тезисов докладов: Часть 1. Екатеринбург: ГОУ ВПО УГТУ-УПИ, 2008. – С. 298-304.

© Гольдштейн С.Л., Грицюк Е.М., Мальцев А.Ю.

УДК 004.02+614.2

КАДРОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ В ПОВЫШЕНИИ СТАТУСА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ

Гольдштейн С.Л.¹, Грицюк Е.М.², Мальцев А.Ю.¹

¹ФГАОУ ВО УрФУ, г. Екатеринбург, РФ

² ГАУЗ СО ЦГКБ №24, г. Екатеринбург, РФ

Резюме: в статье представлены разделы: логика решения задачи о влиянии кадрового потенциала на повышение статуса эпидемслужбы медицинского учреждения в экстремальных ситуациях; формализованные описания работы службы; пример использования математической модели взаимодействия руководителя и коллектива; статус и кадровый потенциал; экстремальная ситуация; программный тренажер.

Ключевые слова: медицинское учреждение, эпидемслужба, статус эпидемслужбы, кадровый потенциал, экстремальная ситуация.

STAFF POTENTIAL IN INCREASING THE STATUS EPIDEMIOLOGICAL SERVICE OF MEDICAL INSTITUTS BY EXTREME SITUATION

Goldstein S.L.¹, Gritsyuk E. M.², Maltsev A.Yu.¹

¹UrFU, Yekaterinburg, Russian Federation

²GAIM SR Central City Clinical Hospital No. 24, Yekaterinburg, Russian Federation

Summary. the article presents the logic of solving the problem of the impact of personnel resources on raising the status of the epidemiological service of a medical institution in extreme situations; formalized descriptions of the work of the service; an example of using a mathematical model of interaction between the manager and the team; status and personnel potential; extreme situation; software trainer.

Keywords: medical institution, epidemic service, status of the epidemic service, personnel potential, extreme situation.

Введение

Исторически сложилось так, что статус эпидемиологической службы (ЭПС) медицинских учреждений (МУ) был не высок. С появлением и распространением

экстремальных эпидситуаций задача повышения статуса ЭПС стала значительно более актуальной. Ее решение связано с несколькими факторами, среди которых заметную роль играет функционирование кадрового потенциала [1]. Цепочка базовых рассуждений для решения этой задачи может быть представлена с помощью ключевых понятий: экстремальная эпидситуация → результативность ее парирования → стратегия управления парированием → ресурсы управления → статус ЭПС МУ → кадровый потенциал. Для решения задачи повышения статуса ЭПС МУ при экстремальной эпидситуации в статье рассмотрены вопросы: логики решения, алгоритмического описания работы ЭПС, математических моделей этой работы и анализа конкретного примера, связи статуса и кадрового потенциала, экстремальной ситуации, создания компьютерного тренажера.

1. О логике решения задачи

Будем полагать, что имеется информация о МУ и его ЭПС в разных (штатных и экстремальных) эпидситуациях, т.е. данные о результативности деятельности, о стратегии управления, о статусе ЭПС и ее кадровом потенциале. Рассмотрим некоторые тенденции. Графический образ динамики статуса (St) ЭПС может быть представлен рисунком 1,

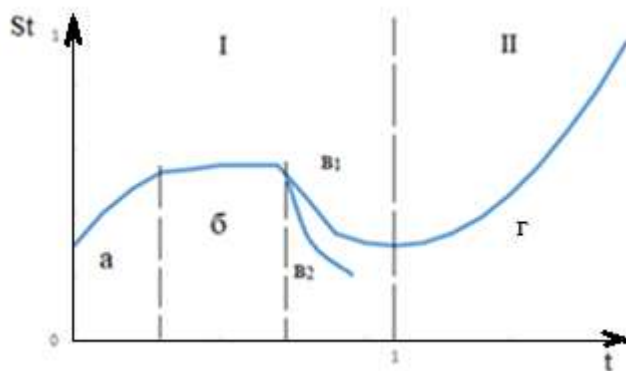


Рис.1 Характер зависимости $St - t$

(периоды времени t : а – развитие, б – зрелость, v_1 – старение, v_2 – кризис, г – новое развитие; соотношение ресурсов управления: $II > I$)

При этом исходили из нескольких известных функциональных связей:

$$\begin{cases} RT = f_1(Str, t) & , [2] & (1) \\ Str = f_2(St, t) & , [3] & (2) \\ St = f_3(\sum_i \varphi_i, t) & , [1] & (3) \end{cases}$$

где RT – результативность ЭПС как системы, Str – качество стратегия управления ее ресурсами, St – статус подсистем ЭПС, φ_i – потенциал i -ой подсистемы.

Их общий характер имеет вид $y = f(x)$, рисунок 2.

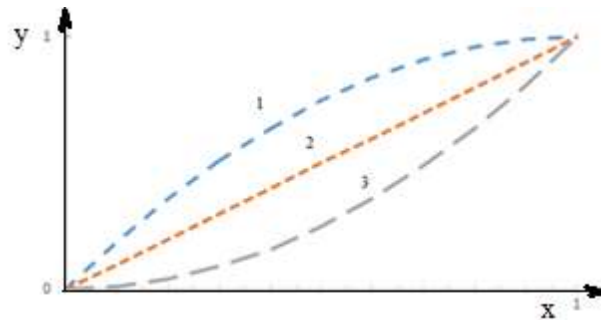


Рис.2 Варианты зависимостей $y = f(x)$

(1 – опережение, 2 – прямая пропорциональность, 3 – отставание)

При этом иерархия понятий для $\sum_{i=1}^7 \varphi_i$ из формулы (3) представлена рисунком 3.

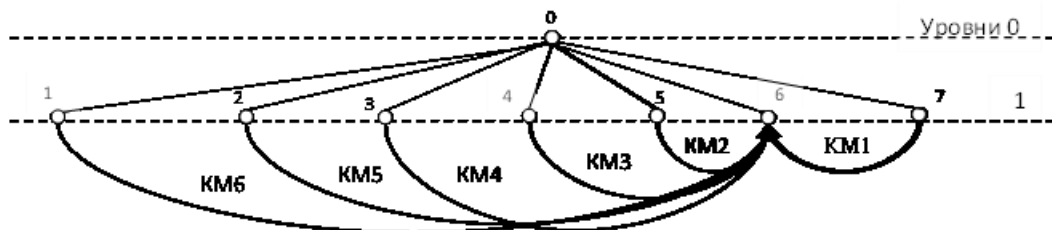


Рис.3 Фрагмент иерархии понятий, как когнитивной карты, к термину (0) – интеграционный потенциал эпидслужбы (ИП ЭПС) МУ с когнитивными маршрутами КМ(1-6) (состав ИП ЭПС: 1 – финансовый, 2 – материальный, 3 – энергетический, 4 – временной, 5 – информационный, 6 – кадровый, 7 – административный)

Кадровый потенциал ($i = 6$), как правило, сильно зависит от $i = 7$ и $i = 1$.

Таким образом уточнены ключевые термины по логике решения задачи: динамика статуса ЭПС, связь статуса с интеграционным (и, в частности, с кадровым) потенциалом, причины и следствия между понятиями и когнитивные маршруты по онтологии ИП ЭПС.

2. О формализованном описании работы ЭПС МУ

В качестве примера рассмотрено МУ, где ЭПС представлена эпидотделением в составе 8 штатных единиц, в том числе 1-го заведующего, 5-и врачей-эпидемиологов (из которых 2 – помощники заведующего) и 2-х дезинфекторов. Алгоритм их работы, составленный на базе нормативных документов, приведен на рисунке 4.

При этом в каждый момент времени, причем не только рабочего, есть помехи/препятствия результативной деятельности: естественные / рабочие (V_1) и искусственные / экстремальные (V_2):

$$V = \langle V_1, V_2; R_1 \rangle, \quad (4)$$

где R_1 – матрица связи.

Естественными можно считать старение кадров, оборудования и помещений; профессиональное выгорание персонала; «сложные» взаимоотношения в команде и др., а искусственными – пандемию, военную обстановку и т.п. Тогда статус в экстремальной ситуации ($\bar{S}t$) можно представить упрощенно функциями 5 и 6 и кортежами 7÷9:

$$\bar{S}t = f_1(\varphi_k, E, t), \quad (5)$$

$$\varphi_k = f_2(u, v, t), \quad (6)$$

$$E = \langle A, RS; R_2 \rangle, \quad (7)$$

$$u = \langle A, RS; R_3 \rangle, \quad (8)$$

$$v = \langle \bar{A}, \bar{RS}; R_4 \rangle \quad (9)$$

где φ_k – кадровый потенциал ЭПС, E – глобальная цель, u – персонал «работники», v – персонал «имитаторы», A – цель «работников»: решить поставленные руководителем задачи в кратчайшие сроки ресурсами RS , \bar{A} – цель «имитаторов»: минимизировать затраты собственных ресурсов \bar{RS} ; $R_2 \div R_4$ – матрицы связей.

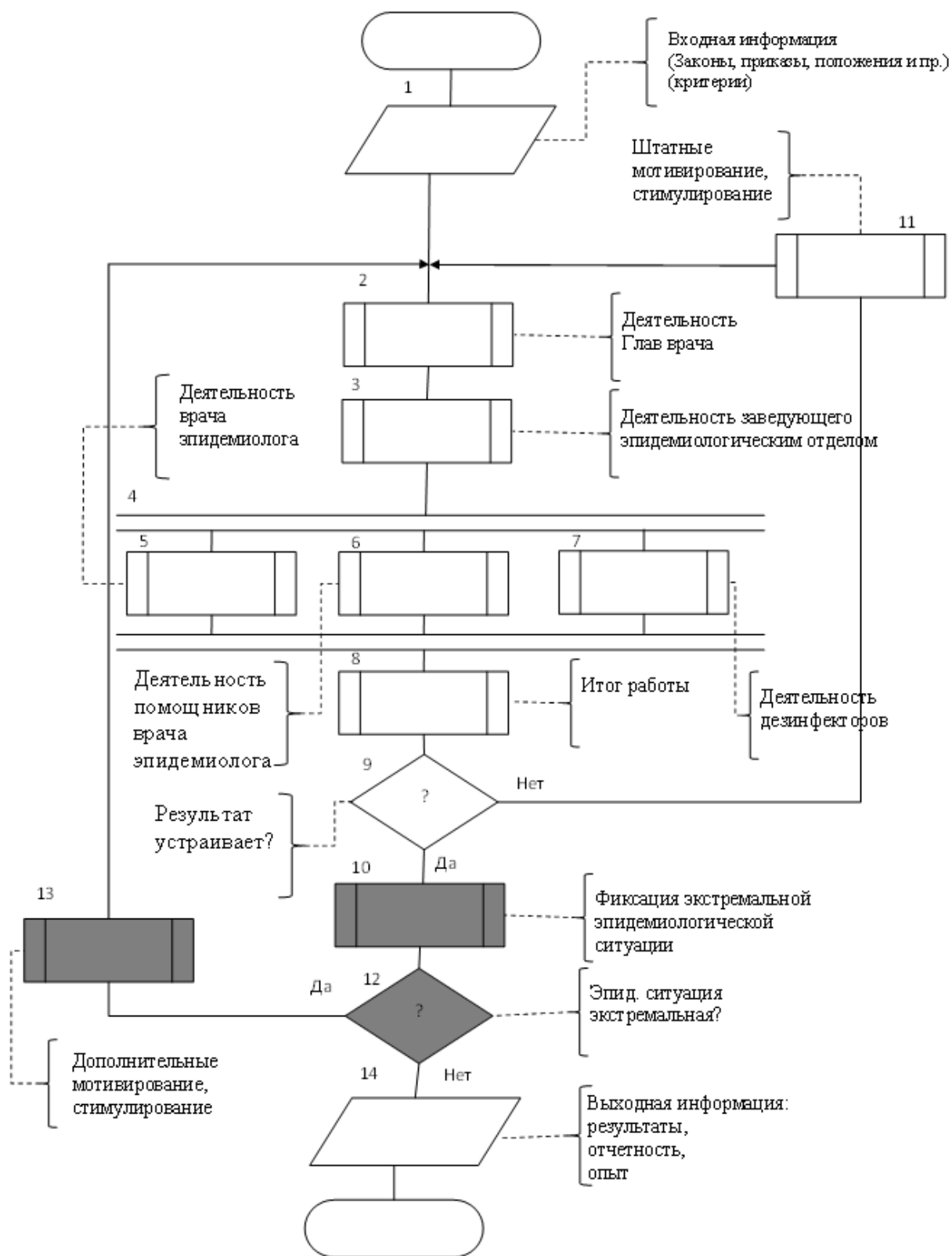


Рис.4 Алгоритм (по ГОСТ 19.701) работы эпидотделения МУ
(фоном обозначены блоки новизны за счет самоорганизации – 13)

С учетом функциональных и структурных связей (4) ÷ (9) актуальны вопросы управления разрешением экстремальной ситуации. Среди известных пяти видов управления [4] в данном случае целесообразно выбрать адаптивное [5], в котором недостаток априорной информации можно компенсировать за счет использования текущих сведений, т.е. возможности скорректировать управление за относительно короткое время. Структура приведена на рис. 5.

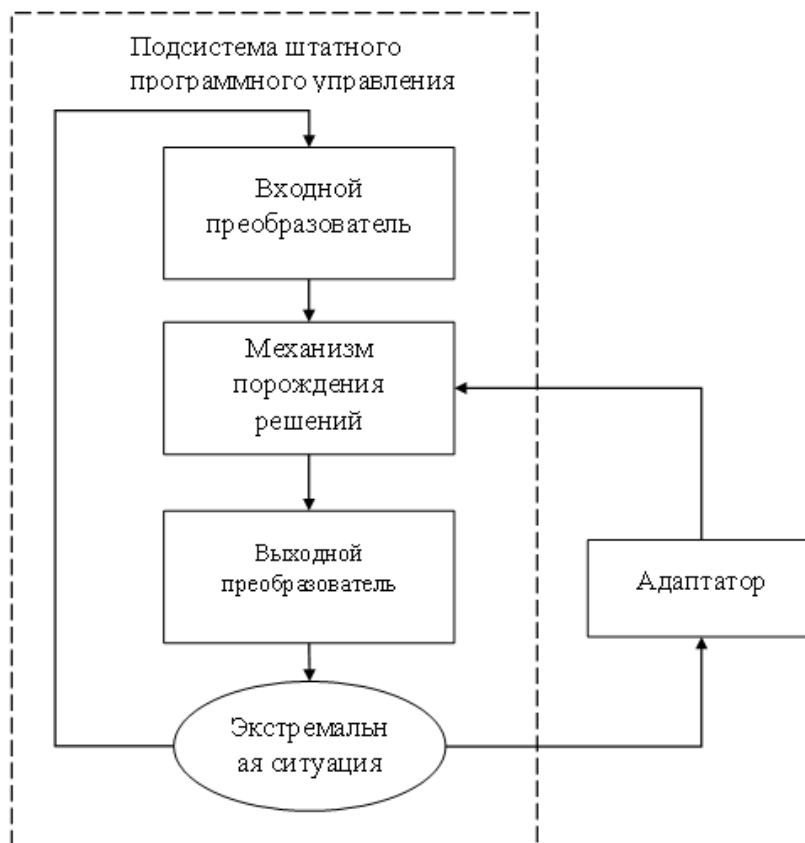


Рис.5 Структура адаптивного управления

Известна соответствующая математическая модель [6]:

$$\dot{Y}(t) = A_1 * Y(t) + A_2 * Y(t - \tau) + \int_{-\infty}^{t-\tau} Y(t - \delta_1) d\sigma_1((S, t), \tau) + \dots + \quad (10)$$

$$+ \int_{-\infty}^{t-\tau} Y(t - \delta_k) d\sigma_k((S, t), \tau) + u(t - \tau_u) + v(t - \tau_v),$$

где Y – состояние ситуации; \dot{Y} – производная по времени; A_1, A_2 – коэффициенты; τ – время, предшествующее управлению, δ_i – запаздывание по времени, t и S – время, u – полезное управление, в т.ч. мотивирование и стимулирование кадрового потенциала, v – контр управление, \int – интеграл, отражающий изменения экстремальной ситуации.

При этом кадровый потенциал может проявлять себя в самых разных взаимодействиях внутри коллектива эпидотделения. Из большого списка известных моделей на эту тему [7] нами рассмотрен один из них.

3. Пример «руководитель – коллектив»

В этом примере использован упрощенный вариант, а именно, руководитель дает «правильные» задания, т.е. не вносит в работу то, что называют хаосом, энтропией, беспорядком и т.п. Он системно мыслит, понимает суть событий, анализирует проблемную ситуацию, имеет стратегию ее разрешения и соответствующие ресурсы [8]. Тогда на основе [7] дополнена нами и применена динамическая модель (11), описывающая возможные конфликты в коллективе:

$$\begin{cases} \dot{x} = \alpha_1(x + S) - \alpha_2 \cdot S \cdot x, \\ \dot{S} = \beta_1 \cdot S + \beta_2 \cdot S^2 - \beta_3 \cdot S \cdot x - \beta_4 \cdot S^2 \cdot x, \end{cases} \quad (11)$$

где спецификация – в табл.1.

Таблица 1
Спецификация элементов модели (11) – начало

№ п/п	Элемент	Семантика элементов	Размерность*)	
1	x	Список плановых заданий	[з]	
2	\dot{x}	Скорость генерирования плановых заданий	[з/∂]	
3	S	Список невыполненных заданий	[з̄]	
4	\dot{S}	Скорость появления невыполненных заданий	[з̄/∂]	
5	α_1	коэффициенты	Обратное время	[1/∂]
6	α_2		Обратная одинарная производительность по \bar{S}	[1/∂ · з̄]
7	β_1		Обратное время	[1/∂]
8	β_2		Обратная одинарная производительность по S	[1/∂ · з̄]
9	β_3		Обратная одинарная производительность	[1/∂ · з]
10	β_4		Обратная двойная производительность по S и \bar{S}	[1/∂ · з̄ · з]
11	S ²		Без всякого обсуждения	[з̄ ²]
12	S·x	Обсуждение с начальником	[з̄ · з]	
13	S ² ·x	Обсуждение с начальником и виновником	[з̄ ² · з]	
14	x+S	Сумма плановых и невыполненных заданий	[з + з̄]	

Таблица 1а

Спецификация элементов модели (11) – окончание

16	$-\alpha_2 \cdot S \cdot x$	Уменьшение скорости генерирования заданий с учетом их обсуждения в коллективе с руководителем	$\left[\frac{\bar{z}}{\partial} \right]$
17	$\beta_1 \cdot S$	Увеличение скорости хаоса от невыполненных заданий	$\left[\frac{\bar{z}}{\partial} \right]$
18	$\beta_2 \cdot S^2$	Увеличение скорости хаоса за счет отсутствия всяких обсуждений	$\left[\frac{\bar{z}}{\partial} \right]$
19	$-\beta_3 \cdot S \cdot x$	Уменьшение скорости хаоса за счет обсуждения ситуации с начальником	$\left[\frac{\bar{z}}{\partial} \right]$
20	$-\beta_4 \cdot S^2 \cdot x$	Уменьшение скорости хаоса за счет обсуждения ситуации с начальником и виновником	$\left[\frac{\bar{z}}{\partial} \right]$

*) z – плановое задание, \bar{z} – задание, невыполненное по сути или (что не указано в табл.) $\bar{\bar{z}}$ – выполненное несвоевременно или $\bar{\bar{\bar{z}}}$ – видоизмененное, ∂ - рабочий день.

Для анализа имеющихся и возможных проблемных рабочих ситуаций в эпидотделении взяты конкретные условные данные – табл.2.

Таблица 2

Условные количества заданий в эпидотделении МУ

Время	Задания				
	x		x - S	$\bar{S} + \bar{\bar{S}}$	$\bar{\bar{\bar{S}}}$
	руководителю	подчиненным	выполненные	невыполненные	видоизмененные
День	1	7	5	2	1
Неделя	5	35	25	10	5
Месяц	20	140	100	40	23

Анализ ситуации первоначально вывел на характеристики, сведенные в таблицу 3.

Таблица 3

Количество и вес потенциальных источников хаоса/порядка
в коллективе эпидотделения МУ

Источники хаоса/порядка		Характеристики источников		
вид	должность	количество	вес	
п е р с о н а л	старший руководитель МУ	1	0,40	
	руководитель эпидотделения	1	0,30	
	помощник руководителя эпидотделения	2	0,15	
	врачи эпидемиологи	3	0,10	
	дезинфекторы	2	0,05	
о б с у ж д е н и я	парные	старший руководитель - руководитель	1 0	0,20
		руководитель – помощник руководителя	1÷2 0	
		помощник руководителя - врач	1÷3 0	0,40
		врач - дезинфектор	1÷3 0	
	множес- твенные	руководитель –	1	0,50
		помощник – виновник	1÷3	0,15
		помощник – врач –	1	0,30
		виновник	1÷3	0,05

Значимость выполненных и невыполненных заданий можно связать с весами из табл.3.

Затем полезно обратить внимание на наглядность данных и мерность задачи. Они отражены на рис.6. Представлены 2 невыполненных дневных задания (второе и шестое) и два соответственно составленных об этом протокола (P_д).

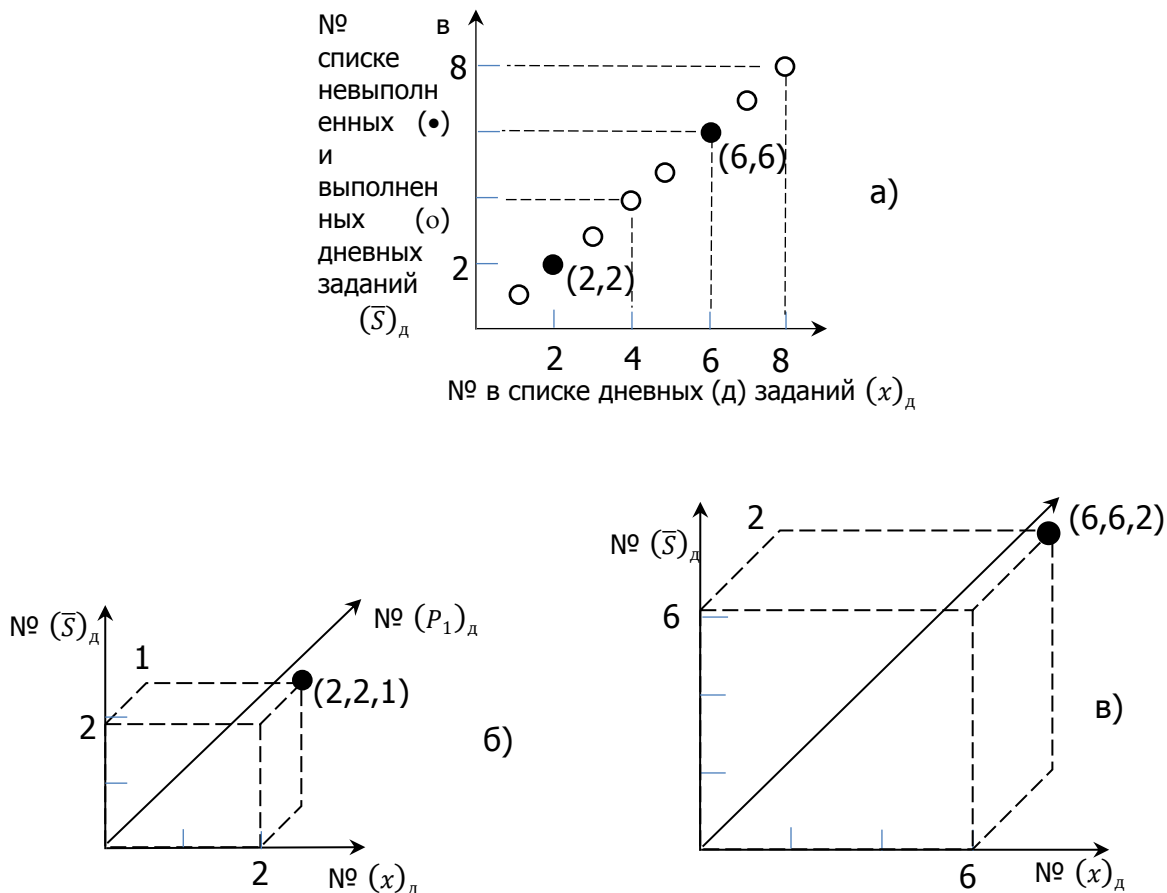


Рис. 6 Иллюстрация двумерной (а) и трехмерных (б,в) задач выявления, обсуждения и выработки управленческих решений по невыполненным дневным (д) заданиям 2 и 6 в протоколах №(P₁)_д и №(P₂)_д соответственно.

Для решения системы дифференциальных уравнений (11) использован ее безразмерный вариант (12) и библиотека SciPi языка Python.

При переходе к безразмерному варианту модели (11) справедливо:

$$\begin{cases} \frac{\dot{x}^\Phi}{\dot{x}^T} = \alpha_1 \left(\frac{x^\Phi}{x^T} + \frac{S^\Phi}{S^D} \right) - \alpha_2 \left(\frac{Sx^\Phi}{S^D x^T} \cdot \frac{x^\Phi}{x^T} \right), & (12) \\ \frac{\dot{S}^\Phi}{\dot{S}^D} = \beta_1 \left(\frac{S^\Phi}{S^D} \right) + \beta_2 \frac{(S^2)^\Phi}{(S^2)^D} - \beta_3 \frac{(S)^\Phi}{(S)^D} \cdot \left(\frac{x^\Phi}{x^T} \right) - \beta_4 \frac{(S^2)^\Phi}{(S^2)^D} \cdot \left(\frac{x^\Phi}{x^T} \right), & (13) \end{cases}$$

где $\alpha_1 + \alpha_2 = 1$, $\beta_1 + \beta_2 + \beta_3 + \beta_4 = 1$, Φ – фактическое, T – требуемое, D – допустимое значения, $x^T, \dot{x}^T, S^D, \dot{S}^D \neq 0$.

Рассмотрено 10 вариантов (табл.4). Решения приведены на рис.7

Варьируемые значения весовых коэффициентов модели (12)

№ графиков на рис. 7	α_1	α_2	β_1	β_2	β_3	β_4
1	0.5	0.5	0.3	0.3	0.3	0.1
2	0.8	0.2	0.3	0.3	0.3	0.1
3	0.2	0.8	0.25	0.25	0.25	0.25
4	0.5	0.5	0.7	0.1	0.1	0.1
5	0.5	0.5	0.25	0.25	0.25	0.25
6	0.7	0.3	0.3	0.5	0.1	0.1
7	0.6	0.4	0.2	0.2	0.5	0.1
8	0.6	0.4	0.2	0.2	0.1	0.5
9	0.6	0.4	0.6	0.2	0.2	0
10	0.6	0.4	0.1	0.7	0.2	0

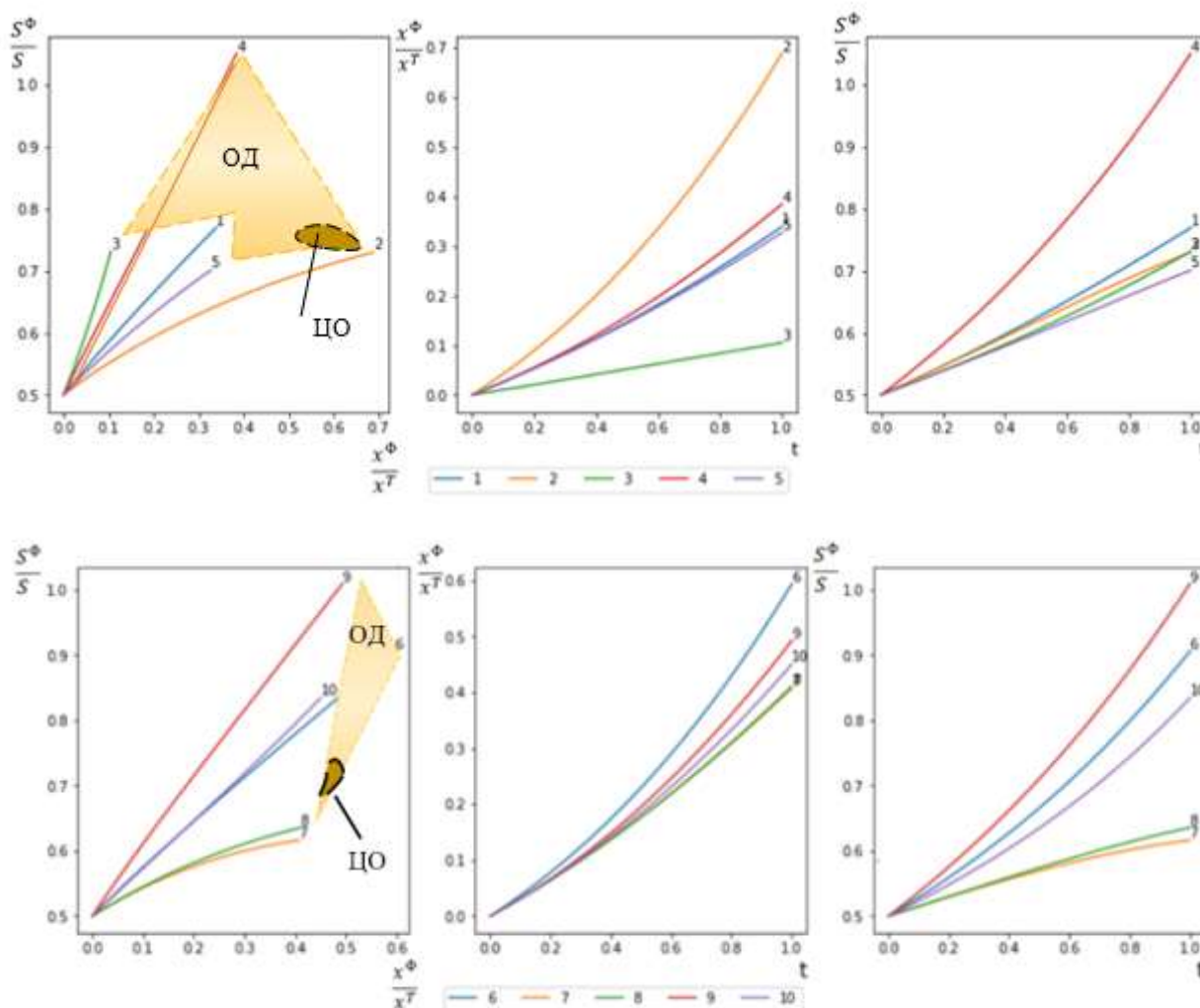


Рис. 7 Фазовые портреты и динамика для моделей (12 и 13) и табл.4
(области: ОД – достижимости, ЦО – целевые)

Видно, что, манипулируя значениями весовых коэффициентов, можно наглядно моделировать управленческие ситуации в тренажерном режиме.

4. Статус и кадровый потенциал

Структурная связь этих понятий известна:

$$St = \langle St1, St2, St3; R5 \rangle, \quad (14)$$

где St – статус, его составляющие: $St1$ – деятельностьная, $St2$ – номинальная, $St3$ – ситуативная,

$$St1 = \langle Dr, Gs, Lv; R6 \rangle, \quad (15)$$

где Dr – направление деятельности, Gs – целеполагание, Lv – уровень,

$$St2 = \langle Sp, Pr, Ex, Gr; R7 \rangle, \quad (16)$$

где Sp – специалист, Pr – профессионал, Ex – эксперт, Gr – гуру,

$$St3 = \langle Pb, Stt, PbStt; R8 \rangle, \quad (17)$$

где обстоятельства: Pb – проблема, Stt – ситуация, $PbStt$ – проблемная ситуация.

Известна и функциональная связь:

$$St2 = f_4(Rt, Es), \quad (18)$$

где Rt – рейтинг, Es – оценки;

$$Rt = f_5(VRt, ORt), \quad (19)$$

где VRt – вид рейтинга, ORt – объект рейтинга;

$$ORt = \sum_{i=1}^7 \varphi_i, \quad (20)$$

где φ_i – вид потенциала участника рейтинга, в частности, кадровый φ_k :

$$\varphi_k = f_6(gn, gl), \quad (21)$$

где gn – количество, gl – качество кадров.

5. Об экстремальной ситуации

Определение термина «Экстремальная ситуация» (ЭС) есть в документах МЧС, Роспотребнадзора и Минздрава РФ, приведено в пособиях [9, 10]. Крупные экстремальные эпидемиологические ситуации также подробно отражены в интернете, в частности, легочная чумная в 1910-11 гг. в Манчжурии, Ковида-19 в 2020-22 гг. и т.п.

С позиции современной теории управления можно и качественно, и количественно рассматривать ЭС как взаимодействие технологической (в частности, медицинской и эпидемиологической) и управленческой (организация здравоохранения) составляющих. Имеется адекватный математический аппарат прогнозирования, а также учета помех управлению. Физика может предоставить для этого достижения синергетики, в частности режимы с обострением.

Пример экстремальной эпидситуации – на рис.8; графический образ режима с обострением – на рис.9; а фрагмент иерархии основных понятий – на рис.10.

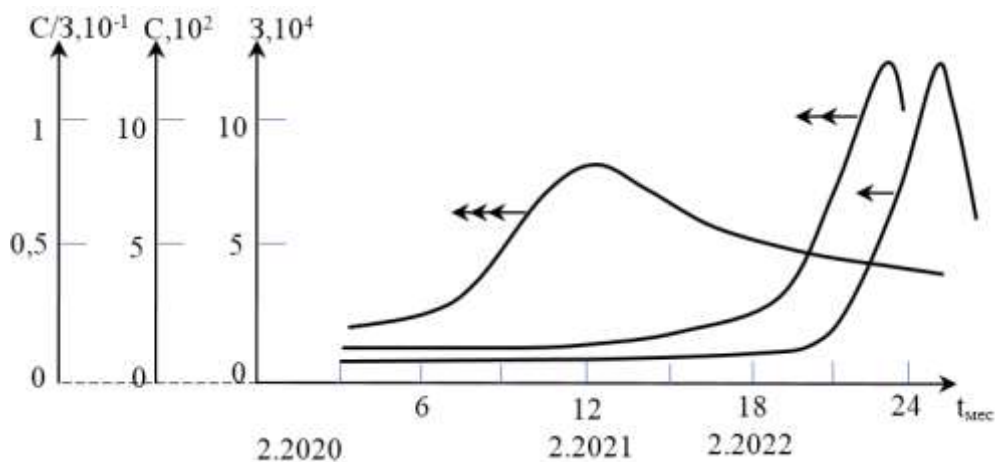


Рис.8 Заболеваемость (Z) и смертность (C) от Ковида 19 по Свердловской области

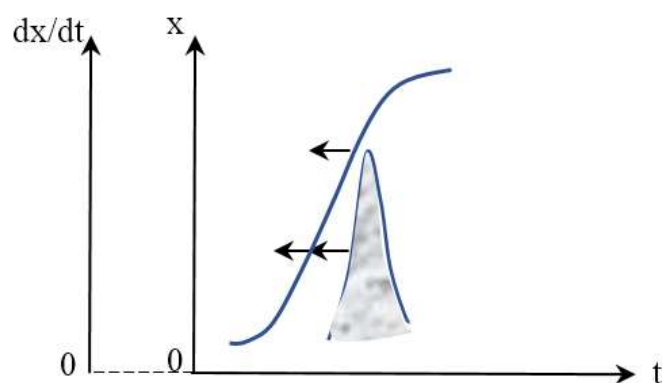


Рис.9 Графический образ режима с обострением

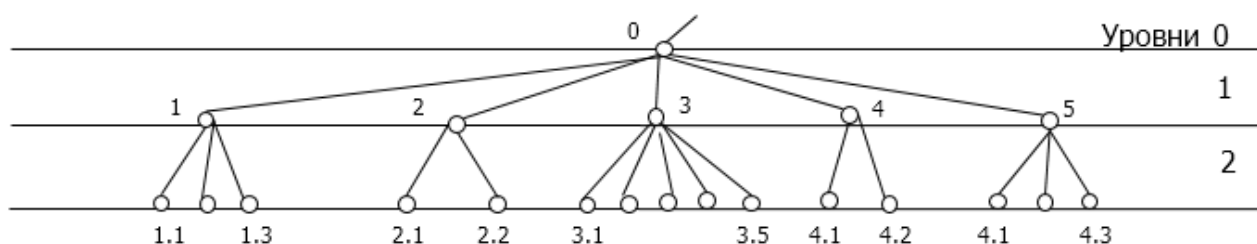


Рис. 10 Фрагмент иерархии понятий к термину «Экстремальная ситуация» (1 – обострение, 2 – фиксация, 3 – причины, 4 – борьба, 5 - результаты; 1.1 – данные, 1.2 – зависимости, 1.3 – статистика; 2.1 – предварительная, 2.2 – окончательная, 3.1 – природа, 3.2 – промышленность, 3.3 – социум, 3.4 – эпидемия, 3.5 – вооруженный конфликт, 4.1 – технологическая, 4.2 – управленческая, 5.1 – положительный, 5.2 – нейтральный, 5.3 – отрицательный)

6. Об ИТ – тренажере

ИТ-тренажер для оценки статуса эпидемиологической службы медицинского учреждения (на основе моделей 12 и 13) будет полезен для руководителя и нацелен на моделирование основных действий внутри коллектива при различных условиях. Он дает опыт управления, поскольку пользователи могут изучать различные варианты и находить лучшие решения для своих проблемных ситуаций. Кроме того, тренажер можно использовать для обучения и тестирования нового персонала, помогая ему лучше познакомиться с технологией и развить навыки, необходимые для достижения успеха в выбранной профессии.

Это может помочь сэкономить время и деньги, а также снизить риск внесения ошибок в систему.

В целом, ИТ-тренажер – полезный инструмент, который может обеспечить опыт выхода на оптимальные решения, а также помочь пользователям оставаться готовым к любым неожиданностям в работе, например, [11].

Заключение

Результаты:

- поставлена задача формализованного описания кадрового потенциала и его роли в повышении статуса эпидемиологической службы медицинского учреждения при экстремальных ситуациях,
- представлена логика решения задачи в виде 3-х рисунков и 3-х формул,

- предложено описание работы эпидемслужбы медицинского учреждения в виде алгоритма на языке блок-схем, структуры адаптивного управления и математических моделей,
- рассмотрен пример взаимодействия руководителя и коллектива с использованием развитой нами известной модели из двух дифференциальных уравнений с их решением и графическими иллюстрациями,
- дана связь статуса эпидемслужбы с его кадровым потенциалом,
- рассмотрено формализованное описание экстремальной ситуации,
- предложен выход на компьютерный тренажер для отработки навыков поиска наилучших решений.

Вывод: целесообразно использование полученных результатов для повышения качества деятельности эпидемслужбы медицинского учреждения.

Список используемых источников

1. Мухсинов Б.Т. Связь стратегии и статуса службы маркетинга на предприятии/ Молодой ученый, 2016, №13, с. 472–475.
2. Гольдштейн С.Л. О результативности, эффективности и потенциалах медицинского учреждения: онтологии, структуры, алгоритмы, модели и оценки / С.Л. Гольдштейн, Е.М. Грицюк, А.Ю. Мальцев // Системная интеграция в здравоохранении, №2, 2022, с. 16–30.
3. Стратегия развития МКМЦ «БОНУМ», научно-методическое издание / под ред. С.Л. Гольдштейна, - Екатеринбург: МКМЦ «БОНУМ», 2019, - 50 с.
4. Гольдштейн С.Л., Введение в системологию и системотехнику / С.Л. Гольдштейн, Т.Я. Ткаченко // Екатеринбург, ИРРО, 1994, - 198 с.
5. Гольдштейн С.Л., Об адаптации стратегии управления к проблематике эпидситуации / С.Л. Гольдштейн, Е.М. Грицюк, Е.А. Дугина // Вестник РАЕН, 2020, №3, с. 24–34.
6. Дружинин В.В., Системотехника / В.В. Дружинин, Д.С. Конторов // Радио и связь - М, 1985, - 200 с.
7. Милованов В.П., Неравновесные социально-экономические системы: синергетика и самоорганизация. – М.: Эдиториал УРСС, 2001. – 264 с.

8. Печеркин С.С. Старт в технологию системности при разрешении проблемных ситуаций в здравоохранении / С.С. Печеркин, С.Л. Гольдштейн // Системная интеграция в здравоохранении, №2, 2022, с. 69-76.
9. Родненко В.В. Медицина экстремальных ситуаций, пособие, - Витебск, 2016, - 190 с.
10. Маламатов А.Х. Безопасность жизнедеятельности. Экстремальные и чрезвычайные ситуации. Учебное пособие, В.В. Маламатов, А.В. Шевченко, - Нальчик, Каб.-Балк. ун-т, 2012, - 191 с.
11. Гольдштейн С.Л. Свидетельство о госрегистрации программы для ЭВМ №2022680877 «Тренажер для компьютерного эксперимента по многоуровневому управлению деятельностью IT-специалиста», С.Л. Гольдштейн, О.Г. Донцов, 8.11.2022.

© Скороходова Л.А.

УДК 616-051

АСПЕКТЫ ЯТРОГЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**Скороходова Л.А.¹**

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Резюме. В статье обозначена проблема ятрогенного поведения медицинских работников, обусловленная морально-этическими, правовыми и научно-медицинскими аспектами. Определено, что ятрогенное поведение как при общении с больным, так и при медицинских манипуляциях оказывает значительное влияние на физическое и психологическое состояние пациента. Выявлены основные причины ятрогенного поведения медиков.

Ключевые слова. ятрогения, ятрогенное поведение, медицинская помощь.

ASPECTS OF IATROGENIC BEHAVIOR OF MEDICAL WORKERS**Skorokhodova L.A.¹**

¹ Federal State Budget Educational Institution of Higher Education " Ural State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary. The article outlines the problem of iatrogenic behavior of medical workers, due to moral, ethical, legal, scientific and medical aspects. It has been determined that iatrogenic behavior both during communication with the patient and during medical manipulations has a significant impact on the physical and psychological state of the patient. The main causes of iatrogenic behavior of physicians are revealed.

Keywords: iatrogenic, iatrogenic behavior, medical care.

Введение

Развитие медицинской науки, технологическая оснащенность системы здравоохранения, направленная не только на улучшение здоровья отдельного человека, но и общества в целом, обращает особое внимание на непосредственную деятельность медицинского сообщества. Это обусловило появление термина «ятрогения», как следствие неблагоприятного воздействия на больного,

проявляющиеся через прямые и косвенные последствия действий и высказываний медицинских работников. Однако необходимо подробно остановиться на проблемах, обуславливающих ятрогенное поведение медицинских работников.

Цель работы

Рассмотреть особенности формирования ятрогенного поведения медицинских работников с морально-этических, правовых и научно-медицинских аспектов.

Материалы и методы

Использованы общенаучные и частнонаучные методы контент-анализа, проведен анализ материалов российских информационных агентств, нормативных правовых источников, действующих на территории Российской Федерации, исследований периодической печати, в том числе размещенные в открытом доступе сети Интернет. Ключевые запросы для проведения поиска: ятрогения, ятрогенные болезни, ятрогенное поведение медицинских работников, неблагоприятные исходы медицинской помощи, расстройства здоровья, объективные и субъективные причины ятрогении, надлежащее действие врачей, бездействие врачей, нанесение вреда пациенту, критерии оценки качества медицинской помощи.

Результаты и обсуждение

Доверяя врачу, как собирательному образу всего медицинского сообщества, свое здоровье и жизнь общество, в лице государства, ориентировано на предотвращение опасных последствий его вмешательства с помощью ряда инструментов. Подобного рода механизмы носят правовой, морально-этический или научно-медицинский характер [1].

Морально-этические нормы рассматриваются как, своего рода добровольно взятые на себя обязательства и клятвы, наиболее известной и упоминаемой из которых является клятва Гиппократова, которая крайне избирательно присутствует в тексте действующей на территории Российской Федерации, принятой в 1994 году Ассоциацией врачей России на конференции – Клятве российского врача.

Правовые инструменты представлены нормативными правовыми актами, различных уровней, всесторонне регулирующими порядок и формы оказания медицинской помощи. На текущий момент этому направлению оказывается достаточно большое внимание. Действующие приказы утверждают критерии оценки качества медицинской помощи, определяют порядок консультирования и мониторинга пациентов, процедуры и рекомендации оказания медицинской помощи [2].

Научно-медицинские инструменты, предписывают необходимость осуществления медицинскому сообществу непрерывного медицинского образования, и прохождению аккредитационных процедур, для совершенствования профессиональных знаний и навыков в течение жизни, расширению профессиональной квалификации, самосовершенствованию [3].

Однако, количество расстройств здоровья населения, неблагоприятных последствий лечения (ятрогений), несмотря на предпринятые государством инструменты их предотвращения растет год от года, и составляет в лечебных учреждениях от 25 до 45% [4].

Ятрогения, как процесс включает в себя ряд элементов [5]:

- качественная и количественная оценка механизмов, повлекшая за собой неблагоприятные последствия;
- всесторонняя характеристика случившегося факта;
- консилиум - оценка развившихся изменений;
- сфера влияния ятрогенных проявлений на организм пациента, их диапазон;
- объектность и субъектность ятрогенных проявлений;
- привязка к месту возникновения ятрогении;
- умысел или неосторожность ятрогенного поведения медицинского работника.

В этой связи нам представляется важным определить причины, обуславливающие ятрогенное поведение медицинских работников.

Профессиональное поведение медицинского работника определяется действиями: непосредственный контакт с больными, воздействие, вмешательство, назначение и бездействием: невыполнение мероприятий, представляющих собой непосредственную медицинскую помощь больному.

При бездействии ятрогенное поведение медицинского работника очевидно – медицинская помощь не оказана или оказана в нарушении (несоответствии, не полном соответствии) действующих нормативных правовых актов, иными словами, пассивное поведение повлекшие за собой опасные, необратимые, негативные последствия для жизни и здоровья больного. Сторону действий, медицинского работника, повлекших за собой ятрогенные проявления необходимо рассматривать с таких признаков формы вины как умысел и неосторожность.

Рассмотрим профессиональное поведение действий медицинских работников, с позиции общения с больными и медицинскими манипуляциями.

Ятрогенные проявления в поведении медицинского работника в части общения с пациентом может проявляться через неосторожные высказывания, комментарии как в устной, так и письменной формах, например в виде записи в истории болезни. Несомненно, наиболее часто встречающейся формой ятрогенного поведения является разглашение врачебной тайны. Подобного рода действия преследуются Уголовным кодексом Российской Федерации, а именно ст. 137 УК РФ о нарушении неприкосновенности частной жизни, в части распространения сведений о частной жизни больного. Ст. 152.2. ГК РФ уточняет, что состояние здоровья относится к информации о частной жизни. В этой связи, распространение сведений, вне зависимости умысел это или неосторожность преследуется действующим законодательством РФ, является признаком ятрогенного поведения медицинского работника и грозит наказанием как в виде штрафа, обязательных (исправительных, принудительных) работ, так и в виде лишения свободы.

Ятрогенное поведение при проведении медицинских манипуляций целесообразно рассмотреть с позиции вышеобозначенных инструментов.

Морально-этические инструменты. Определяются ст. 71 Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [6], которая содержит клятву врача, и отступление от ее постулатов может трактоваться как проявление ятрогенного поведения.

Правовые инструменты. Проявление ятрогении осуществляется через медицинские манипуляции, выполняемые вне соответствия с клиническими стандартами, протоколами и рекомендациями всех уровней. Сегодня врач – это сотрудник, в обязанности которого входит постоянный мониторинг изменения действующих клинических нормативных правовых актов. Например, только по лечению COVID-19, клинических протоколов было более десяти, в условиях изменяющихся штаммов, контегиозности, распространению прививочной кампании. Назначения, не соответствующие действующему клиническому протоколу лечения заболевания – это ятрогенное проявление, и может трактоваться исключительно как умышленное. Поскольку, основной юридический принцип означает, что незнание закона не освобождает от ответственности.

Научно-медицинские инструменты. Ятрогенное поведение медицинского работника проявляется при выполнении манипуляций и отсутствии достаточной квалификации, своевременного совершенствования знаний, умений и необходимых владений.

Массовый переход на дистанционные формы обучения и профессиональной переподготовки и повышения квалификации привел к тому, медицинский персонал не имеет реальной возможности совершенствования в офлайн условиях. Все обучение переведено в режим онлайн, и освоение инноваций в здравоохранении подтверждается удачно выполненными тестовыми заданиями, что не может не сказываться негативно на профессиональном росте специалиста. Уровень оценки и совершенствования мануальных навыков ограничивается руководством учреждения здравоохранения. Эти аспекты, по нашему мнению, могут быть определены, как факторы, способствующие распространению негативного опыта ятрогенного поведения медицинских работников, поскольку в целом система здравоохранения в части обеспечения нового оборудования и технологий идет в ногу со временем, а кадровый состав ввиду отсутствия достаточной подготовки значительно отстает.

Выводы

1. Проявление ятрогении со стороны медицинских работников может носить достаточно разнообразный характер от телесных нарушений и повреждений до психического и психологического расстройства больного.
2. Весь масштаб ятрогенного поведения медицинских работников можно рассмотреть и позиции нарушения морально-этических, правовых и научно-методических норм, правил и рекомендаций в рамках правового поля.
3. Общая характеристика констатации факта ятрогенного поведения медицинского работника может быть обозначена дефинициями: последствие, осложнение, неоказание, с учетом умышленности деяния или бездействия медицинского работника.
4. Важным аспектом предотвращения ятрогенного поведения медицинскими работниками является своевременное изучение клинических нормативных правовых документов, однозначно регламентирующих организационные составляющие медицинской помощи.
5. Необходим возврат к очному формату обеспечения непрерывного медицинского образования для качественной подготовки и своевременного совершенствования, а также всесторонней аккредитационной оценки профессионального квалификационного опыта, знаний инноваций, применяемых в современном здравоохранении.

Список литературы

1. Седов, В.М. Исследование дефиниций ятрогений / В.М. Седов, В.Ю. Бибиков // Ученые записки СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова. Т. 16. №1. 2009. С. 8-12.
2. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. №203н. URL: <https://www.garant.ru/>
3. Об утверждении Положения от аккредитации специалистов: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 октября 2022 г. №709н. URL: <https://www.garant.ru/>
4. Авдеев, А.И. Ятрогенные заболевания (медико-правовые аспекты проблемы). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/yatrogennye-zabolevaniya-mediko-pravovye-aspekty-problemy> (дата обращения 01.03.2023)
5. Шапошников, А.В. Ятрогения: терминологический анализ и конструирование понятия / А.В. Шапошников. Ростов н/Д, 1988. 167 с.
6. Об основах здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ URL: <https://www.garant.ru/>

© Пономарева О.Н.

УДК 330

К ВОПРОСУ О ПОВЫШЕНИИ ИННОВАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УНИВЕРСИТЕТОВ

Пономарева О.Н.¹

¹ *Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Резюме. Инновационная активность является одним из основных показателей, характеризующих деятельность университета; его приоритеты и перспективы. Предлагаемая автором типология инновационной активности университетов и ее развитие через различные формы взаимодействия на основе коллаборации, могут быть использованы в управленческом консалтинге или как элемент стратегического планирования деятельности университета.

Ключевые слова: инновационная активность, медицинский университет, типология инновационной активности университета, коллаборация, формы коллаборационной группы.

ON THE ISSUE OF INCREASING THE INNOVATIVE ACTIVITY OF MEDICAL UNIVERSITIES

Ponomareva O.N.¹

Federal State Budget Educational Institution of Higher Education " Ural State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary. Innovative activity is one of the main indicators characterizing the university's activities; its priorities and prospects. The typology of university innovation activity proposed by the author and its development through various forms of collaboration-based interaction can be used in management consulting or as an element of strategic planning of university activities.

Keywords: innovative activity, medical university, typology of innovative activity of the university, collaboration, forms of collaboration group.

Введение

Сегодня роль университетов и, в частности медицинских, важна для национальной экономики по причине того, что они являются основными поставщиками знаний и инноваций, а также определяют качество человеческого капитала в регионе. При этом университет должен развивать некую форму передового исследования, характер которого не всегда продиктован потребностями региона и (или) потребностью решения каких-либо практических задач, но и пользоваться определенной формой институциональной автономии [2, с.26]. С другой стороны, университеты никогда раньше не страдали от утраты доверия со стороны общества [2, с.21]. Поэтому возникает вопрос: какие направления необходимо выбрать, чтобы увеличить инновационную активность медицинских университетов.

Согласно результатам исследований аналитического центра «Эксперт», рейтинг «Индекс изобретательской активности российских университетов» (исследована деятельность 141 вуза страны) за период 2017-2021 наблюдается ее снижение на 16% [4]. На это оказали влияние несколько факторов. Обратим внимание на те, которые соотносятся с заявленной темой статьи. Первый, вузы стали больше внимания уделять не только увеличению количества разработанных инновации, но и возможности их применения в реальном секторе экономики. Об этом свидетельствует увеличение количества патентов вузов в общем числе заявок. Если в 2012 г. их было 14,2%, то в 2021 г. - 19,5%. Количество коммерциализированных инноваций составил в 2012-2016 - 1,7%; в 2016г.-2020 - 6,5%; в 2017-2021 - 6,8% [4]. Второй, изменение геополитических факторов и уход из России зарубежных компаний, имеющих высокий уровень технологического развития; снижение интенсивности межвузовского, научного и других видов взаимодействий российских вузов в общемировом пространстве вывели проблему повышения инновационной активности медицинских вузов на новый уровень.

Цель работы

Предложить формы взаимовыгодного взаимодействия участников, вовлеченных в научно-образовательный и инновационный процессы медицинского университета, обеспечивающие повышение интенсивности инновационной деятельности учреждения высшего образования посредством более эффективного использования ресурсов, вложенных в данную деятельность.

Материалы и методы

Основными методами исследования стали методы системного и статистического анализа.

Информационную базу исследования составили результаты статистических исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»; информация о деятельности учреждений высшего образования с официальных сайтов вузов России; научные статьи, освещающие методы, направленные на повышение интенсивности инновационной деятельности учреждений высшей школы.

Результаты и обсуждение

Согласно Рекомендаций Осло, инновационная деятельность – это совокупность научных и других действий, необходимых для проектирования (реализации, планирования) инноваций [5, п, 149, 214]. Ее интенсивность характеризуется величиной инновационной активности и зависит от уровня реализации ресурсов вуза. Существуют различные подходы к ее определению.

Ноговицина О.С. и Соболева О.Н. рассматривают инновационную активность с позиции поведенческого подхода как интенсивности разработки и внедрения нововведений; комплексного – степени интенсивности осуществления действий по трансформации новаций, их разработки и внедрения [3]. Баранова И.В. и Черепанова М.В. подходят к инновационной активности с позиции ресурсно-затратного и результатного подходов, как способности организации к мобилизации потенциала и интенсивности его использования. Ее величина служит отправной точкой для принятия управленческого решения по выбору направления инновационного развития организации [1, с. 163].

Автор, учитывая накопленный ранее опыт, определяет инновационную активность вуза как показатель, характеризующий интенсивность инновационной деятельности при реализации функций университета, результатом которых является планирование, проектирование и реализация инноваций. Ниже представлена авторская типология инновационной активности университета:

1. Низкая – вуз имеет разрозненные ресурсы, научно-образовательная и инновационная деятельности требуют модернизации; университету необходимо стремиться к взаимодействию с другими участниками, вовлеченных в научно - образовательный и инновационные процессы вуза.

2. Средняя – для эффективной деятельности вузу требуется привлечение финансовых и иных ресурсов из внешних источников, поэтому вуз ищет различные формы сотрудничества с другими участниками научно - образовательного и инновационного процессов.

3. Высокая – вуз имеет необходимое количество ресурсов для разработки, продвижения и коммерциализации собственных инноваций, поэтому имеет ограниченное количество участников, вовлеченных в его научно - образовательный и инновационный процессы; приглашенные вузом участники чаще всего выполняют роли, например, консультант в узких отраслях науки или необходимо выполнить работы, для которых университет не имеет оборудования и т.п.; такой университет способен определять стратегические направления развития инновационной деятельности российского высшего образования в целом.

Анализ и систематизация информации о деятельности учреждений высшей школы, размещенной на официальных сайтах университетов, позволили автору выделить признаки инновационной активности, соответствующие основным функциям университета (см. таблицу 1).

Таблица 1.

Характеристика инновационной активности университета

Функции университета	Признаки инновационной активности университета
Образовательная	<p>Новые формы, методы и инструменты подготовки (переподготовки) ППС.</p> <p>Новые формы, методы и инструменты подготовки (переподготовки) специалиста.</p> <p>Межвузовское взаимодействие в области форм и методов обучения и послевузовской подготовки.</p> <p>Взаимодействие с бизнесом по вопросам теоретической и практической подготовки студента.</p>
Научная	<p>Продвижение вузовских инноваций, включая коммерциализацию.</p> <p>Участие в различных конференциях, конкурсах, грантах и т.п.</p> <p>Ротация ППС и подготовка высококвалифицированных кадров для науки.</p> <p>Информационная открытость.</p> <p>Совместная деятельность с собственными научными школами и школами других вузов, академической наукой и различными научно-исследовательскими организациями.</p> <p>Научно-исследовательская деятельность в различных отраслях знаний.</p> <p>Межвузовское взаимодействие (обмен) в различных направлениях научных исследований.</p>
Инновационная	<p>Взаимодействие с предприятиями региона.</p> <p>Единство образовательного и научного процессов вуза.</p> <p>Разработка, продвижение и коммерциализация вузовских разработок.</p> <p>Создание и поддержка вузовской инновационной инфраструктуры.</p> <p>Взаимодействие с академической наукой различными научно-исследовательскими организациями в различных отраслях знаний.</p>

Если вернуться к вопросу инновационной активности медицинских университетов, то в цифровой экономике усиливается ее значение, как одного из основных факторов повышения конкурентоспособности российского здравоохранения. Поэтому необходимо изменить парадигму управления и сформировать новую, которая способствует объединению ресурсов участников, вовлеченных в научно-

образовательный и инновационный процессы медицинских университетов. Взаимовыгодное взаимодействие в такой группе возможно только в условиях коллаборации, которая обеспечивает оптимальные условия для повышения интенсивности инновационной деятельности через постоянное производство и потребление знаний, в результате чего каждый из участников получает прибыль согласно величине своего участия. В результате такого объединения образуется коллаборационная группа; сочетание участников в группе может быть различным, но медицинский университет является обязательным участником такого объединения.

Таблица 2.

Характеристика участников коллаборационной группы

Субъект коллаборационной группы	Показатели инновационной активности субъекта коллаборационной группы
Университет	Качество и количество подготовленных специалистов; количество ППС и студентов, участвующих в инновационной деятельности; количество докторов и кандидатов наук; величина финансовых и иных ресурсов, полученных от инновационной деятельности и др.
Государство	Финансирование вузов (материально-техническое оснащение; пополняемость библиотек и других информационных источников, зарплата ППС и т.п.); количество грантов и др.
Предприятие (бизнес)	Количество разработанных и (или) коммерциализованных совместно с вузом инноваций; количество участников инновационного проекта и др.
Академическое научное сообщество	Количество совместно с вузом проведенных исследований, количество участников, количество лицензий и др.
Межвузовское взаимодействие	Количество подготовленных студентов зарубежом и в других вузах страны; количество привлеченных ППС (в т.ч. кандидатов наук, докторов наук, включая зарубежные); совместные проекты и исследования и др.

Коллаборационная группа рассматривается автором как системное сообщество, где вуз и другие участники инновационного процесса комбинируют свои ресурсы на взаимовыгодных условиях для достижения инновационного результата; действует на принципах самоорганизации, саморегуляции и саморазвития; решает такие задачи, как обеспечение условий для создания жизнеспособных вузовских инноваций и их дальнейшего продвижения, включая коммерциализацию; способствует созданию новой и развитию старой инновационной инфраструктуры вуза. Авторская трактовка

отличается тем, что в коллаборационной группе университет не рассматривается как ядро группы, вуз может занимать положение от рядового члена до руководящего в зависимости от величины инновационной активности.

Таблица 3.

Типология инновационной активности медицинского университета согласно этапу развития коллаборационной группы

Типология ИАВ*	Характеристика типа ИАВ	Этап развития коллаборационной группы**
Низкая	Вуз имеет разрозненные ресурсы, инновационная активность незначительная.	Начало налаживания партнерских связей КГ, разработка общих правил взаимодействия и коммуникаций КГ, существуют разрозненные взаимодействия субъектов КГ.
Средняя	Ресурсов вуза достаточно для выполнения небольшого количества инноваций самостоятельно или под руководством вуза, имеющего более высокую инновационную активность.	Каждый субъект КГ выполняет свою роль, происходит доработка методов взаимодействия в КГ, количество коммуникаций увеличивается, но еще существуют некоторые разногласия, которые не в полной мере способствуют объединению ресурсов КГ.
Высокая	Вуз является бенчмаркиром инновационной активности в стране.	Каждый субъект КГ выполняет свою роль, методы взаимодействия в КГ установлены и отработаны, величина коммуникаций в КГ максимальна, разногласия в КГ почти отсутствуют.

*ИАВ-инновационная активность вуза

**КГ - коллаборационная группа

Коллаборационная группа относиться, как было сказано выше, к одной из форм сетевого взаимодействия. Изначально такие объединения могут принимать различные формы (консорциум, финансовая группа и другие), но только некоторые из них, по мнению автора, способствуют реализации функций медицинского университета, поэтому могут быть им использованы (см. таблицу 3).

Таблица 4.

Формы коллаборационной группы (часть 1)

Форма взаимодействия	Признаки коллаборационной группы (КГ)	Цель объединения	Структура управления
Консорциум	Взаимодействие участников по неограниченному количеству различных направлений инновационной деятельности. Инициатором проекта может выступать как сам вуз, так и другие субъекты КГ. Инновационная активность вуза приближена к максимальной	Скоординировать деятельность по разработке и продвижению инноваций различных направлений, разработанных КГ.	Вуз – центр группы.
Концерн	Взаимодействие участников по достаточно большому количеству инновационных проектов, имеющих различные направления. Инициатором проекта может выступать как сам вуз, так и другие субъекты КГ. Инновационная активность вуза высокая.	Формирование конкурентных преимуществ инновационной деятельности конкретной КГ.	Создается управляющий центр, куда входят представители всех субъектов КГ, каждый из них имеет равные права.
Кластер	Объединение участников по территориальному признаку или общности деятельности. Количество и направления инновационных проектов ограничено. Вуз имеет среднюю инновационную активность, поэтому выступает помощником инициатора инновационного проекта, при этом ресурсов вуза достаточно для выполнения больших частей проекта.	Повышение инновационной активности КГ за счет объединения ресурсов.	Объединение вокруг субъекта, имеющего максимальную инновационную активность.

Таблица 5.

Формы коллаборационной группы (часть 2)

Холдинг	Объединение участников для укрепления конкурентных преимуществ в ограниченном количестве инновационных проектов, поэтому отбираются приоритетные направления. Вуз имеет инновационную активность низкую, поэтому выступает помощником инициатора инновационного проекта, его ресурсов достаточно для выполнения небольших частей проекта.	Государство способствует формированию и концентрации ресурсов КГ.	Государство является центром КГ, отбирает субъектов КГ и формирует направления ее инновационной деятельности.
---------	---	---	---

Выводы

В эпоху цифровой экономики повышается значимость инновационной активности медицинских университетов России. Существуют различные методы повышения интенсивности инновационной деятельности вузов. Автор предлагает повысить величину инновационной активности медицинских вузов посредством формирования различных видов коллаборационных групп.

Список литературы

1. Баранова И.В., Черепанова М.В. Методические подходы к оценке инновационной активности и инновационного потенциала вуза // Сибирская финансовая школа. 2006. №4. С.163-167, с.163
1 URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_11609923_94536721.pdf
2. Коллини С. Зачем нужны университеты [Текст]/пер.с англ. Д.Кралечкина; под науч.ред. А.Смирнова; Нац. исслед.ун-т «ВШЭ».-М.:изд.дом ВШЭ,2016-246С.
3. Ноговицина О.С., Соболева О.Н. Инновационная активность: сущность и роль в поддержании устойчивости хозяйствующих субъектов //Экономика, социология и право.2014.№2,с.59-62 URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21820711>
4. Рейтинг «Индекс изобретательской активности российских университетов» -2022 .Аналитический центр «ЭКСПЕРТ» URL: <https://acexpert.ru/publications/rating/reiting-indeks-izobretatelskoi-aktivnosti-rossiiskikh-universite>
5. Руководство Осло Рекомендации по сбору и анализу данных по инновациям //Опубликовано по соглашению с ОЭСР, Париж. Русское издание осуществлено

государственным учреждением "Центр исследований и статистики науки" (ЦИСН] Министерства образования и науки РФ. Соответствие перевода оригинальному тексту обеспечено ЦИСН. Москва.2010. 107 С. URL: https://mgimo.ru/upload/docs_6/ruk.oslo.pdf

© Пушкарева И.Н.

УДК 796.015.86

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ МОЛОДЫХ СПОРТСМЕНОВ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ, ВЫСТУПЛЕНИЙ НА СОРЕВНОВАНИЯХ

Пушкарева И.Н.¹

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный педагогический университет», Институт естествознания, физической культуры и туризма

Резюме. Статья посвящена проблеме психологического сопровождения молодых спортсменов в процессе подготовки, выступлений на соревнованиях. Объект работы – психолого-педагогическое сопровождение молодых спортсменов. Рассмотрены такие вопросы как: соревновательная деятельность в молодежном спорте, этапы соревновательной деятельности и психологические проблемы которые могут быть связаны с ними, аспекты работы педагога-психолога с молодыми спортсменами, элементы психолого-педагогического сопровождения, средства и методы психолого-педагогического сопровождения.

Ключевые слова. психолого-педагогическое сопровождение, соревновательная деятельность, психологическая атмосфера, психологические трудности, спортивная подготовка.

PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF YOUNG ATHLETES IN THE PROCESS OF PREPARATION, PERFORMANCE AT COMPETITIONS

Pushkareva I.N.¹

¹Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ural State Pedagogical University", Institute of Natural Science, Physical Culture and Tourism

Summary. The article is devoted to the problem of psychological support of young athletes in the process of preparation, performances at competitions. The object of the work is the psychological and pedagogical support of young athletes. The following issues are considered: competitive activity in youth sports, stages of competitive activity and psychological problems that may be associated with them, aspects of the work of a teacher-psychologist with young athletes, elements of psychological and pedagogical support, means and methods of psychological and pedagogical support.

Keywords. psychological and pedagogical support, competitive activity, psychological atmosphere, psychological difficulties, sports training.

Введение

Проблема психолого-педагогического сопровождения (ППС) молодых спортсменов в процессе подготовки, выступлений на соревнованиях на сегодняшний день набирает актуальность. Связанно это, в первую очередь, с тенденциями современного спорта.

Говоря о тенденциях современного спорта, оказывающих влияние на психолого-педагогическое сопровождение молодых спортсменов в соревновательной деятельности, стоит выделить:

Регулярно возрастающий уровень физических качеств спортсменов [1, с. 70]. Пример: сегодня для получения звания мастера спорта (без международного класса) в беге на 3000 метров спортсмен должен закрыть дистанцию за 8 минут и 5 секунд, а вот 65 лет назад это был бы мировой рекорд. Очевидно, что за это время физиология человека не изменилась, изменились условия, и изменилась методика подготовки спортсменов, это и позволило увеличить результаты. С увеличением результатов солидарно возрастает и порог вхождения на высший уровень;

Омоложение спорта [1, с. 70]. Для того чтобы иметь шансы в большом спорте, человек должен начинать заниматься им как можно раньше, иногда это идет даже против возрастных норм и таким образом спорт молодеет. Для гимнастики и фигурного катания, например, выступления несовершеннолетних спортсменов наравне с взрослыми – норма. Тут можно сказать, что дети более гибкие и пластичные и их высокие результаты выглядят логично. Тогда можно взглянуть на тяжелую атлетику, в среднем, начиная заниматься в 10-11 лет, спортсмен выходит на уровень соревнований в 17-18 и заканчивает карьеру к 30 годам [2, с. 414].

Популяризация спорта современными массовыми медиа. Многие спортсмены достаточно знамениты и становятся кумирами для подрастающего поколения. На сегодняшний день, с развитием интернета, популярных персон в спортивной сфере становится все больше т.к. существует множество площадок, на которых можно делиться своим творчеством в спорте.

Встав на путь большого спорта, ребенок посвящает ему значительную часть своей жизни: время и энергия, социализация, профориентация, спорт становится неотъемлемой частью его личности и со спортом он связывает не только свое

настоящее, но и будущее. Решив идти по этому пути, молодой спортсмен вскоре столкнется с необходимостью участвовать в соревнованиях. Именно состязания с другими людьми позволят ему достичь своих целей и в равной борьбе показать плоды своих тренировок. Зачастую, дети с готовностью и даже нетерпением ждут дня соревнований, ради них проходят тяжелые и интенсивные тренировки. Однако стоит понимать, что настолько важное и необходимое мероприятие – это большой стресс для спортсмена, и не каждый ребенок способен адекватно справиться с ним, а психологически-травмирующая ситуация может снизить результативность спортсмена или вовсе поставить крест на карьере в спорте [3, с. 349].

Цель работы

Определение важных аспектов психолого-педагогического сопровождения соревновательной деятельности молодых спортсменов.

Материалы и методы

Говоря о ППС в спортивной подготовке, стоит исходить из следующего определения. Психолого-педагогическое сопровождение – это деятельность, направленная на создание условий для овладения умениями, знаниями, навыками и для психологического развития спортсмена. Под последним понимается создание предпосылок к положительной спортивной карьере, психическую готовность к выступлениям и т.п. В ходе работы нами были использованы методы системного анализа, синтеза, систематизации, классификации, индукции, обобщения. Эти методы позволили определить важные аспекты психолого-педагогического сопровождения молодых спортсменов в контексте соревновательной деятельности и подготовить соответствующие рекомендации.

Результаты и обсуждение

В работе нами были выделены следующие аспекты психолого-педагогического сопровождения молодых спортсменов:

- Этапы, на которых у молодых спортсменов могут возникнуть психологические трудности: предсоревновательный – особенно актуальный для первых соревнований в жизни молодого спортсмена; соревновательный – как самый напряженный и кульминационный момент; постсоревновательный – когда результаты могут особо сильно повлиять на спортсмена.

- Компоненты психолого-педагогического сопровождения спортсменов. Согласно мнению Валерия Лукича Пашута, профессора Военного института физической культуры, это:

- Профилактика – для предупреждения тех проблем, что могут возникнуть у молодого спортсмена в результате его спортивной деятельности, в том числе соревновательной.
- Диагностика – для своевременного выявления психологической проблемы или предпосылок к ней, готовности к соревновательным выступлениям и составления плана работы с ребенком.
- Коррекция – для тех случаев, когда проблема выявлена и спортсмен нуждается в помощи с целью нормализации личностных, психологических качеств [4, с. 238].

Так же согласно стандарту педагога психолога в сопровождение так же могут входить: просветительская деятельность, экспертиза образовательной среды, консультирование [5, с. 3].

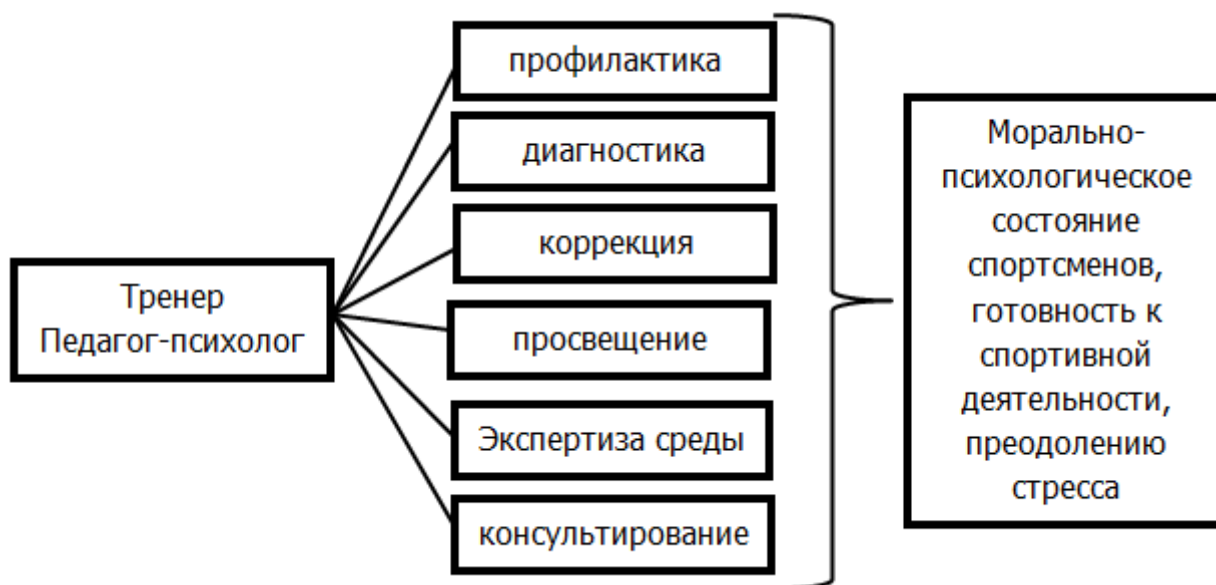


Рисунок 1. Компоненты психолого-педагогического сопровождения молодых спортсменов

- Факторы создания психологической атмосферы. Так создание благоприятной психологической атмосферы с позиции личностно-ориентированного подхода зависит от двух типов факторов: внешних – то, что составляет жизненную среду ребенка, это семья, коллектив сверстников, образовательная или тренировочная площадка, информационная среда; и внутренних – это ощущения ребенка, его мысли, чувства, эмоции, особенности темперамента и характера, прочие личностные особенности. В контексте соревновательной деятельности, зачастую, акцент ставится на нормализации и поддержке внутренних факторов.

- Потенциальные психологические расстройства наиболее вероятные в соревновательной деятельности молодого спортсмена:

Тревожные расстройства – несомненная значимость соревновательных мероприятий, возлагаемые надежды, стремления, страх провала образуют сильный эмоциональный фон, который, совместно с интенсивными физическими нагрузками (так же нагружающими центральную нервную систему), может привести неподготовленного спортсмена к расстройствам психики и даже расстройствам нервной системы.

Нарушения самооценки – так как соревнования, являются лучшим способом для спортсмена проверить себя и показать свои навыки, то они не могут повлиять и на самооценку. На предсоревновательном и соревновательном этапах нарушения самооценки могут негативно повлиять на результат, а на постсоревновательном оставить серьезную профессиональную травму личности.

Развитие фобий – развитие страха соревновательной деятельности или страха выступлений, не редкость для мира спорта.

Выводы

Исходя из выделенных аспектов, следует понимать, что молодой спортсмен не всегда способен справиться с психологическим состоянием при выполнении соревновательной деятельности и в этом случае ему должен помочь педагог. В большинстве случаев в первую очередь мы обратим внимание на тренера, однако в вопросах психологического сопровождения более грамотным решением будет – подключить к работе профессионального педагога-психолога.

Педагог психолог, как специалист имеющий специфические, психологические компетенции, ведет работу со всеми субъектами образовательного процесса, то есть не только с детьми, но и с тренерским составом, администрацией заведения, родителями воспитанников. Так как только комплексная работа специалиста-психолога сможет гарантировать создание и сохранение благоприятных психологических условий для полноценного развития ребенка.

В процессе психологического сопровождения спортсмена, педагогом-психологом прорабатываются различные сферы личности: в первую очередь эмоционально-волевая, предупреждающая тревогу и страхи; мотивационная; ценностно-смысловая; отдельно идет работа с самооценкой. При необходимости работа может проводиться

и с другими сферами, с целью обеспечения полной психологической адаптации молодого спортсмена.

Психолого-педагогическое сопровождение молодых спортсменов, особенно в контексте соревнований – это сложная, комплексная задача, предполагающая индивидуальный подход к каждому воспитаннику в которой должны быть задействованы все субъекты образования, квалифицированные специалисты. Психологическая работа в данном случае должна быть неотъемлемой частью процесса подготовки, так как от нее, в том числе будет зависеть результативность спортсмена и его профессиональные, личностные перспективы развития. В то время как позитивная и безопасная психологическая атмосфера дает возможность раскрыть потенциал и увеличить спортивный результат, не травмируя ребенка, негативная и вредная атмосфера может результативность снизить, травмировать и вызвать отторжение. Создать эту позитивную атмосферу для ребенка – это задача спортивной организации, тренерского состава и педагога-психолога.

Рекомендации

Для выполнения поставленных перед педагогом-психологом задач, он должен обладать достаточной компетенцией и общим инструментарием психологического сопровождения в процессе соревновательной деятельности молодого спортсмена и подготовке к ней. Реализуя диагностику, мы предлагаем воспользоваться следующими методиками: «Самооценка предстартового состояния» Волкова, «Шкала мотивационного состояния» Сопова, «Личностная шкала проявления тревоги» Тейлор (адаптация Немчинова), «Самооценка силы воли, терпеливости, упорства, настойчивости» Обозова, «Оценка психической надежности» Мильмана, «Опросник спортивной мотивации» Бабушкина. Как видно, данные диагностики полностью покрывают типичные проблемные сферы, однако педагог-психолог всегда должен исходить из индивидуальных особенностей ребенка и ему может потребоваться другая диагностика, найти ее он может в «Примерном перечне психодиагностических методик» от министерства Образования и науки (сейчас Просвещения) в котором указан возраст, название методики и ее применение.

В контексте профилактики и коррекции, так же должен использоваться индивидуальный, личностно-ориентированный, позитивный подход. Способы и методы воздействия определяет педагог для каждого конкретного случая отдельно. Из универсальных способов, подходящих под любые виды спорта можно выделить:

рефлексию, как в стандартных формах, так и в специальных, например «Рефлексионная тетрадь спортсмена» Снесарь, Ланденок; мероприятия на сплочения коллектива; проведение мини-соревнований внутри группы, секции, дружеские соревнования между секциями; обучение методикам релаксации, таким как дыхательные упражнения, моторно-релаксационные упражнения, психофизиологические упражнения, например методика «Ключ» Хасая Алиева, данные способы будут наиболее актуальны при снятии предстартового стресса спортсмена.

Список литературы

1. Зотова Ф. Р., Герасимова И. Г., Садыкова С. В. Анализ тенденции развития современного спорта// Здоровье для всех: материалы третьей международной научно-практической конференции, УО «Полесский государственный университет», г. Пинск, 19-20 мая 2011 г. -С. 70-73// [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://rep.polessu.by/bitstream/123456789/3926/1/23.pdf> (дата обращения: 26.03.2023 г.).
2. Олешко В. Г., Тангксунг Я. Динамика становления спортивного мастерства тяжелоатлетов Китая элитной группы //Український журнал медицини, біології та спорту. – 2020. – Т. 5. – №. 5. – С. 413-416. // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://jmbs.com.ua/pdf/5/5/jmbs0-2020-5-5-413.pdf> (дата обращения: 26.03.2023 г.).
3. Шевырева Е.Г., Петров А.В., Петрова О.В. Психолого-педагогическое сопровождение процесса подготовки юных спортсменов // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 5. // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=30216> (дата обращения: 26.03.2023 г.).
4. Пашута В.Л., Никольская А.С. Психолого-педагогическое сопровождение спортсменов как фактор преодоления стресса в условиях спортивной деятельности //Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2017. № 7 (149). С. 236-240.
5. Профессиональный стандарт. Педагог-психолог (психолог в сфере образования). Утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24 июля 2015 года N 514н.// [Электронный ресурс]: Режим доступа:

http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_185098/1d5a331e22b04694fd4ed9299de5f0008af6c799/ (дата обращения: 26.03.2023 г.).

© Носкова М.В.

УДК 159.9

КОГНИТИВНАЯ РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ КАК МЕТОД РАБОТЫ С НЕГАТИВНЫМИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ У СПОРТСМЕНОВ

Носкова М.В.¹

¹ *Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Резюме. В статье рассматривается когнитивная реструктуризация как метод работы с негативными эмоциональными состояниями у спортсменов. Обосновывается актуальность, значимость когнитивной реструктуризации, представлены методы и их описание.

Ключевые слова: спорт, спортсмен, эмоциональные состояния, когнитивная реструктуризация.

COGNITIVE RESTRUCTURING AS A METHOD OF DEALING WITH NEGATIVE EMOTIONAL STATES IN ATHLETES

Noskova M.V.¹

1Federal State Budget Educational Institution of Higher Education " Ural State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary. The article discusses cognitive restructuring as a method of working with negative emotional states in athletes. The relevance and significance of cognitive restructuring are substantiated, techniques and their description are presented.

Keywords: sport, athlete, emotional states, cognitive restructuring.

Введение

Актуальность исследования обоснована тем, что в условиях современных реалий, происходящие в спорте, в жизни спортсмена постоянно присутствует высокий уровень психического напряжения, разнообразные эмоциональные состояния. Современный спорт отличается эмоциональной насыщенностью, проявлением эмоциональной устойчивости, адекватных эмоциональных состояний, высоким уровнем и темпом когнитивных процессов, пронизан духом не всегда здорового соперничества, что

требует от спортсменов развития волевых качеств (решительности, целеустремленности, настойчивости, смелости и др.), мотивации, психической устойчивости, саморефлексии, высокого уровня сформированности профессионально-важных качеств [1].

Во время соревнований или тренировочного процесса спортсмены испытывают повышенный стресс и плохо контролируют результаты, что приводит к росту риска ряда проблем психического здоровья. В связи с этим спортсменам необходимо уметь преодолевать страх неуспеха, испытывать наслаждение, радость, интерес, положительные эмоции к спортивной деятельности и ее результату, а также осознанно переводить негативные мысли в позитивные, управлять своими эмоциональными состояниями, адекватно реагировать на конкретную ситуацию. От того как спортсмен справляется с трудными ситуациями, в результате определяет его будущий успех.

Цель работы

Обосновать значимость когнитивной реструктуризации как метода работы с негативными эмоциональными состояниями у спортсменов.

Материалы и методы

Метод, играющий важную роль в спортивной деятельности и способствующий изменять негативные мысли и эмоции спортсмена, называется когнитивная реструктуризация.

Понятие «когнитивная реструктуризация» разработал психолог А. Эллис в середине 50-х годов XX века на основе трудов других исследователей. Этот метод считается основным компонентом когнитивно-поведенческой терапии.

Когнитивная реструктуризация включает в себя выявление и преодоление негативных мыслительных паттернов, способствующие возникновению негативных эмоциональных состояний, что помогает человеку переосмыслить свои мысли и развить более позитивный и продуктивный образ мышления [2].

Результаты и обсуждение

В ряде исследований показана эффективность применения терапии на основе когнитивной реструктуризации [3, 4].

Когнитивная реструктуризация включает четыре этапа:

– идентификация проблемных когнитивных представлений, известных как «автоматические мысли» (ATS – негативный взгляд на себя, будущее или окружающий мир);

- идентификация когнитивных искажений в ATS;
- рациональное оспаривание ATS с помощью сократического диалога;
- разработка рационального опровержения ATS [5].

Исходя из перечисленных этапов, когнитивная реструктуризация включает в себя ролевое воздействие и домашнее задание.

Рассматривая когнитивную реструктуризацию в спорте, следует отметить, что она содержит следующие параметры:

- ситуации, события из реальной спортивной деятельности;
- соответствующие познания (мысли) спортсмена о данной ситуации;
- эмоциональные, поведенческие и физические последствия (познания).

Отметим, что познания всегда связаны с когнитивными процессами (восприятие, внимание, мышление, память), а мысли рассматриваются как гипотезы.

Психолог и спортсмен совместно собирают данные, после чего определяют корректность гипотез, при этом психолог задает наводящие вопросы. После этого оценивается та или иная мысль гипотезы. По итогам спортсмену нужно сделать вывод, достоверный или полезный, чтобы убедиться, что мышление эффективное.

В структуру когнитивной реструктуризации входят следующие компоненты:

1. *Заметки или регистрация мыслей* в ежедневнике, включая и положительные, и отрицательные. Необходимо прописать все ощущения, которые вызывает та или иная ситуация, а также последствия того, что бы чувствовал(а) от нее.

2. *Оценка.* Суть этого этапа заключается в том, что необходимо просмотреть все записи в ежедневнике и определить для себя, существуют ли некоторые паттерны? Можно проанализировать, что чаще всего чувствуете и на основе этого определить, в каких ситуациях возникают эти ощущения? Данный этап позволяет спортсмену выработать стратегии управления стрессовыми ситуациями, тревогой.

3. *Дискуссия.* Следует просмотреть мысли и подвергнуть их критике. Важно проанализировать, в каком времени прописан глагол (прошедшее, настоящее, будущее), в том числе возрастной этап. После этого необходимо опровергнуть мысль и разработать разные точки зрения на ситуацию.

4. *Альтернатива.* На этом этапе происходит замена негативных мыслей на положительные (позитивные) утверждения.

Чем продуктивнее мышление спортсмена, тем большая вероятность повышения его результативности.

Схематично когнитивную реструктуризацию можно представить следующим образом (рис.1).

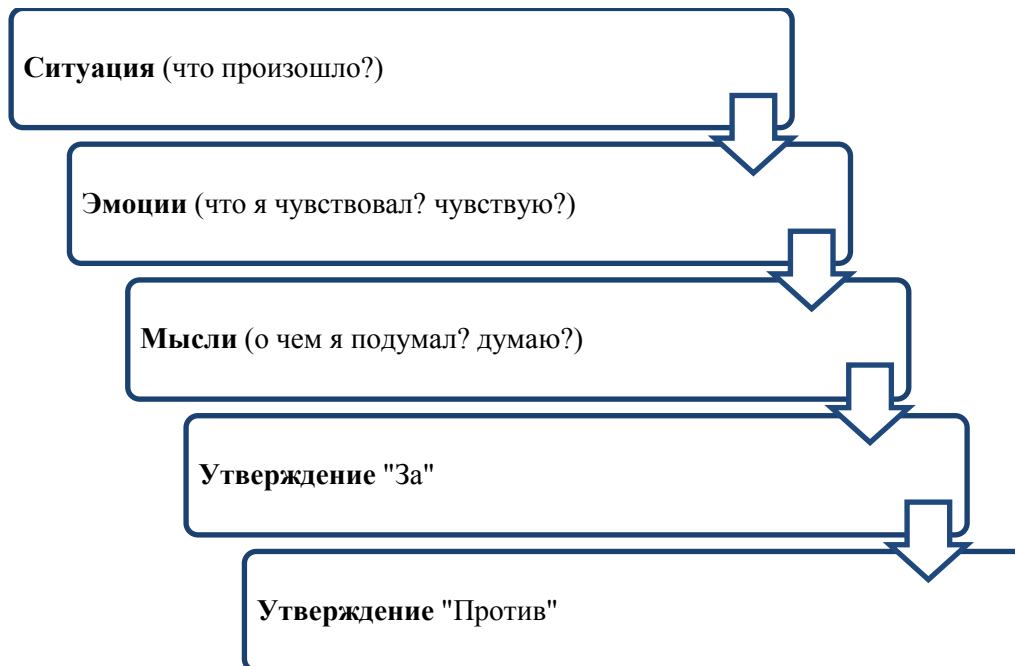


Рис. 1. Модель когнитивной реструктуризации

Исходя из представленной модели, представим методы когнитивной реструктуризации.

1. *Повышение осознания мыслей.* Важно выявить ошибочное мышление. Пристальное внимание к собственным мыслям, особенно, если наблюдаются негативные мысли – жизненно важная часть этого процесса. Для того, чтобы повысить осознанность собственных мыслей, спортсмену необходимы время, ресурсы, волевые качества. Дело в том, что сложно останавливаться и анализировать собственные сильные эмоции, а тем более думать, откуда они появились, где они сейчас. Если возникают трудности с анализом эмоциональных состояний, то можно проанализировать свое поведение, действия. Далее задаем себе вопрос «Какое поведение я хотел(а) изменить?» и определить, что вызывает это поведение.

2. *Сократический вопрос* является эффективным методом когнитивной реструктуризации, помогающий личности посмотреть на ситуацию с другой стороны, поменять иррациональное мышление на рациональное. Иррациональные мысли мешают объективному и адекватному восприятию окружающей действительности и, как следствие, появляются необоснованная тревога, стресс. Факторы,

препятствующие эффективному мышлению и правильным действиям, указывающие на иррациональное мышление, приводят к снижению мотивации к достижению новых результатов, ухудшению эффективности в профессиональной деятельности, раздражительности, тревоге, депрессии, зависимости от других людей; нарушению адаптации к окружающей среде и др. Важно определить те мысли, которые часто приходят в голову и необходимо их подвергнуть сомнению. После этого привести аргументы «за» и «против» этой мысли, проанализировать, какие есть доказательства, что мысль верна или наоборот. Когда собраны аргументы, необходимо выдвинуть суждение. Важно, чтобы это суждение было основано на фактах.

3. Визуализация – эффективный метод когнитивной реструктуризации. Управление изображениями считается эффективным инструментом для управления стрессовыми ситуациями, беспокойства, нейтрализации гнева, а также предназначена для расслабления. Когнитивная реструктуризация представлена такими категориями как визуализация жизненных событий; восстановление сна; чувство фокусировки. Многие элитные спортсмены применяют визуализацию, чтобы повысить производительность, развить уверенность в себе, контролировать тревогу, стресс. Визуализация – это представление о себе, который успешно участвует в спортивном мероприятии. Важно обращать внимание на то, чтобы воображаемый образ был максимально приближен к реальности.

4. Записи мыслей. Этот метод позволяет спортсмену узнать о когнитивных искажениях, которые раньше оставались незамеченными или не подвергались сомнению, что является необходимым шагом к их когнитивной реструктуризации. Записи мыслей позволяют ему вспомнить ситуацию, какие мысли у него возникают при воспоминании этой ситуации, какие эмоции он испытывает, как проявляются поведенческие особенности и какие альтернативные мысли у него возникают.

Выводы

Таким образом, целью когнитивной реструктуризации является изменение негативных мыслей и дисфункциональных убеждений. Изменение структуры мышления, возникая в результате определенного ряда обстоятельств, может изменить реагирование спортсмена на эти обстоятельства и улучшить результат. Эти изменения способствуют повышению результатов в спортивной деятельности, мотивации, снижению тревожности, умению справляться со стрессовыми ситуациями, преодолению страха.

Список литературы

1. Зюкин А.В., Набойченко Е.С., Носкова М.В. Психолого-педагогические технологии формирования высокой психической устойчивости у действующих спортсменов / Уральский медицинский журнал, 2019. – № 1 (169). – С.98-105.
2. Исмаилова Р.Б., Нургазы Д.Б., Рымбекова Г.Н., Сейтбеков Д. Управление эмоциональным состоянием // Вестник науки, 2023. – №3 (60). – С. 141-148.
3. Cooper P.J., Steere J. Comparison of two psychological methods of treatment of nervous bulimia nervosa: implications for models of maintenance / Behav Res Ther, 1995. – № 33(8). – P.875-885.
4. [Taylor S.](#), [Woody S.](#), [Koch W. J.](#), [McLean P.](#), [Paterson R. J.](#), [Anderson K. W.](#) Cognitive restructuring in the treatment of social phobia. Efficacy and mode of action / Behav Modif, 1997.– № 21(4). – P. 487-511. DOI: 10.1177/01454455970214006.
5. Hope, Debra A., Burns, James A., Hayes, Sarah A., Herbert, James D., Warner, Michelle D., "Automatic Thoughts and Cognitive Restructuring in Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder" / Published in Cognitive Therapy and Research, 2010. – 34:1. – pp. 1–12 DOI: 10.1007/s10608-007-9147-9 2010.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ «МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР "БОНУМ"»

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «СВЕРДЛОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

К.В. Кузьмин, А.С. Кульберг, А.И. Цветков, Е.А. Дугина, Е.С. Набойченко,
И.А. Пупкова, М.Ю. Бессонова, А.Л. Устинов

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ВОЛОНТЕРСТВА

Учебное пособие

Екатеринбург

2023

УДК 316.477 614.253

Кузьмин К.В., Кульберг А.С., Цветков А.И., Дугина Е.А., Набойченко Е.С., Пупкова И.А., Бессонова М.Ю. Организационные технологии инклюзивного волонтерства: учебное пособие. Екатеринбург: ГАУЗ СО «Многопрофильный клинический медицинский центр "Бонум"», 2023. – 163 с.

Авторы-составители:

Кузьмин Константин Викторович – кандидат исторических наук, доцент, руководитель Координационного научно-методического центра по социальной работе в системе здравоохранения Свердловской области

Митрополит Евгений (Кульберг Алексей Сергеевич) – митрополит Екатеринбургский и Верхотурский, глава Екатеринбургской митрополии, председатель Синодального отдела религиозного образования и катехизации Русской православной церкви

Цветков Андрей Игоревич – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Уральского государственного медицинского университета

Дугина Елена Александровна – доктор медицинских наук, главный врач ГАУЗ СО «Многопрофильный клинический медицинский центр "Бонум"»

Набойченко Евгения Сергеевна – доктор психологических наук, профессор, главный внештатный специалист по медицинской психологии Министерства здравоохранения Свердловской области, психолог консультативно-диагностического отделения ГАУЗ СО «Многопрофильный клинический медицинский центр "Бонум"»

Пупкова Ирина Александровна – педагог-психолог, заведующая отделом психологического сопровождения образовательного процесса ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Бессонова Мария Юрьевна – педагог-психолог, преподаватель психологии ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Устинов Андрей Леонидович – старший преподаватель кафедры истории, экономики и правоведения ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Рецензенты:

Елькин Игорь Олегович – доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии и педагогики Уральского государственного медицинского университета

Небесная Ольга Васильевна – председатель Свердловского регионального общественного движения инвалидов «Доступная среда всем»

Петрова Лариса Евгеньевна – кандидат социологических наук, профессор кафедры социокультурного развития территории МБОУ ВО «Екатеринбургская академия современного искусства» (институт)

Учебное пособие адресовано врачам-организаторам здравоохранения, преподавателям высших и средних специальных учебных учреждений по медицинским и социально-психологическим специальностям, добровольцам-участникам инклюзивной педагогики, сотрудникам отделов социального служения, а также предназначено для самостоятельной работы по темам образовательной программы «Организационные технологии инклюзивного волонтерства», утверждено методической комиссией специальности 37.05.01 – клиническая психология и гуманитарные дисциплины от 08.02.2023 Протокол №5.

При подготовке пособия использован опыт работы Волонтерского инклюзивного центра ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж» (руководитель Центра – Киселев А.Ф.) и ГАУЗ СО «Многопрофильный клинический медицинский центр "Бонум"».

© Авторы-составители, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	63
РАЗДЕЛ 1. МЕТОДИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ВОЛОНТЕРСКОЙ РАБОТЫ С ИНВАЛИДАМИ И ЛИЦАМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РЕАБИЛИТАЦИИ	96
1.1. История волонтерства в России	98
1.2. Определение понятий «ограниченные возможности здоровья» и «инвалидность» в рамках медицинской и социальной модели. Инклюзивный принцип современного общества	110
1.3. Законодательство Российской Федерации в области прав инвалидов	124
1.4. Организация доступной среды для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	140
1.5. Примерный функционал волонтеров инклюзии	165
1.6. Техники эффективного общения. Разработка примерных речевых модулей	169

ВВЕДЕНИЕ

Учебное пособие предназначено для проведения практических занятий со студентами и учащимися высших и средних специальных учебных заведений, и для самостоятельной работы по темам образовательной программы «Технологии инклюзивного волонтерства».

Цель – обучение основным технологиям инклюзивного взаимодействия с инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья.

Задачи:

1. Ознакомление с основными теоретическими подходами в понимании инвалидности и ограничений здоровья, нормативно-правовыми документами, регламентирующими права инвалидов в Российской Федерации.

2. Овладение приемами активного слушания, видами мотивации и основными технологиями волонтерской работы с лицами с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

3. Популяризация ценностей инклюзивной культуры среди волонтеров и населения Свердловской области.

По результатам обучения студент и/или волонтер должен:

знать:

- основные модели инвалидности;
- законодательство Российской Федерации в области прав инвалидов и инклюзивного волонтерства;
- особенности организации доступной среды для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

- приемы активного слушания;

- основные технологии волонтерской работы с лицами с инвалидностью и ОВЗ;

уметь:

- применять речевые модули в зависимости от той или иной ситуации;
- эффективно использовать технологии волонтерской работы с лицами с нарушением опорно-двигательного аппарата;
- эффективно использовать технологии работы с лицами с нарушением зрения;
- эффективно использовать технологии работы с лицами с нарушением слуха;
- эффективно использовать технологии работы с лицами с интеллектуальными нарушениями развития;

- эффективно использовать технологии работы с лицами, с нарушениями речи;
- эффективно использовать технологии работы с лицами с расстройством аутистического спектра.

Обучение направлено на освоение следующих *компетенций* студента и/или волонтера:

	Компетенция	Волонтер
1.	Мотивация	обладает знаниями о специфике волонтерской работы в сфере инклюзии
2.	Ответственность	действует систематично и организованно, берет ответственность за свою работу
3.	Стрессоустойчивость	контролирует свои эмоции во время работы
4.	Работа в команде	имеет навык работы в команде, умеет распределять и делиться ответственностью
5.	Коммуникация	обладает навыками эффективной коммуникации, знает правила коммуникации, особенно со специализированными группами (людьми с инвалидностью и ОВЗ)
6.	Лидерство и проактивность	оказывает влияние на других людей, мотивирует других людей, заряжает их позитивными эмоциями

Учебное пособие состоит из двух разделов.

Первый раздел охватывает основной материал программы подготовки по работе в инклюзии, и включает в себя методические и правовые основы волонтерской работы с инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья.

Второй раздел связан с демонстрацией знаний в сфере взаимодействия и технологий работы волонтеров с различными категориями лиц с инвалидностью и ОВЗ на базе сконструированных демонстрационных площадок. Волонтерам предлагается выполнить ряд практических заданий (ситуационных кейсов), продемонстрировав навыки межличностного взаимодействия, эффективного общения и правила сопровождения различных категорий людей с инвалидностью.

Содержание практических заданий (ситуационных кейсов) охватывает материал, демонстрирующий технологии взаимодействия и сопровождения инвалидов и людей с ограниченными возможностями здоровья различных нозологий.

Критерии оценки выполнения практических заданий (ситуационных кейсов):

1. Наличие аргументированного ответа на поставленные вопросы.
2. Оценка ситуации и планирование собственных действий.
3. Коммуникативные навыки, этика и правовые вопросы.

4. Знание алгоритмов установленного образца.
5. Осуществление сопровождения инвалида (по нозологиям).
6. Соблюдение правил безопасности.

Тестовые задания для закрепления изученного материала представлены в двух вариантах – задания одиночного выбора и задания множественного выбора. Успешность выполнения заданий зависит от внимательного прочтения инструкции. Варианты заданий оцениваются по дихотомическому критерию оценивания: правильно / неправильно (1 балл / 0 баллов). Каждый правильный вариант тестового задания оценивается в 1 балл.

Итоговый балл за тестирование формируется суммированием баллов за правильные ответы согласно следующим критериям:

Количество правильных ответов	Оценка
70 – 100%	Зачтено
0 – 69	не зачтено

РАЗДЕЛ 1. МЕТОДИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ВОЛОНТЕРСКОЙ РАБОТЫ С ИНВАЛИДАМИ И ЛИЦАМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

1.1. История волонтерского движения в России

Современное волонтерство, начав почти с нуля, сегодня все более активно заявляет о себе, увеличивает масштабы и расширяет границы своего участия во всех сферах жизни России. Добровольческое движение оформляется в самостоятельную систему, которая включает разные виды и формы деятельности, уровни организации волонтерства. Специфика организации добровольческого движения определяется ее социально-массовым характером, функциональным назначением и содержанием компонентов. Главной целью развития волонтерства в России является создание эффективных способов и благоприятных условий вовлечения граждан в добровольческую деятельность.

Исторический опыт добровольчества является малоизученным и чрезвычайно интересным с точки зрения деятельности людей и организации добровольчества на безвозмездной основе.

Анализ феномена волонтерства, который становится все более значимым как в мировом, так и в российском социокультурном плане, нужно начать с ретроспективного обзора данного социокультурного явления, выявления форм его проявления в историческом аспекте. Ретроспективный анализ истории волонтерского движения позволяет получить целостное представление о добровольчестве, осмыслить процесс его институционализации, выявить социокультурную специфику общественного феномена. Кроме того, необходимо основательно изучить исторический опыт добровольческих практик и управления волонтерством в России, чтобы понять наиболее эффективные в наше время принципы, формы организации безвозмездной деятельности, которые в наибольшей степени будут востребованы и будут вписываться в нашу историческую традицию.

На протяжении всей истории человечества не существовало такого общества, в котором не было бы известно понятие добровольной помощи. Помощь, оказываемая группой людей или каким-либо лицом отдельным людям или обществу в целом,

основана на идее добровольной поддержки без какой-либо выгоды или иного материального эквивалента. Она может иметь разнообразные формы – от помощи целому социуму до поддержки отдельных нуждающихся в помощи людей (лица с ограниченными возможностями, дети, пожилые люди и т.д.).

П. Джордан определил волонтерство как помощь в создании более дружного, сплоченного общества, а также услуги, которые предоставляет нам государство.

В словаре С.И. Ожегова волонтерство – это бескорыстная и безвозмездная помощь пожилым людям, инвалидам и людям, попавшим в трудные жизненные ситуации.

Е.И. Холостова утверждает, что волонтеры – это люди, занимающиеся неформальной деятельностью, работающие в государственных, а также частных образовательных, медицинских и общественных организациях абсолютно бесплатно.

Волонтерство, или добровольчество, в современном понимании определяется как деятельность, которую люди осуществляют безвозмездно, и которая нацелена на достижение довольно актуальных жизненных целей.

Слово «волонтер» пришло в русский язык из французского. Оно образовалось от слова «volontaire», что означает доброволец или желающий помочь. В XVIII–XIX веках таковыми называли людей, которые добровольно шли на государственную службу. Волонтером может быть абсолютно любой, кто хочет помочь людям, и несет за это ответственность.

История добровольчества в нашей стране своими корнями уходит в глубокую древность, к периоду после принятия христианства в 988 году, связанного с именем князя Владимира Святославича. Православная русская среда известна своим трудом во славу Божию, когда люди приходили в монастыри работать. Ярослав Мудрый определил самых способных детей, независимо от социального положения, отдавать в так называемое «книжное учение», то есть в школы, которые содержались за счет средств благотворительности. До начала XX в. общество бережно хранило древние традиции взаимопомощи. Когда у кого-то случалась беда, ему всегда помогали всем миром. Такова, к примеру, была помощь (толока) в крестьянской общине, которая заключалась в приглашении соседей на спешную работу (уборку хлеба, молотьбу, покос, строительство дома и пр.) теми, кого постигло несчастье или кто занемог в страдную пору. Повсеместное распространение имело поочередное кормление бедных односельчан по крестьянским домам – поденно или понеделно. Неслучайно с тех времен и пошла поговорка: «С мира по нитке, голому рубашка».

В допетровской России история волонтерства крепко связана с принципами христианской добродетели, так как и в военное, и в мирное время храм всегда помогал нуждающемуся. Так, знаменитый древнерусский проповедник Феодосий Печерский (XI век) в послании князю Изяславу Ярославичу призывал его быть милостивым ко всем людям независимо от их веры и национальной принадлежности: «...милостынею милуй не токмо своя веры, нъ и чюжая; аще ли видиши анаг, ли голодна, ли зимою, ли бедою одържима, аще ти будеть ли жидовин, ли сорочинин, ли болгарин, ли еретик, ли латинин, ли от поганых – всякого помилуй и от беды избави, яко же можеш».

Особым уважением в народе пользовались юродивые – безумные, «блаженные», люди, которые по древнерусским понятиям были святыми, хотя и занимали положение «меньшой братии». В истории России с XI по XVII век известны имена не менее пятидесяти юродивых; ныне в Русской православной церкви почитают память 36 юродивых (Прокопий Устюжский, Прокопий Вятский, Василий Блаженный, Симон Блаженный, Никола Салос и др.). В юродстве можно увидеть проявление знаковой системы: аскетическое самоуничужение, с одной стороны, и «ругание миру», то есть обличение его пороков.

Дальнейшее развитие волонтерства в России неразрывно связано с реформами Петра I в первой четверти XVIII в., углубившими социальный раскол общества, с проблемой образованного меньшинства, которое испытывало чувство исторической вины перед невежественным угнетенным большинством – с дихотомией «интеллигенция – народ». Известный в XIX веке феномен кающегося дворянина, который «опрощался» и шел в народ – наиболее яркое проявление волонтерства в России, которое нашло отражение и в отечественной классической литературе, например, в романе «Новь» И.С. Тургенева. В правление императора Александра II (1855-1881 гг.) идеи «хождения в народ» получили большое распространение среди студенческой молодежи, становившейся сельскими учителями и фельдшерами и мечтавшей о появлении в России широкой массы образованных тружеников, рационально ведущих свое хозяйство и избавивших себя и своих близких от социальных пороков (в первую очередь, пьянства). Участники «хождения» пытались пропагандировать как лозунги христианского равенства и нестяжательства, так и революционные идеи, но столкнулись с грубым невежеством и враждебностью со стороны крестьянской массы.

Во второй половине XIX в. появились первые органы общественного самоуправления – земства, созданные в большинстве губерний и уездов России, и городские думы, в ведение которых входило попечение о начальном народном образовании и местном здравоохранении, развитие почтовой связи, дорожного строительства, открытие благотворительных заведений и пр. Неслучайно за 30 лет, с 1861 по 1891 г., общее количество «богоугодных» учреждений в России увеличилось в 6 раз – с 784-х до 4,5 тысяч, а число получателей тех или иных видов безвозмездной помощи достигло 12 млн. человек, хотя расходы земств на эти цели официально признавались «необязательными».

Земствам и врачам-энтузиастам история добровольчества в России обязана также распространением практики бесплатного медицинского обслуживания в деревнях, где с глубокой древности использовались только народные средства. Ярким примером тому служит хотя бы цикл рассказов «Записки юного врача» М. А. Булгакова, в которых описаны реальные случаи из врачебной практики автора, столкнувшегося с глубочайшим невежеством и наплевательским отношением к собственному здоровью, произошедшие с ним во время работы в селе Никольском Смоленской губернии, а затем в Вязьме.

Наиболее значимый этап в развитии волонтерства в России – это, безусловно, женское добровольческое движение, развернувшееся в середине XIX в. в связи с событиями Крымской войны 1853-1856 гг., когда по инициативе знаменитого врача-хирурга Н.И. Пирогова и великой княгини Елены Павловны была основана Крестовоздвиженская община сестер милосердия, поставившая своей целью оказание помощи раненым на поле боя. Как вспоминал впоследствии ассистент Н.И. Пирогова, д-р Г.Я. Ульрихсон, «сестры ходили за оперированными и тяжелоранеными, не оставляя без попечения и раненых французов, которых не считали врагами и не делали никакого отличия от русских».

После окончания Крымской войны было создано Общество попечения о раненых и больных воинах (1867), преобразованное в 1876 г. в Российское общество Красного Креста (РОКК), финансирование которого опиралось на членские взносы и частные пожертвования. Особого размаха деятельность РОКК достигла на рубеже XIX-XX вв.: так, в голодные 1890-е гг. отделения Красного Креста устраивали благотворительные пекарни, столовые, «санитарии», убежища для слабых и выздоравливающих. В годы русско-японской войны 1904-1905 гг. по инициативе Общества Красного Креста были

созданы первые военно-санитарные поезда, а во время страшного голода 1906 г. при содействии РОКК было открыто 17 тыс. столовых и 4 тыс. «питательных пунктов», выдавших во время бедствия 270 млн обедов и пайков. Наконец, в годы первой мировой войны РОКК сконцентрировало в своих руках практически всю работу в области здравоохранения, заменив собой правительственные учреждения.

Конечно, добровольчество в России имело не только организованный характер. Всегда были деятельные одиночки, жаждавшие помочь нуждающимся. Особенно жалостливым было отношение у многих было к заключенным. Многие богобоязненные русские люди считали своим долгом по праздникам, а иногда и в будни, навещать «сидельцев», приносить им деньги и еду, иногда и ухаживать за ними.

Некоторые из добровольцев-одиночек были настоящими подвижниками. Примером беззаветного служения долгу помощи может служить деятельность княжны М.М. Дондуковой-Корсаковой (1827-1909), ставшей инициатором создания первых военно-полевых госпиталей в 1850-е гг., а затем посвятившей себя морально-нравственному и религиозному просвещению заключенных в тюрьмах. Долгие годы добиваясь посещения политических арестантов в Шлиссельбургской крепости и постоянно получая отказы, М.М. Дондукова-Корсакова предложила амнистировать всех заключенных под свою ответственность. Такое волонтерство получило глубокое осмысление в русской классике: вспомним, к примеру, Сонечку Мармеладову в «Преступлении и наказании», Алешу Карамазова, создавшего целую «волонтерскую команду» в «Братьях Карамазовых» у Ф.М. Достоевского, или Нехлюдова из «Воскресения» Л.Н. Толстого.

Конечно, не всегда их благородные порывы достигали своей цели, нередко косвенно способствуя развитию профессионального нищенства, социального иждивенчества и тунеядства. Тот же Л.Н. Толстой, руководствуясь принципом «Чтобы поверить в добро, надо начать делать его», однажды попытался взять в свой дом уличного бесприютного ребенка, но тот вскоре оттуда сбежал. Мальчик был уже испорчен возможностью убогой, но беззаботной жизни без труда и распорядка. Великий писатель впоследствии замечал, что он, подобно врачу, принес «свое лекарство больному, обнажил язву, разбередил ее и признался сам себе, что все делал напрасно... что лекарство его не годится».

Начиная с 1880–1890-х гг. оформляется практика добровольческой помощи в сфере отраслевой статистики. Создаются так называемые добровольческие

корреспондентские сети в области статистики населения, промышленная, сельскохозяйственная и т.д. Показательным примером является организация работы добровольных корреспондентов по сбору данных об урожайности государственными учреждениями (Центральный статистический комитет МВД), отдельными ведомствами (Департамент земледелия и сельской промышленности по сбору текущих сельскохозяйственных сведений, с 1894 г. – отдел сельской экономики и сельскохозяйственной статистики) и земствами.

Вся эта статистика поступала через собственную разветвленную сеть добровольных корреспондентов, в «штатном» составе которой можно было наблюдать неравномерность распределения респондентов. Так сведения об урожайности доставлялись корреспондентами в Департамент земледелия и сельской промышленности по сбору текущих сельскохозяйственных сведений по определенным программам в определенном интервалом: сначала три, а с 1894 г. – шесть раз в год. Содержательная часть программы состояла из вопросов об урожайности сельскохозяйственных культур, ценах на скот и сельскохозяйственные продукты, ценах на рабочие руки.

На постоянной основе в сборе, обработке и публикации статистических данных участвовали земства. Земскую статистику по праву можно считать сельскохозяйственной, поскольку к основным ее задачам относились изучение социально-экономического состояния крестьянских хозяйств в целях последующего налогообложения и проведение оценочных работ.

Не меньшее значение имел сбор сведений, касающихся моральной статистики (распространенность пьянства, венерических заболеваний, проституции, нищенства) и статистики народного образования, здравоохранения, санитарии, попечения о нуждающихся и пр. Так, например, Пермское земство на рубеже XIX-XX вв. регулярно публиковало отчеты об эпидемиях холеры, тифа и других заразных болезней, санитарные обзоры губернии, очерки развития земской медицины и народного образования в различных уездах края, отчеты о деятельности съездов врачей и др.

Земства активно привлекали добровольных корреспондентов – «лиц, изъявивших добровольное согласие доставлять нужные сведения по данным им программам», составлявших штат земских статистических отделов на местах. Земства стремились распределять сеть добровольных корреспондентов по губернии, уездам и волостям пропорционально по территориальному принципу. В период проведения подворных

переписей крестьянских хозяйств к услугам добровольных корреспондентов не прибегали, поскольку материал собирался самими статистами. С 1900 года сеть добровольных корреспондентов имела поездную организацию.

События Первой мировой войны, в которую оказалась втянутой наша страна с 1914 г., сказались и на содержании добровольческого движения. Трудности военного времени активизировали общественное самосознание и социальную активность граждан в России. Значимым направлением патриотической деятельности обучающихся стала трудовая помощь семьям участников войны. Особо остро нехватка рабочих рук ощущалась на селе, и добровольческие ученические дружины частично восполнили здесь дефицит рабочей силы. Положение с развитием молодежных инициатив в военные годы показывает, что основным катализатором развития добровольной помощи были серьезные социально-экономические проблемы в обществе.

Молодежь действительно рассматривалась как один из стратегических ресурсов решения многих проблем. Одним из направлений российского добровольческого движения стали объединения учащихся, деятельность которых имела самые разнообразные формы – от обеспечения армии и населения продуктами питания до участия в оказании помощи семьям, лишившимся в войне своих кормильцев.

Конечно, главная идея таких добровольных трудовых объединений молодежи в годы Первой мировой войны состояла в помощи «бедным и нуждающимся в рабочей силе семьям воинов, не имеющим средств для найма рабочих, и пополнение недостатка в рабочих силах... например, на пригородных огородах, в имениях и т.п.». Трудовые дружины, конечно, частично решали проблему дефицита рабочей силы в условиях, когда большинство взрослых мужчин были мобилизованы на фронт, но в то же время имели существенный воспитательный момент. Комиссия по внешкольному сельскохозяйственному образованию отмечала: «...входя в трудовые дружины, дети будут жить среди природы и набираться сил и новых впечатлений, работая посильно на пользу родины и отдыхая в то же время от однообразных книжных занятий зимой, в новой обстановке и среди новых людей. А возвратившись с работ, оздоровленные и обновленные телом и душой, дети с энергией примутся за обычные занятия в школах, довольные своим подвигом и исполненным долгом».

Многочисленные обращения местных властей неоднократно отмечали роль добровольческого труда молодежи: «Одной из важнейших задач настоящего времени

по отношению к правильной организации является всемерная забота о том, чтобы ... наша деревня была снабжена возможно большим количеством таких сельскохозяйственных рабочих, которые не будут призваны в ряды армии и могли отдать свои силы на помощь семьям призванных на войну и тем хотя отчасти возместить вызванный военными мобилизациями недостаток рабочих рук в деревне. Таким рабочим резервом... могла бы, несомненно, явиться учащаяся молодежь старших классов учебных заведений всех ведомств».

Именно учащаяся молодежь становится одним из стратегических ресурсов для решения многочисленных трудностей в новых экономических, социальных и политических условиях, порожденных военным временем, решая в первую очередь проблемы недостатка рабочей силы в сельском хозяйстве.

Развитие добровольческого движения в нашей стране происходило и при Советской власти, тогда адресную помощь людям организовывали комсомольцы и пионеры. Существовали ДОСААФ (Добровольное общество содействия армии, авиации и флоту), ОДВФ (Общество друзей Воздушного флота), Общество «Друг детей», Добровольное общество любителей природы, возрожденное в 1920-е гг. Общество Красного Креста и много других обществ, хотя их деятельность находилась под непосредственным руководством и жестким административным контролем по стороны властей, подчиняясь единой цели – «способствовать делу коммунистического воспитания масс, направлять активность трудящихся масс по советскому руслу, помогать Советской власти строить социализм».

В период государственного строительства СССР добровольческий труд являлся способом взаимодействия в обществе, жизненной потребности советского гражданина и одним из способов его существования. В Советском Союзе добровольческий труд активно институализируется в структуру общественной жизни и производства.

В процессе концептуального оформления добровольческий труд выводится из сферы благотворительности с ее негативной социальной нагрузкой (помощи наиболее уязвимой части населения) и позиционируется как самостоятельная форма практик общественной деятельности населения. Ярким тому примером может служить движение «женщин-общественниц», возникшее в 1930-е гг. в крупных промышленных центрах, вовлекшее в свои ряды домохозяйек (как правило, жен местных партийных, советских и хозяйственных руководителей) и поставившее своей целью «окультуривание» заводского населения: обустройство рабочих общежитий и

бараков, организацию детских садов и яслей, летних лагерей и санаториев, курсов ликвидации безграмотности, библиотек, общественных бань, инспектирование работы заводских столовых и уголков первой помощи при несчастных случаях и пр.

Общепринятое определение труда на основе общественной собственности в социалистическом и коммунистическом обществе дал В.И. Ленин: «Коммунистический труд в более узком и более строгом смысле слова есть бесплатный труд на пользу общества, труд, производимый не для отбытия определенной повинности, не для получения права на известные продукты, не по заранее установленным и узаконенным нормам, а труд добровольный, труд вне нормы, труд, даваемый без расчета на вознаграждение, без условия о вознаграждении, труд по привычке трудиться на общую пользу и по сознательному (перешедшему в привычку) отношению к необходимости труда на общую пользу, труд, как потребность здорового организма».

В 1920-е гг. начинается этап активного развития общественных добровольческих организаций, консолидирующих общественную деятельность трудящихся в построении принципиально нового общества. Стратегической задачей таких организаций стало вовлечение рабоче-крестьянских масс в управление различными процессами развития социалистического строительства, а также в пропаганду идеалов нового общества.

Добровольное участие в общественных объединениях и организациях рассматривалось в качестве конструктивного способа участия в социально-культурном строительстве, развитии культуры, здравоохранения, природоохранной деятельности, охране социалистической собственности, физической культуры и спорта. В этих целях формируется разветвленная система спортивных, экологических, культурно-просветительских и других обществ и союзов. Как правило, сфера деятельности добровольцев определялась уставными нормами соответствующего общества.

Именно через данные организации предполагалось, что каждый будет участвовать в политической жизни и других политических процессах, тем самым будет принимать участие в преобразовании общественных отношений и в конечном итоге – в построении коммунизма.

Добровольный труд в значительной мере способствовал повышению престижа самого движения добровольчества в общественном сознании, придавая статус деятельности, традиционно весьма почетной для большинства советских граждан. Государство сумело сформировать такую систему взглядов, при которой граждане в

полной мере осознавали важность добровольческого труда и его роль в развитии своей страны. Примером такого труда служат организуемые по всей стране субботники, которые часто превращались в настоящие общенациональные праздники.

Значимым в советском добровольческом движении стало движение юных тимуровцев, возникшее в нашей стране под влиянием повести А. П. Гайдара «Тимур и его команда» (1940), благодаря которой в СССР появились образцы организации инициативных объединений, которые заботились о гражданах страны, нуждающихся в помощи (пенсионеры, дети, беременные женщины и т.д.). Тимуровское движение приобрело большой размах, воплотив в себе идею союза детской романтики и патриотических чувств юного поколения, выразившегося в заботе о людях. Очевидно, что главная идея движения тимуровцев – забота о людях – в то же время является идентичной идеи добровольческой (или волонтерской) деятельности по своему смысловому содержанию и представлениям.

В первые же дни войны «Пионерская правда» обратилась к юному поколению с вопросами: «Чем ты помог Красной Армии?», «Чему ты учишься у наших воинов?», «Что ты хочешь приобрести для Красной Армии?».

В период Великой Отечественной войны с 1941 по 1945 гг. в СССР насчитывалось более 2 млн. тимуровцев. Желание помочь Родине в трудные годы войны – вот чем руководствовались тимуровцы, создавая команды. Пример тому – рассказ пионерки Егорьевской школы № 5 Московской области Клары Степановой: «Я это лето работаю в колхозе и осенью отдам половину своих заработанных трудодней в фонд обороны страны: пусть хоть немножко и моих трудов попадает на фронт». Выполняемая школьниками работа в годы войны имела огромное значение для народного хозяйства. Только в ноябре 1942 г. в проведенном по призыву ЦК ВЛКСМ всесоюзном воскреснике «Пионеры – фронту» приняли участие свыше 2,5 млн школьников; за один день пионеры заготовили около 75 тыс. кубометров дров, собрали свыше 4 тыс. тонн металлолома, 355 тонн лекарственных растений, отгрузили свыше 300 тонн угля и торфа. Всего же за период 1942-1945 гг. пионеры и школьники отработали в колхозах около 600 млн трудодней, собрав 186 тыс. тонн лекарственных растений.

И во время, и после войны тимуровцы шефствовали над семьями воинов, погибших на войне, и над инвалидами войны, ухаживали за ранеными, возвратившимися с фронта. К примеру, только в Новосибирской области действовало 1237 тимуровских команд, взявших под свою опеку детей, эвакуированных из прифронтовых областей;

в годы войны новосибирские тимуровцы отправили на фронт 11,3 тыс. посылок с подарками, собрали 50 тыс. теплых вещей, сшили 170 тыс. носовых платков и кисетов и пр.

Очень много добровольческих организаций впоследствии появляется в нашей стране в связи и с освоением целины, и строительством Байкало-Амурской магистрали, и стройками 1970-х гг. Во второй половине 1950-х – 1970-е гг. предпринимались попытки возрождения общественной самодеятельности: так, профилактикой подростковой и молодежной преступности занимались созданные на общественных началах уличные, квартальные и домовые комитеты (в середине 1980-х гг. их насчитывалось около 530 тысяч). Во второй половине 1950-х – первой половине 1960-х гг. была создана сеть товарищеских судов на промышленных предприятиях и по месту жительства, призванная к борьбе с опозданиями, прогулами, бытовым пьянством, аморальным поведением и домашним насилием с применением исключительно мер морального воздействия (провинившиеся должны были извиниться, пообещать исправиться и пр.): только в Москве в середине 1960-х гг. в 5580 товарищеских судах на добровольных началах работало около 52 тыс. человек.

Развивались и организации, созданные в довоенные и первые послевоенные годы, – ДОСААФ СССР, Союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, Всесоюзное общество «Знание», Общество спасания на водах и др. Но все эти организации прекратили свое существование или их деятельность была сведена на нет вместе с распадом СССР, когда низкий уровень жизни и сместившаяся шкала ценностей создали хаос в стране, тут было не до добровольных обществ. В волонтерском движении наступила пауза.

В современной истории России впервые волонтеров определили на законодательном уровне в 1995 году, когда Президент Б.Н. Ельцин подписал Федеральный закон «О благотворительной деятельности и добровольчестве (волонтерстве)», прописавший, что «добровольцы — это те, кто в безвозмездной форме осуществляет благотворительную деятельность». Развитию добровольчества способствовало также принятие федеральных законов «Об общественных объединениях» (1995) и «О некоммерческих организациях» (1996).

В 2000-е годы в Российской Федерации начинает активно возрождаться волонтерское движение, чему во многом способствовало провозглашение Организацией Объединенных Наций 2001 года Международным годом добровольцев.

Созданная в 2014 г. Ассоциация волонтерских центров ныне объединяет свыше 140 организаций, координируя деятельность 270 тыс. волонтеров по всей России. Сегодня Правительство России обеспечивает государственную поддержку волонтерских организаций. Указом Президента РФ от 27 ноября 2017 г. установлен День волонтеров – 5 декабря – в соответствии с резолюцией Генассамблеи ООН (1985), в которой эта дата объявлена Международным днем добровольца во имя экономического и социального развития. С 2018 г. в рамках Национального проекта «Образование» реализуется федеральный проект «Социальная активность», целью которого заявлены «развитие добровольчества (волонтерства), развитие талантов и способностей у детей и молодежи, в том числе студентов, путем поддержки общественных инициатив и проектов, вовлечения к 2024 г. в добровольческую деятельность 20 % граждан». Всего же только численность волонтеров, обучающихся в разных типах образовательных организаций, к 2024 г. должна составить не менее 8,8 млн чел.

Волонтеры принимали активное участие в помощи населению в период пандемии COVID-19. В рамках всероссийской акции #МыВместе волонтерами-психологами была организована психологическая поддержка населения в условиях новой коронавирусной инфекции.

Активно возрождается участие Церкви в волонтерской деятельности. При храмах организуются службы милосердия, патронажные службы, добровольческие объединения.

Вопросы для тестового контроля:

1. СЛОВО ВОЛОНТЕР ПРОИЗОШЛО ОТ ФРАНЦУЗСКОГО СЛОВА, КОТОРОЕ В ПЕРЕВОДЕ ОЗНАЧАЕТ...	
V	Доброволец
	Помощник
	Активист
2. МОЖНО ЛИ ПОСТАВИТЬ ЗНАК РАВЕНСТВА МЕЖДУ СЛОВАМИ ВОЛОНТЕР И ДОБРОВОЛЕЦ?	
V	Да
	Нет
3. ТРАДИЦИОННО СЧИТАЕТСЯ, ЧТО ПЕРВЫЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЕ ШКОЛЫ НА РУСИ БЫЛИ СОЗДАНЫ В ПРАВЛЕНИЕ КНЯЗЯ...	
V	Ярослава Мудрого

	Изяслава Ярославича
	Владимира Святославича
4. ЗАРОЖДЕНИЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ ПРОИЗОШЛО ПРИ	
	Александре I
	Петре I
V	Владимире Святославовиче
5. ИДЕИ «ХОЖДЕНИЯ В НАРОД» ПОЛУЧИЛИ ШИРОКОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ В ПРАВЛЕНИЕ	
	Александра I
	Петра I
V	Александра II
6. В КАКОМ ГОСУДАРСТВЕ ВОЗНИКЛО ПЕРВОЕ ЖЕНСКОЕ ВОЛОНТЕРСКОЕ ДВИЖЕНИЕ?	
	Великобритания
	США
V	Российская Империя
7. ОБЩЕСТВО ПОПЕЧЕНИЯ О РАНЕНЫХ И БОЛЬНЫХ ВОИНАХ БЫЛО СОЗДАНО В	
	1855 г.
V	1867 г.
	1876 г.
8. ОСОБЕННОСТЬЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА НА РУБЕЖЕ XIX-XX ВЕКОВ БЫЛА ОРИЕНТАЦИЯ	
	На получение государственных субсидий
	На доходы от предпринимательской деятельности
V	На членские взносы и частные пожертвования
9. ВОЕННО-САНИТАРНЫЕ ПОЕЗДА В РОССИИ ВПЕРВЫЕ ПОЯВИЛИСЬ В ГОДЫ	
	Крымской войны 1853-1856 гг.
V	Русско-японской войны 1904-1905 гг.
	Первой мировой войны 1914-1918 гг.
10. РАСХОДЫ ЗЕМСТВ НА ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ НУЖДАЮЩИМСЯ ОФИЦИАЛЬНО ПРИЗНАВАЛИСЬ	
	Обязательными
	Желательными
V	Необязательными
	Вынужденными
11. «ЧТОБЫ ПОВЕРИТЬ В ДОБРО, НАДО НАЧАТЬ ДЕЛАТЬ ЕГО», - ЭТИ СЛОВА ВПОЛНЕ МОГЛИ БЫ СТАТЬ ЛОЗУНГОМ ЛЮБОЙ ДОБРОВОЛЬЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ. КТО АВТОР ЭТИХ СЛОВ?	

	Ф.М. Достоевский
	М.А. Булгаков
V	Л.Н. Толстой
	И.С. Тургенев
12. МАРИЯ ДОНДУКОВА-КОРСАКОВА ПОСВЯТИЛА ЗНАЧИТЕЛЬНУЮ ЧАСТЬ ЖИЗНИ ТЮРЕМНОМУ СЛУЖЕНИЮ. В 1900-Х ГОДАХ ОНА ПЫТАЛАСЬ ДОБИТЬСЯ ПРАВА ПОСЕЩЕНИЯ ПОЛИТИЧЕСКИХ ЗАКЛЮЧЕННЫХ В ШЛИССЕЛЬБУРГСКОЙ КРЕПОСТИ. КНЯГИНЕ БЫЛО ОТКАЗАНО. ИСТОРИЯ СОХРАНИЛА ЕЕ ОТВЕТ, ПОСЛЕ КОТОРОГО В 1904 ГОДУ ПОСЕЩЕНИЕ КРЕПОСТИ БЫЛО РАЗРЕШЕНО. ЧТО ПРЕДЛОЖИЛА ДОНДУКОВА-КОРСАКОВА?	
	организовывать личные встречи с заключенными вне крепости под надзором полиции
V	амнистировать всех заключенных под ее ответственность
	отказаться от волонтерской деятельности в тюрьмах вообще
	арестовать ее саму
13. ЦЕЛЮ ДВИЖЕНИЯ ЖЕНЩИН-ОБЩЕСТВЕННИЦ, ВОЗНИКШЕГО В СССР В 1930-Е ГОДЫ, БЫЛО	
	Распространение знаний о правилах оказания медицинской помощи
	Развитие творческой самодеятельности
V	Окультуривание заводских поселений
	Вовлечение широких рабочих масс в политическую деятельность
14. НАЗОВИТЕ, КАКОЕ ДВИЖЕНИЕ В ПИОНЕРИИ СТАЛО ОСНОВОЙ РАЗВИТИЯ ДЛЯ ДОБРОВОЛЬЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ?	
	Скаутское движение
V	Тимуровское движение
	Движение юных инспекторов дорожного движения
15. ТОВАРИЩЕСКИЕ СУДЫ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ И ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА БЫЛИ СОЗДАНЫ В СССР	
	Во второй половине 1920-х – 1930-е годы
V	Во второй половине 1950-х – первой половине 1960-х годов
	В 1970-1980-е годы
16. КОГДА В РОССИЮ ПРИШЛО ПОНЯТИЕ «ВОЛОНТЕР»?	
V	1990-е годы
	2000-е годы
	XIX век
17. В КАКОМ ГОДУ В РОССИИ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТЬ ЗАКОНОДАТЕЛЬНО ПРИЗНАНА ПРАВОВЫМ ВИДОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ?	
	1997
	2001

V	1995
18. На каких правовых актах основывается деятельность благотворительных организаций в РФ?	
	ФЗ «Об общественных объединениях»
	ФЗ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях»
	ФЗ «О некоммерческих организациях»
V	Все перечисленное верно
19. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ОТМЕЧАЕТСЯ:	
	5 сентября
	8 июня
V	5 декабря
20. КАКОЙ ГОД ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ОБЪЯВИЛА ГОДОМ ДОБРОВОЛЬЦЕВ?	
	2000 год
	2009 год
V	2001 год

1.2. Определение понятий «ограниченные возможности здоровья» и «инвалидность» в рамках медицинской и социальной модели.

Инклюзивный принцип современного общества

Нередко понятия «ограниченные возможности здоровья» и «инвалидность» рассматриваются как синонимы, взаимно дополняющие и определяющие друг друга. На самом деле эти понятия заключают в себе различное содержание: обладая ограниченными возможностями здоровья, человек может вовсе не считаться инвалидом.

Ограниченные возможности здоровья – это любая утрата психической, физиологической/анатомической структуры и/или функции либо всякое отклонение от них, влекущее за собой полное или частичное ограничение способности и/или возможности осуществлять бытовую, социальную, профессиональную или иную деятельность способом и в объеме, которые считаются нормальными для человека при прочих равных возрастных, социальных и иных факторах. В зависимости от возможностей компенсации или восстановления ограничение возможностей здоровья может быть временным или постоянным.

Инвалидность (от «invalidus» – «немогущий, слабый») – комплексное понятие, объединяющее в себе различные нарушения, ограничения активности и возможного участия в жизни общества и требующее специального освидетельствования и присвоения соответствующей группы инвалидности.

Нарушения – это проблемы, возникающие в функциях или структурах организма

Ограничения активности – это трудности, испытываемые человеком в выполнении каких-либо заданий или действий.

Ограничения участия – это проблемы, испытываемые человеком при вовлечении в жизненные ситуации.

Система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, называется *социальной реабилитацией*. Ее целью является восстановление социального статуса инвалида, достижение им экономической независимости и его *социальная адаптация*, то есть усвоение личностью норм и ценностей среды (социализация) и изменение (преобразование) среды в соответствии с новыми условиями и целями деятельности. Важнейшими *принципами* социальной реабилитации являются этапность, комплексность, преемственность, последовательность, дифференцированный подход, доступность, бесплатность для наиболее нуждающихся категорий населения, обязательность и добровольность.

В то же время, нужно иметь в виду то, что *инвалидность* – это не какое-то особое свойство человека, а те *препятствия*, которые возникают у него в обществе при реализации его прав, свобод и возможностей. В то же время причины возникновения этих препятствий рассматриваются различно и существуют две наиболее распространенные точки зрения, воплощенные в *двух* моделях инвалидности – *медицинской* и *социальной*.

Медицинская модель (более ранняя по времени своего возникновения) рассматривает инвалидность как *свойство, присущее человеку* в результате болезни, травмы или иного воздействия на состояние здоровья. Неслучайно поначалу собственно «инвалидами» называли солдат, получивших боевые травмы и лишившихся способностей к самообслуживанию. Инвалидность требует медицинской помощи в виде непосредственного лечения с тем, чтобы «исправить» проблему

человека. Тем самым инвалид рассматривается в первую очередь как человек с ограниченными возможностями, который не может делать то, что характерно для обычного человека, и потому испытывает трудности с интеграцией в обществе.

В результате инвалид превращается в объект внимания и манипуляций со стороны множества специалистов (рис. 1).



Рис. 1. Примерная схема медицинской модели инвалидности

При этом инвалидность, инвалидизирующие заболевания нередко понимались и понимаются до сих пор как яркие проявления патологий в развитии человеческого организма, находящие свое отражение в аномалиях, недостаточности или ущербности социализации индивида, то есть возможностей обретения им необходимых навыков для полноценной жизни в обществе. В рамках медицинской модели утверждается, что процесс социальной адаптации инвалида, то есть полноценного усвоения им норм и ценностей общества, напрямую обусловлен теми внутренне присущими ему ограничениями здоровья, которыми он обладает. Ограничения в передвижении, недостаточность зрения или слуха, ментальные нарушения, задержки в развитии речи превращаются в результате в своеобразные «ярлыки», и человек с инвалидностью становится объектом социальной стигматизации – зримым носителем «изъянов» («ярлыков»), определяющих его место в обществе. Такие «ярлыки», как «слепец», «калека», «даун», «припадочный», «псих», «дебил», заика», унижают достоинство человека, сводя его ценность к минимуму.

В то же время восприятие инвалидности предполагало определение ценности индивида, исходя из рационально-трудовых установок. То есть, насколько инвалид способен к самостоятельному обслуживанию и насколько он способен приносить

своим трудом пользу обществу. Например, в начале XX века знаменитый американский промышленник Генри Форд в книге «Моя жизнь, мои достижения» уверенно замечал, что «слепой» или «калека», если его поставить на нужное рабочее место, способен эффективно трудиться и, более того, получать ту же зарплату, что и здоровый человек. На рационально-трудовых началах строились и методики обучения людей с инвалидностью, к примеру, глухонемых и слепых. Тем самым ценность человека сводилась к его возможностям трудиться на благо общества.

Неслучайно еще в XIX веке в странах Западной Европы и в России оформилась так называемая «карцерная система» социальной помощи людям с инвалидностью, предполагающая, с одной стороны, фиксацию минимальных жизненных потребностей индивида в пище, одежде, обучении, медицинском обслуживании и т.д., а с другой стороны – определяющая возможности применения его труда. При этом инвалид оказывался в своеобразном «карцере» (изоляторе); он становился изгоем общества, отрезанным от мира, окруженным людьми, ему подобными. Его жизненный путь, жизненный сценарий предписывался теми ограничениями, которые диктовало ему общество.

Таким образом, медицинская модель выступает за изоляцию инвалидов от остального общества, игнорируя возможности их интеграции и рассматривая инвалидов как людей, которые должны адаптироваться к тем условиям существования, которые для них созданы. Медицинская модель долгое время преобладала в воззрениях общества и государства, как в России, так и в других странах, поэтому инвалиды по большей части оказывались изолированными и дискриминированными. Неслучайно, к примеру, дома-интернаты и предприятия, на которых трудятся инвалиды, как правило, размещаются на окраинах городов, еще раз подчеркивая то место, которое уготовано людям с ограниченными возможностями здоровья в жизни общества. При этом нередко утверждалось, что сама изоляция инвалидов от общества является благом для них самих, так как люди с ограниченными возможностями здоровья предоставляют угрозу обществу, причиняя своим неадекватным поведением ущерб здоровью и собственности окружающих.

Только на рубеже 1960-1970-х годов начался поворот в понимании инвалидности, когда оформилась новая, *социальная*, модель ее восприятия. Этот поворот нашел свое отражение в появлении принципиально новых международных правовых документов.

В 1969 году Организация Объединенных Наций (ООН) приняла Декларацию социального прогресса и развития, особо подчеркнув необходимость «принятия надлежащих мер по восстановлению трудоспособности лиц с умственными или физическими недостатками, особенно детей и молодежи с тем, чтобы помочь им в возможно полной мере стать полезными членами общества», избавленными от дискриминации из-за своих недостатков. Такими мерами назывались предоставление специального лечения и технических приспособлений, возможностей образования, профессиональной и социальной ориентации, обучения и льгот при трудоустройстве.

В 1971 г. была принята Декларация ООН «О правах умственно отсталых лиц», имеющих «в максимальной степени осуществимости *те же* права, что и другие люди», в том числе права на надлежащее медицинское обслуживание и лечение, на образование, обучение, восстановление трудоспособности и покровительство, на материальное обеспечение и удовлетворительный жизненный уровень и др.

В 1975 г. ООН приняла Декларацию «О правах инвалидов», в которой особо подчеркивалось, что «инвалиды имеют неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства. Инвалиды, каковы бы ни были происхождение, характер и серьезность их увечий или недостатков, имеют те же основные права, что и их сограждане того же возраста, что в первую очередь означает право на удовлетворительную жизнь, которая была бы как можно более нормальной и полнокровной». В соответствии с резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 14 октября 1992 г. во всем мире 3 декабря ежегодно отмечается Международный день инвалидов, направленный на продвижение прав инвалидов во всех сферах общественной жизни и привлечение внимания широкой общественности к проблемам инвалидности.

Комплексный характер носит Конвенция о правах инвалидов, принятая ООН в 2006 году и направленная на поощрение, защиту и обеспечение полного и равного осуществления инвалидами всех прав человека и основных свобод, а также на поощрение уважения присущего им достоинства. Особое внимание Конвенция уделила проблемам уничтожения дискриминации по признаку инвалидности, то есть любых различий, исключений или ограничений, направленных на умаление или отрицание признания, реализации или осуществления инвалидами всех прав человека и его основных свобод. На международном уровне оформились понятия «разумное

приспособление» и «универсальный дизайн» как одни из основных средств достижения равенства в правах.

В основе *социальной модели* в понимании инвалидности и ограничений здоровья лежат идеи автономности личности, ее безусловного принятия в обществе, предоставления людям с инвалидностью полноценных возможностей участия в общественной жизни, усиления их социальных связей. Тем самым принципиально меняются акценты: не инвалид для общества – не что он «может» и «должен» сделать, а *общество для инвалида* – что общество может и должно сделать для изменения ситуации.

В рамках социальной модели утверждается, что инвалид как *человек с особыми потребностями* подавляется обществом независимо от наличия у него того или иного нарушения, затрудняя нормальную жизнедеятельность. Нарушения и серьезные заболевания будут существовать всегда, однако дискриминация по отношению к инвалидам не имеет никакого отношения к наличию нарушений здоровья, так как является социальным конструктом, созданным обществом и навязанным инвалидам в контексте их «личной вины» за то, что они выглядят не так, как все, или чем-либо от всех отличаются. Таким образом, трудности и преграды созданы самим обществом, не предусматривающим полноценного участия инвалидов в его деятельности. Инвалидность же требует политического вмешательства, так как проблема возникает из-за неприспособленности окружающей среды, вызываемой отношением и другими свойствами социального окружения (рис. 2).



Рис. 2. Примерная схема социальной модели инвалидности

Средствами уничтожения дискриминации инвалидов являются:

- интеграция в общество (*инклюзия*), приспособление условий жизни;
- создание доступной среды (пандусов, подъемников, дублирование информации по Брайлю, дублирование звуковой информации на жестовом языке);
- проведение мер, способствующих трудоустройству в обычные организации;
- обучение навыкам общения с инвалидами.

Отсюда возникают важные вопросы, ответы на которые необходимо отыскать, а именно:

1. Какие социальные, экономические, политические и экологические условия нужно изменить, чтобы обеспечить всем людям с инвалидностью полную реализацию их прав?

2. Какие трудности в понимании людей с инвалидностью существуют, и что нужно сделать обществу, чтобы научиться с ними взаимодействовать?

3. Какие барьеры взаимодействия существуют и как их преодолеть?

Фундаментальными принципами интеграции инвалидов в жизнь общества являются:

- принцип нормализации – человек с ограниченными возможностями здоровья имеет право вести обычную, свойственную остальным людям жизнь;
- принцип свободы выбора – человек с ограниченными возможностями здоровья без какого-либо вмешательства со стороны других граждан или власти страны делает именно свой, осознанный выбор того, что ему необходимо.

В этой связи с точки зрения гуманистической этики помощь человеку с ограниченными возможностями должна осуществляться для того, чтобы у него формировались навыки самопомощи и самостоятельности.

В основе *инклюзивного подхода*, нашедшего свое отражение в рамках социальной модели инвалидности, лежит изменение отношения к различиям людей, в том числе и к различиям, которые понимаются как инвалидность. Это может быть проиллюстрировано на примере сравнения медицинской и социальной моделей, которые оказывают, каждая в своем ракурсе, влияние на сопровождение инклюзивного процесса в целом (табл. 1).

Различия медицинской и социальной моделей инвалидности

Медицинская модель	Социальная модель
Индивид несовершенен	Каждый индивид ценен и принимается таким, какой он есть
Диагноз	Сильные стороны и потребности, определяемые самим индивидом и его окружением
Навешивание ярлыков	Определение барьеров и решение проблем
Нарушение становится центром внимания	Проведение мероприятий, нацеленных на результат
Оценка потребностей, мониторинг, терапия нарушений	Доступность стандартных услуг с использованием дополнительных ресурсов
Сегрегация и предоставление отдельных, особых услуг	Подготовка и обучение социального окружения и специалистов
Ординарные потребности откладываются	«Выращивание» отношений между людьми
Восстановление в случае более или менее нормального состояния, иначе – сегрегация	Различия приветствуются и принимаются. Инклюзия каждого
Общество остается неизменным и отторгает инвалида	Общество развивается и превращается в «принимающее» сообщество

Конечно, не следует думать, что понимание инвалидности ограничивается исключительно противопоставлением двух моделей – медицинской и социальной.

В последние годы на стыке двух моделей родилась новая, *биопсихосоциальная*, это обобщённая модель или подход, утверждающий, что в возникновении и развитии любого заболевания или какого-либо расстройства играют важную роль как биологические нарушения, так и психологические факторы (включающие в себя мышление, память, восприятие больного), и социальные факторы (в частности, социально-экономические, факторы социального микроокружения, культурные факторы). Данная модель инвалидности, утверждает, что инвалидность, проявляя себя как на биологическом и психологическом уровнях, так и на социальном, представляет собой взаимодействие между свойствами человека и свойствами социального окружения. Одни аспекты инвалидности являются полностью внутренними для человека, другие же – внешними.

Тем не менее, ярким примером внедрения *инклюзивного подхода* в практику взаимодействия с инвалидами стало рождение международного некоммерческого движения «Абилимпикс» (сокращение от английского «Olympics of Abilities» – «Олимпиада возможностей»), в рамках которого проводятся конкурсы по профессиональному мастерству среди инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Движение зародилось в Японии в начале 1970-х годов, а первый Национальный конкурс профессионального мастерства среди людей с ОВЗ с целью развития профессиональных навыков инвалидов прошел в 1972 г. В последующие годы движение «Абилимпикс» обрело международный характер, и в настоящее время конкурсы профессионального мастерства проводятся в 51 стране мира. Первый международный чемпионат прошел в Токио в 1981 г. (к настоящему времени состоялось 9 таких чемпионатов), а в 1991 г. была создана Международная Федерация Абилимпикс. В то же время, приоритет Японии в организации движения сохраняется до сих пор: президентом Международной Федерации является Синобу Вадзима, а покровителем «Абилимпикс» – император Японии Нарухито.

С 2014 г. соревнования по профессиональному мастерству среди [инвалидов](#) проводятся и в России, а первый Национальный чемпионат «Абилимпикс» прошел в [2015](#) г. Конкурс проводится в более чем 60 компетенциях для студентов и молодых специалистов, а также для школьников. В городах [России](#) созданы региональные центры движения «Абилимпикс». Организатором соревнований является Национальный Центр «Абилимпикс», их координатором – Российский государственный социальный университет (Москва), а в качестве экспертов-работодателей выступают различные организации (образовательные, профессиональные, коммерческие и др.). Соревнования проводятся по трем категориям участников – «школьники», «студенты» и «специалисты». Очередной, десятый, международный чемпионат должен был пройти в Москве в августе 2022 г., однако в апреле 2022 г. было объявлено об его отмене.

Первоначально соревнования инвалидов имели формат профессиональных конкурсов, однако в дальнейшем движение «Абилимпикс» помогло изменить традиционные взгляды на потенциал и способности людей с ОВЗ, что привело к росту возможностей для их трудоустройства и профессиональной стабильности. Сейчас эти соревнования стали, своего рода, «ярмаркой вакансий трудоустройства» людей с ограниченными возможностями здоровья и именно эта задача стала одной из

приоритетных при проведении этих соревнований, но цель всего чемпионата остается прежней – привлечь внимание к людям с ОВЗ, к их широкому потенциалу и вкладу, который они могут принести в общество. Подготовка волонтеров инклюзии, сопровождающих чемпионаты по профессиональному мастерству среди инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, – дело совсем новое, требующее новых подходов в обучении.

Вопросы для тестового контроля:

1. ОГРАНИЧЕНИЯ АКТИВНОСТИ – ЭТО	
	проблемы, возникающие в функциях или структурах организма
V	трудности, испытываемые человеком в выполнении каких-либо заданий или действий
	проблемы, испытываемые человеком при вовлечении в жизненные ситуации
2. ПОЛНАЯ ИЛИ ЧАСТИЧНАЯ УТРАТА ЛИЦОМ СПОСОБНОСТИ ИЛИ ВОЗМОЖНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ САМООБСЛУЖИВАНИЕ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ПЕРЕДВИГАТЬСЯ, ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ, ОБЩАТЬСЯ, КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОЕ ПОВЕДЕНИЕ, ОБУЧАТЬСЯ И ЗАНИМАТЬСЯ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ – ЭТО	
	Нетрудоспособность
	Болезнь
V	ограниченные возможности здоровья
	утрата работоспособности
3. ЛИЦА, ИМЕЮЩИЕ ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМЫ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ, КОТОРЫЕ ПРИВОДЯТ К СТОЙКОМУ НАРУШЕНИЮ ОБЩЕЙ ИЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, ПРИЗНАЮТСЯ	
	Больными
V	Инвалидами
	лицами, имеющими дефекты в развитии
	неполноценными
4. СИСТЕМА МЕДИЦИНСКИХ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ, ПЕДАГОГИЧЕСКИХ, СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА УСТРАНЕНИЕ ИЛИ ВОЗМОЖНО БОЛЕЕ ПОЛНУЮ КОМПЕНСАЦИЮ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ВЫЗВАННЫХ НАРУШЕНИЕМ ЗДОРОВЬЯ СО СТОЙКИМ РАССТРОЙСТВОМ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА, НАЗЫВАЕТСЯ	
	социальной адаптацией
V	социальной реабилитацией
	социальной коррекцией
	социальной профилактикой
5. ВОССТАНОВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ИНВАЛИДА, ДОСТИЖЕНИЕ ИМ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ НЕЗАВИСИМОСТИ И ЕГО СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ – ЭТО	
	методы социальной реабилитации

	принципы социальной реабилитации
V	цель социальной реабилитации
	направления социальной реабилитации
6. ЭТАПНОСТЬ, КОМПЛЕКСНОСТЬ, ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ, ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ, ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД, ДОСТУПНОСТЬ, БЕСПЛАТНОСТЬ ДЛЯ НАИБОЛЕЕ НУЖДАЮЩИХСЯ КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ, ОБЯЗАТЕЛЬНОСТЬ И ДОБРОВОЛЬНОСТЬ – ЭТО	
	цели и задачи социальной реабилитации
V	принципы социальной реабилитации
	механизмы социальной реабилитации
	система социальной реабилитации
7. СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ – ЭТО	
	усвоение личностью норм и ценностей существующей социально-экономической, политической и морально-нравственной среды
V	усвоение личностью норм и ценностей среды (социализация) и изменение, преобразование среды в соответствии с новыми условиями и целями деятельности
	непрерывный процесс формирования личности в условиях постоянно меняющейся внешней среды
	непрерывный процесс приспособления человека к изменяющимся условиям внешней среды
	приспособление человека с инвалидностью к жизни в обществе
8. ПОНИМАНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ КАК ЛИЧНОЙ ПРОБЛЕМЫ И РАССМОТРЕНИЕ ОГРАНИЧЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЗДОРОВЬЯ В КОНТЕКСТЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ОТДЕЛЬНЫМ ЧЕЛОВЕКОМ И ЕГО НЕДУГОМ ПРИСУЩИ	
	социальной модели инвалидности
	биопсихосоциальной модели инвалидности
V	медицинской модели инвалидности
9. «ИНВАЛИДАМИ» ПЕРВОНАЧАЛЬНО НАЗЫВАЛИ	
	бывших военнослужащих
	лиц, утративших возможность заработка
V	бывших военнослужащих, утративших способность себя обслуживать
	лиц, неспособных себя обслуживать с самого рождения
10. РАЦИОНАЛЬНО-ТРУДОВОЙ ПОДХОД ПОЛУЧИЛ РАЗВИТИЕ В РАМКАХ	
	социальной модели инвалидности
	биопсихосоциальной модели инвалидности
V	медицинской модели инвалидности
11. ПЕРВЫМ МЕЖДУНАРОДНЫМ АКТОМ, СПЕЦИАЛЬНО ПОДЧЕРКНУВШИМ НЕОБХОДИМОСТЬ ЗАЩИТЫ ПРАВ ИНВАЛИДОВ И ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ФИЗИЧЕСКИМИ И УМСТВЕННЫМИ НЕДОСТАТКАМИ, БЫЛА	

	Всеобщая декларация прав человека 1945 г.
	Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод 1950 г.
V	Декларация социального прогресса и развития 1969 г.
	Декларация о правах умственно отсталых лиц 1971 г.
	Декларация о правах инвалидов 1975 г.
12. ДЕКЛАРАЦИЯ ООН О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ БЫЛА ПРИНЯТА	
	в 1962 г.
	в 1971 г.
V	в 1975 г.
	в 2006 г.
13. КОНВЕНЦИЯ ООН О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ БЫЛА ПРИНЯТА	
	в 1962 г.
	в 1971 г.
	в 1975 г.
V	в 2006 г.
14. КОНВЕНЦИЯ ООН О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ	
V	носит комплексный характер
	направлена на защиту трудовых и социальных прав инвалидов
	закрепляет гражданские и политические права инвалидов
	гарантирует социальные, экономические и культурные права инвалидов
15. ПО РЕШЕНИЮ ГЕНЕРАЛЬНОЙ АССАМБЛЕИ ООН МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ ИНВАЛИДОВ ОТМЕЧАЕТСЯ	
	17 февраля
	10 октября
	7 апреля
V	3 декабря
	5 мая
16. СОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПОНИМАНИЮ ИНВАЛИДНОСТИ – ЭТО ПОДХОД, ПРИ КОТОРОМ	
	инвалидность определяется как нарушение здоровья (длительные физические, ментальные, интеллектуальные нарушения), а минимизация нарушений осуществляется через медицинскую помощь, терапию и реабилитацию
	человек с инвалидностью определяется как лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты
V	причина инвалидности определяется не характером и степенью заболевания, а как результат взаимодействия человека с длительными физическими, ментальными, интеллектуальными нарушениями здоровья с отношенческими и физическими барьерами

	человеку по его собственному желанию не присваивается инвалидность (согласно принципам философии независимой жизни)
	социальное государство предоставляет человеку с инвалидностью особый юридический статус, обеспечивающий ему социальную защиту посредством социальных льгот, компенсаций и предоставления прав инвалида
17. ПОДБЕРИТЕ ЭТИЧЕСКИ ВЫДЕРЖАННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА С I, II ИЛИ III ГРУППОЙ ИНВАЛИДНОСТИ, СОГЛАСНО СОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПОНИМАНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ	
	человек с физическими, ментальными или интеллектуальными нарушениями здоровья
	человек с ограниченными способностями
	Инвалид
	человек с ограниченными возможностями
V	человек с особыми потребностями
18. ПРИНЦИП НОРМАЛИЗАЦИИ ОЗНАЧАЕТ	
V	положение о том, что люди с ограниченными возможностями имеют право вести обычную, свойственную остальным людям жизнь
	формирование нормальных отношений с людьми, имеющими ограничения жизнедеятельности и здоровья
	нормализацию поведения инвалидов в соответствии с особыми требованиями, установленными социальными и медицинскими службами
	жесткий нормативный контроль поведения людей с ограниченными возможностями
19. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫМ ПРИНЦИПОМ ИНКЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ	
	право жить среди равных
	свобода в передвижении
	свобода самовыражения
V	свобода выбора
20. С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ГУМАНИСТИЧЕСКОЙ ЭТИКИ ПОМОЩЬ ЧЕЛОВЕКУ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ	
	он мог участвовать в жизни общества
V	у него формировались навыки самопомощи и самостоятельности
	он не ощущал себя беспомощным
21. ИНКЛЮЗИВНЫЙ ПОДХОД РАССМАТРИВАЕТ ИНВАЛИДНОСТЬ КАК	
	медицинскую проблему
	экономическую проблему
	личную проблему человека
V	социальную проблему
22. СОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ РАССМАТРИВАЕТ ИНВАЛИДНОСТЬ КАК	

	как свойства, присущие человеку в результате болезни, травмы или иного воздействия на состояние здоровья
V	как трудности и преграды, созданные обществом, не предусматривающим полноценного участия инвалидов в его деятельности
23. УТВЕРЖДЕНИЕ, ЧТО ИНВАЛИДНОСТЬ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕЖДУ СВОЙСТВАМИ ЧЕЛОВЕКА И СВОЙСТВАМИ СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ, ПРИСУЩЕ	
	социальной модели инвалидности
V	биопсихосоциальной модели инвалидности
	медицинской модели инвалидности
24. АБИЛИМПИКС – ЭТО	
	олимпиады по различным зимним и летним видам спорта для людей с инвалидностью
	конкурсы творчества для людей с инвалидностью
	конкурсы по интеллектуальному марафону для людей с инвалидностью
V	конкурсы по профессиональному мастерству среди инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья
25. РОДИНОЙ АБИЛИМПИКС СТАЛА	
	Великобритания
V	Япония
	Австралия
	Франция
	Колумбия
26. ПЕРВЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЧЕМПИОНАТ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ МАСТЕРСТВУ СРЕДИ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ПРОШЕЛ	
V	в 1981 году в Токио
	в 1985 году в Боготе
	в 2015 году в Москве
	в 2016 году в Бордо
27. МЕЖДУНАРОДНАЯ ФЕДЕРАЦИЯ АБИЛИМПИКС БЫЛА СОЗДАНА	
	в 1981 году
	в 1985 году
V	в 1991 году
	в 2016 году
28. ПЕРВЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЧЕМПИОНАТ «АБИЛИМПИКС – РОССИЯ» СОСТОЯЛСЯ В	
	2014 г.
V	2015 г.

	2016 г.
	2017 г.
29. РАЗВИТИЕ ВОЛОНТЕРСКОГО ДВИЖЕНИЯ АБИЛИМПИКС В РОССИИ КООРДИНИРУЕТ	
	Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова
	Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена
V	Российский государственный социальный университет
	Российский государственный университет физической культуры, спорта, молодежи и туризма
30. СОРЕВНОВАНИЯ АБИЛИМПИКС ПРОВОДЯТСЯ ПО КАТЕГОРИЯМ УЧАСТНИКОВ	
	«студенты», «специалисты»
V	«школьники», «студенты», «специалисты»
	«студенты»
	«школьники», «студенты»
31. В КАКОМ ГОДУ РОССИЯ ПРИСОЕДИНИЛАСЬ К МЕЖДУНАРОДНОМУ ДВИЖЕНИЮ АБИЛИМПИКС?	
V	2014 г.
	2015 г.
	2016 г.
32. ПРОФОРИЕНТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА КОНКУРСОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МАСТЕРСТВА АБИЛИМПИКС ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ	
	соревнования для «школьников»
	профессиональные пробы
V	ярмарку вакансий о возможностях трудоустройства

1.3. Законодательство Российской Федерации в области прав инвалидов

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

К инвалидам относятся лица с *устойчивыми* физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими.

Уполномоченным органом государственной власти РФ в сфере защиты прав инвалидов является Правительство Российской Федерации, а основным нормативно-правовым актом, определяющим основные направления государственной политики в области социальной защиты инвалидов с целью обеспечения равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ, является Федеральный закон № 181-ФЗ от 24.11.1995 г. «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Установление инвалидности у взрослых и детей осуществляется при предоставлении государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы. Для выполнения этой услуги в РФ функционируют федеральные учреждения медико-социальной экспертизы (медико-социальные экспертные комиссии, МСЭК), подведомственные Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации (Минтруд России).

Условиями признания гражданина инвалидом являются:

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- ограничение жизнедеятельности;
- необходимость осуществления мер социальной защиты, включая реабилитацию или абилитацию.

Наличие лишь одного из указанных условий не является основанием, достаточным для признания гражданина инвалидом. Инвалидность устанавливается исходя из *комплексной оценки* состояния здоровья гражданина в соответствии с Классификациями и критериями, утвержденными Минтрудом РФ.

«Нарушение здоровья» означает физическое, душевное и социальное неблагополучие, связанное с потерей, аномалией, расстройством анатомической, психологической, физиологической структуры и/или функции организма человека.

Нарушения здоровья разделены на следующие группы:

- нарушение психологических функций – восприятие, внимание, мышление, речь, эмоции, воля, сознание;
- нарушение сенсорных функций – зрение, слух, обоняние, осязание;
- нарушение статодинамических функций; нарушение функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции.

Под «ограничением жизнедеятельности» понимается полная или частичная утрата человеком способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью (табл. 2).

Таблица 2

Содержание категорий жизнедеятельности человека

Категории	Содержание
Способность к самообслуживанию	способность самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены
Способность к самостоятельному передвижению	способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом
Способность к ориентации	способность к адекватному восприятию личности и окружающей обстановки, оценке ситуации, к определению времени и места нахождения
Способность к общению	способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки, хранения, воспроизведения и передачи информации
Способность контролировать свое поведение	способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм
Способность к обучению	способность к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности (в том числе профессионального, социального, культурного, бытового характера), развитию способностей, приобретению опыта применения знаний в повседневной жизни и формированию мотивации получения образования в течение всей жизни
Способность к трудовой деятельности	способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы

Выделяют 4 степени выраженности нарушений функций жизнедеятельности:

1. Незначительные нарушения (ограничения жизнедеятельности отсутствуют).
2. Умеренные нарушения (первая степень ограничений жизнедеятельности, подразумевающая потребность в коррекции и самокоррекции, в том числе с использованием технических средств реабилитации).

3. Выраженные нарушения (вторая степень ограничений жизнедеятельности, подразумевающая нуждаемость в регулярной и/или частичной помощи и/или надзоре со стороны посторонних лиц).

4. Значительно выраженные нарушения (третья степень ограничений жизнедеятельности, подразумевающая нуждаемость в постоянной помощи и/или надзоре со стороны посторонних лиц).

На основании анализа степени нарушений здоровья и имеющихся ограничений жизнедеятельности МСЭК определяет необходимость осуществления мер социальной защиты, включая реабилитацию или абилитацию.

В зависимости от степени расстройства функций организма гражданину, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности (табл. 3).

Таблица 3

Группы инвалидности и их особенности

Группа	Особенности
I группа	устанавливается при наличии стойких и значительно выраженных нарушениях функций организма, которые обуславливают необходимость в постоянной посторонней помощи, уходе и надзоре. В некоторых случаях инвалиды могут выполнять отдельные виды труда в специально созданных условиях.
II группа	устанавливается при наличии стойких и выраженных функциональных нарушениях, которые не вызывают необходимости в постоянной посторонней помощи. Инвалиды, как правило, полностью или длительно нетрудоспособны; в отдельных случаях им разрешен труд в специально созданных условиях или на дому
III группа	устанавливается при наличии стойких и незначительно выраженных расстройствах функций организма, приводящих к снижению трудоспособности. Такие инвалиды нуждаются в изменении условий труда.

I группа инвалидности устанавливается сроком на 2 года, II и III группы – сроком на 1 год, с последующим обязательным переосвидетельствованием медико-социальной экспертной комиссией (табл. 4). В структуре инвалидности инвалиды I группы составляют около 15%, инвалиды II группы – до 60%, инвалиды III группы – около 25%. Ребенку (лицу в возрасте до 18 лет) независимо от тяжести расстройства функций организма устанавливается категория «ребенок-инвалид».

Основные критерии установления группы инвалидности

Группа	Критерии установления
I группа	Нарушение здоровья человека со <i>стойким значительно выраженным расстройством</i> функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиям травм или дефектами, приводящее к ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты: способности к самообслуживанию 3-й степени; способности к передвижению 3-й степени; способности к ориентации 3-й степени; способности к общению 3-й степени; способности контролировать свое поведение 3-й степени.
II группа	Нарушение здоровья человека со <i>стойким выраженным расстройством</i> функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиям травм или дефектами, приводящее к ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты: способности к самообслуживанию 2-й степени; способности к передвижению 2-й степени; способности к ориентации 2-й степени; способности к общению 2-й степени; способности контролировать свое поведение 2-й степени; способности к обучению 3-й, 2-й степени; способности к трудовой деятельности 3-й, 2-й степени.
III группа	Нарушение здоровья человека со <i>стойким умеренно выраженным расстройством</i> функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиям травм или дефектами, приводящее к ограничению способности к трудовой деятельности 1-й степени или ограничению следующих категорий жизнедеятельности в их различных сочетаниях и вызывающее необходимость его социальной защиты: способности к самообслуживанию 1-й степени; способности к передвижению 1-й степени; способности к ориентации 1-й степени; способности к общению 1-й степени; способности контролировать свое поведение 1-й степени; способности к обучению 1-й степени.

Гражданину, признанному инвалидом, выдаются справка, подтверждающая факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности, и индивидуальная программа реабилитации или абилитации (ИПРА), которая разрабатывается на 1 год, 2 года или бессрочно. При необходимости программа может быть откорректирована или вовсе изменена. Порядок составления и формы справки и индивидуальной программы реабилитации и абилитации утверждаются Минтрудом России.

Реабилитация инвалидов – это система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. *Абилитация инвалидов* – это система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Реабилитация и абилитация направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.

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

ИПРА является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности.

ИПРА имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Инвалид также вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством реабилитации или видом реабилитации, включая кресла-коляски, протезно-ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом, другими аналогичными средствами.

ИПРА содержит реабилитационные мероприятия, технические средства реабилитации и услуги, предоставляемые инвалиду как бесплатно, так и за плату (табл. 5).

Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду

Перечень	Содержание
1. Реабилитационные мероприятия	восстановительная терапия (в т.ч. лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности); реконструктивная хирургия (в т.ч. лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности); санаторно-курортное лечение; протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов; обеспечение профессиональной ориентации инвалидов (профессиональное обучение, переобучение, повышение квалификации).
2. Технические средства реабилитации	трости опорные и тактильные, костыли, опоры, поручни; кресла-коляски с ручным приводом (комнатные, прогулочные, активного типа), с электроприводом, малогабаритные; протезы, в том числе эндопротезы и ортезы; ортопедическая обувь; противопролежневые матрацы и подушки; приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов; специальная одежда; специальные устройства для чтения «говорящих книг», для оптической коррекции слабовидения; собаки-проводники с комплектом снаряжения; медицинские термометры и тонометры с речевым выходом; сигнализаторы звука световые и вибрационные; слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления; телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами; телефонные устройства с текстовым выходом; голособразующие аппараты; специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники); абсорбирующее белье, памперсы; кресла-стулья с санитарным оснащением.
3. Услуги	ремонт технических средств реабилитации, включая протезно-ортопедические изделия; содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников (путем выплаты ежегодной денежной компенсации); предоставление услуг по сурдопереводу.

Если предусмотренные ИПРА технические средства реабилитации или услуги не могут быть предоставлены инвалиду или если инвалид приобрел их за собственный счет, то ему выплачивается компенсация в размере стоимости приобретенного

технического средства реабилитации или оказанной услуги. В то же время если инвалид отказался от выполнения ИПРА, то прав на получение компенсации в размере стоимости реабилитационных мероприятий он в дальнейшем не имеет.

Формами социальной защиты инвалидов в Российской Федерации являются пенсии, ежемесячные денежные выплаты (ЕДВ) и социальные льготы. Основным критерием определения потребности человека с инвалидностью в мерах социальной защиты служит степень ограничения способности к трудовой деятельности, которая влияет на определение размера пенсий и ЕДВ.

Пенсия по инвалидности назначается в зависимости от причины и группы инвалидности, времени наступления инвалидности. Пенсии могут быть страховые (трудовые) и социальные.

Страховая пенсия по инвалидности – это ежемесячная денежная выплата, назначаемая гражданам, признанным в установленном порядке инвалидами, на период установления инвалидности, имеющим соответствующий страховой стаж (если человек отработал хотя бы день).

Социальная пенсия по инвалидности – это ежемесячная денежная выплата, назначаемая инвалидам, в том числе инвалидам с детства, детям-инвалидам и лицам, совершившим преднамеренное причинение вреда собственному здоровью, которое привело к инвалидности, и в случае, если гражданин не имеет трудового стажа.

В соответствии с ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» инвалиды и дети-инвалиды имеют право на *ежемесячную денежную выплату* (ЕДВ) в рамках предоставления государственной социальной помощи, которая устанавливается, и выплачивается территориальным органом Пенсионного фонда РФ. Федеральным законом № 178-ФЗ от 17.07.1999 г. «О государственной социальной помощи» установлено, что часть суммы ежемесячной денежной выплаты может направляться на финансирование набора социальных услуг, который является частью ЕДВ, и предоставляется по выбору льготника в натуральной форме или в денежном эквиваленте.

Набор социальных услуг включает в себя:

- обеспечение по рецептам врача бесплатными лекарствами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов;

- представление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение, осуществляемое в целях профилактики основных заболеваний;
- бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения.

Инвалид, имеющий право на получение набора социальных услуг, может отказаться от их получения в натуральном виде полностью или частично, получая вместо них денежное возмещение в составе ЕДВ.

Для инвалидов в рамках государственных программ по реализации социальной защиты предусмотрены льготы для улучшения их материального положения. Перечень льгот можно разделить на несколько видов (табл. 6)

Таблица 6

Виды льгот и их содержание

	Виды льгот	Содержание
1.	Медицинские	бесплатная или со скидкой возможность приобрести лекарственные препараты, протезы, специальную обувь, предоставление реабилитационной медицинской техники и ее обслуживание, проведение некоторых диагностических, восстановительных и лечебных процедур
2.	Транспортные	предоставление некоторым категориям инвалидов транспортных средств за счет фонда социального страхования, бесплатная парковка, бесплатный проезд в общественном транспорте, скидки при пользовании железнодорожным транспортом
3.	Социальные	возможность со скидкой воспользоваться санаторно-курортным лечением, бесплатный уход на дому, юридические консультационные услуги, перерасчет пенсионного обеспечения, возможность поступления в высшие учебные заведения на льготных условиях
4.	Налоговые	снижение налогообложения в некоторых сферах деятельности, в том числе предпринимательской, рассрочка по уплате налогов
5.	Жилищные	скидки на оплату коммунальных услуг и проведение капитального ремонта, улучшение жилищных условий
6.	Трудовые	более продолжительный отпускной период и сокращенная рабочая неделя

Особую категорию составляют дети-инвалиды и дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Эти два понятия зачастую воспринимаются как синонимы, однако между ними имеются существенные различия.

Так, в Федеральном законе № 273-ФЗ от 29.12.2012 г. «Об образовании в РФ» представлена только категория детей с ОВЗ, что, как считают эксперты, ограничивает права инвалидов, не всегда попадающих в эту категорию. Согласно статистике, около 40 тыс. детей-инвалидов не относятся к группе несовершеннолетних с ОВЗ, тогда как последних в системе образования зафиксировано в два раза больше.

Если несовершеннолетний с серьезными заболеваниями или последствиями травм не получил инвалидность, то он является ребенком с ОВЗ. Следовательно, дети с ОВЗ одновременно могут иметь инвалидность, однако дети-инвалиды не могут быть причислены к категории детей с ОВЗ, так как инвалидность устанавливается, если функциональные нарушения организма выражены второй и третьей степенью (в процентах – в диапазоне 40-100%).

В связи с этим в современной литературе предложен следующий вариант разграничения понятий:

Ребенок с ОВЗ – лицо с недостатками психологического и (или) физического развития, которые препятствуют ему в получении образования без создания особых условий.

Ребенок-инвалид – лицо возрастом до 18 лет со стойким расстройством функций организма, спровоцированных последствиями травм, заболеваниями или врожденными дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и потребности в социальной защите.

В основе отечественного образования лежат два важнейших принципа:

1. *Инклюзивность образования* – создание свободной, безбарьерной среды в обучении и профессиональной подготовке людей с особыми потребностями.

Инклюзивность образования предполагает, что:

- ценность человека не зависит от его способностей и достижений;
- каждый человек способен думать и чувствовать;
- каждый человек имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным;
- все люди нуждаются друг в друге;
- подлинное образование может осуществляться только в контексте реальных взаимоотношений;
- все люди нуждаются в поддержке и дружбе ровесников;
- для всех обучающихся достижение прогресса скорее в том, что они могут делать, чем в том, что не могут;

- разнообразие усиливает все стороны жизни.

2. *Доступность образования* – предоставление населению широкого спектра возможностей получить надлежащее образование до начала трудовой деятельности и продолжать его во взрослом возрасте

Доступность образования является комплексным понятием и включает в себя такие направления, как:

- доступное образование для социально незащищенных категорий населения;
- доступное образование для детей и молодежи с особыми потребностями (в том числе с ОВЗ);
- доступное образование для проживающих в отдаленных от образовательных центров регионах;
- доступное образование для одаренной и талантливой молодежи и др.

Доступность образования определяется как один из ведущих приоритетов государственной политики в сфере образования в РФ.

Опираясь на вышеуказанные принципы, Федеральный закон «Об образовании в РФ» ввел два принципиально важных понятий, касающихся вопросов обучения детей с ОВЗ:

- *инклюзивное образование* – обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей;
- *адаптированная образовательная программа* – образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с ОВЗ с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц.

Образование обучающихся с ОВЗ может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным образовательным программам.

В настоящее время действующими являются два федеральных государственных образовательных стандарта (ФГОС), обеспечивающих обучение учащихся с ОВЗ по адаптированным образовательным программам:

1. ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями);

2. ФГОС начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

Прием на обучение по таким программам происходит только с согласия родителей (законных представителей) и на основании рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии.

Наряду с термином «инвалид» в нормативных актах и специальной литературе используется также термин «маломобильные группы населения» (МГН), который определяется как люди, испытывающие затруднения при самостоятельном передвижении, получении услуги, необходимой информации или при ориентировании в пространстве. К маломобильным группам населения здесь отнесены: инвалиды, люди с временным нарушением здоровья, беременные женщины, люди старших возрастов, люди с детскими колясками и т.п.». Таким образом, МГН – это более широкая категория людей, включающая в себя и инвалидов.

Вопросы для тестового контроля

1. СМЫСЛ «ИНВАЛИДНОСТИ» НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ПЕРЕДАЕТ ПОНЯТИЕ	
<input type="checkbox"/>	«заболевание»
<input checked="" type="checkbox"/>	«устойчивое нарушение»
<input type="checkbox"/>	«травма»
2. НАЗОВИТЕ УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ОРГАН ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ РФ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ИНВАЛИДОВ	
<input type="checkbox"/>	Уполномоченный по правам человека РФ
<input checked="" type="checkbox"/>	Правительство РФ
<input type="checkbox"/>	Конституционный Суд РФ
<input type="checkbox"/>	Всероссийское общество инвалидов
3. ОСНОВНЫМ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫМ АКТОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ	
<input checked="" type="checkbox"/>	Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»
<input type="checkbox"/>	Федеральный закон «О государственной социальной помощи»
<input type="checkbox"/>	Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации»
4. ПРАВА ИНВАЛИДОВ ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ	
<input checked="" type="checkbox"/>	все группы прав человека
<input type="checkbox"/>	только гражданские права человека
<input type="checkbox"/>	самостоятельную группу прав, принадлежащих только людям с ограниченными возможностями здоровья
<input type="checkbox"/>	исключительно экономические и социальные права человека

5. СОГЛАСНО НОРМАМ РОССИЙСКОГО ПРАВА ПРИНЦИП РАВЕНСТВА ПО ОТНОШЕНИЮ К ЛЮДЯМ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ РЕАЛИЗУЕТ СЕБЯ В ТОМ, ЧТО ИНВАЛИДЫ И НЕИНВАЛИДЫ

равны в своих правах на доступ к социальным и медицинским услугам

имеют равный доступ на труд и образование

равны во всех своих правах

равны в своих обязанностях

6. КАКИЕ ГАРАНТИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРАВ ИНВАЛИДОВ СУЩЕСТВУЮТ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ?

действуют правовые акты в сфере социальной защиты и социального обеспечения инвалидов

в рамках института Уполномоченного по правам человека Российской Федерации создан институт Уполномоченного по правам инвалидов

закреплён запрет дискриминации по признаку инвалидности

гарантируется финансирование за счет средств федерального бюджета неправительственных организаций, деятельность которых связана защитой прав инвалидов

7. СПОСОБНОСТЬ К УСТАНОВЛЕНИЮ КОНТАКТОВ МЕЖДУ ЛЮДЬМИ ПУТЕМ ВОСПРИЯТИЯ, ПЕРЕРАБОТКИ, ХРАНЕНИЯ, ВОСПРОИЗВЕДЕНИЯ И ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ТАКУЮ СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА, КАК

способность контролировать свое поведение

способность к общению

способность к обучению

способность к ориентации

8. СПОСОБНОСТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО ПЕРЕМЕЩАТЬСЯ В ПРОСТРАНСТВЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ТАКУЮ СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА, КАК

способность к общению

способность к самообслуживанию

способность к самостоятельному передвижению

способность к ориентации

9. СПОСОБНОСТЬ К АДЕКВАТНОМУ ВОСПРИЯТИЮ ЛИЧНОСТИ И ОКРУЖАЮЩЕЙ ОБСТАНОВКИ, ОЦЕНКЕ СИТУАЦИИ, К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВРЕМЕНИ И МЕСТА НАХОЖДЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ТАКУЮ СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА, КАК

способность к общению

способность контролировать свое поведение

способность к самообслуживанию

способность к ориентации

10. НУЖДАЕМОСТЬ В ПОСТОЯННОЙ ПОМОЩИ И/ИЛИ НАДЗОРЕ СО СТОРОНЫ ПОСТОРОННИХ ЛИЦ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

первую степень ограничений жизнедеятельности

	вторую степень ограничений жизнедеятельности
V	третью степень ограничений жизнедеятельности
11. ТРЕТЬЯ СТЕПЕНЬ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ, КАК ПРАВИЛО, ОПРЕДЕЛЯЕТ УСТАНОВЛЕНИЕ	
V	первой группы инвалидности
	второй группы инвалидности
	третьей группы инвалидности
12. ПОЛНОСТЬЮ НЕТРУДОСПОСОБНЫМ ПРИЗНАЕТСЯ ИНВАЛИД	
V	первой группы
	второй группы
	третьей группы
13. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПЕРВОЙ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ	
V	необходимость постоянной помощи
	снижение трудоспособности
	выраженное функциональное нарушение
14. ПРИЗНАНИЕ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ	
	органами социальной защиты
V	государственной службой медико-социальной экспертизы
	фондом социального страхования
	учреждениями врачебно-трудовой экспертизы
15. ИПРА – ЭТО	
V	индивидуальная программа реабилитации или абилитации
	индивидуальная программа реабилитации и адаптации
	индивидуальная программа ресоциализации или абилитации
16. ПРОЦЕСС ФОРМИРОВАНИЯ ОТСУТСТВОВАВШИХ У ИНВАЛИДОВ СПОСОБНОСТЕЙ К БЫТОВОЙ, ОБЩЕСТВЕННОЙ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ И ИНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ	
V	Абилитацией
	Интеграцией
	Реабилитацией
	Адаптацией
17. ПРОЦЕСС ПОЛНОГО ИЛИ ЧАСТИЧНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ СПОСОБНОСТЕЙ ИНВАЛИДОВ К БЫТОВОЙ, ОБЩЕСТВЕННОЙ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ И ИНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ ПРОЦЕССОМ	
	адаптации инвалида
	абилитации инвалида
V	реабилитации инвалида

	интеграции инвалида
18. ИПРА имеет для инвалида	
	характер, обязательный к исполнению
V	рекомендательный характер
19. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ПЕРЕЧНЮ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ И ОРТЕЗИРОВАНИЕ, ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СЛУХОВЫХ АППАРАТОВ ОТНОСИТСЯ К КАТЕГОРИИ	
	Услуг
	технических средств реабилитации
V	реабилитационных мероприятий
20. С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПРАВОВОЙ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ РОССИЙСКОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА, ИНВАЛИДНОСТЬ	
V	дает особый юридический статус, позволяющий получать различные льготы, выплаты и пенсии
	расширяет права лиц с ограниченными возможностями
	ограничивает некоторые права инвалидов
	дает право на получение государственных гарантий в здравоохранении
	определяет сферу жизнедеятельности человека
21. СОГЛАСНО РОССИЙСКИМ НОРМАМ ПРАВА ПРИНЦИП СПРАВЕДЛИВОСТИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЛЮДЯМ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ РЕАЛИЗУЕТ СЕБЯ В ТОМ, ЧТО ИНВАЛИДЫ	
	получают компенсационные выплаты за потерю здоровья в виде льгот
V	получают компенсационные выплаты за потерю здоровья в виде ЕДВ, пенсий, льгот
	получают компенсационные выплаты за потерю здоровья в виде установленной надбавки к пенсии
	имеют возможность раньше выйти на пенсию по возрасту
	получают компенсационные выплаты в виде повышенной пенсии по возрасту
22. ВЫБЕРИТЕ ЮРИДИЧЕСКИ ВЕРНУЮ ФОРМУЛИРОВКУ	
	основным критерием определения потребности человека с инвалидностью в мерах социальной защиты служит степень ограничения жизнедеятельности, которая влияет на определение размера пенсий и ЕДВ
	основным критерием определения потребности человека с инвалидностью в услугах медицинской помощи служит степень ограничения способности к трудовой деятельности, которая влияет на определение размера пенсий и ЕДВ
	основным критерием определения потребности человека с инвалидностью в услугах медицинской помощи служит степень ограничения жизнедеятельности, которая влияет на размер установленной надбавки к пенсии
V	основным критерием определения потребности человека с инвалидностью в мерах социальной защиты служит степень ограничения способности к трудовой деятельности, которая влияет на определение размера пенсий и ЕДВ

	основным критерием определения потребности человека с инвалидностью в услугах медико-социальной помощи служит степень ограничения жизнедеятельности, которая влияет на определение размера пенсий и ЕДВ
23. ПЕНСИЯ ПО ИНВАЛИДНОСТИ НАЗНАЧАЕТСЯ В ЗАВИСИМОСТИ	
V	от причины и группы инвалидности, времени наступления инвалидности
	от материальной обеспеченности инвалида
	от возраста инвалида
24. ПРИ НАЛИЧИИ ТРУДОВОГО СТАЖА ИНВАЛИДУ НАЗНАЧАЕТСЯ	
	социальная пенсия по инвалидности
V	страховая пенсия по инвалидности
	ежемесячная денежная выплата
25. ВОЗМОЖНОСТЬ СО СКИДКОЙ ВОСПОЛЬЗОВАТЬСЯ САНИТАРНО-КУРОРТНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ И БЕСПЛАТНЫЙ УХОД НА ДОМУ ОТНОСЯТСЯ К КАТЕГОРИИ	
	медицинских льгот
V	социальных льгот
	жилищных льгот
26. ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ ПРИЗНАЮТСЯ ЛИЦА В ВОЗРАСТЕ	
	до 14 лет
	до 16 лет
V	до 18 лет
27. ПРИНЦИПЫ, ПОЛОЖЕННЫЕ В ОСНОВУ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ	
	доступность и бесплатность
V	инклюзивность и доступность
	инклюзивность и бесплатность
	инклюзивность, бесплатность и доступность
28. СОГЛАСНО РОССИЙСКОМУ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ, ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ – ЭТО	
V	обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей
	создание специальных учебных заведений для лиц с инвалидностью и ОВЗ и введение квот на их обучение в вузах
	обеспечение преимущественного доступа к образованию для лиц с инвалидностью и ОВЗ с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей
29. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ «ОБ ОБРАЗОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ», ПЕРЕВОД ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ ПО АДАПТИРОВАННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ ВОЗМОЖЕН В СООТВЕТСТВИИ С	
	рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии
	решениями руководства образовательной организации

V	рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии и при согласии родителей (законных представителей)
	пожеланиями родителей (законных представителей)
30. ПОНЯТИЕ «МАЛОМОБИЛЬНЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ» ЯВЛЯЕТСЯ	
	синонимом понятия «инвалид»
V	более широким понятием, включающим в себя не только инвалидов
	понятием, включающим в себя лиц, не имеющих статуса «инвалид»

1.4. Организация доступной среды для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Что такое «доступная среда»?

Доступная, или безбарьерная, среда – это возможность посещения мест, зданий и помещений, возможность получения услуг, пользования приспособлениями для всех – и для обычных людей, и для маломобильных граждан, в том числе инвалидов разных категорий. Данное понятие характеризует определенную социальную среду, в которой созданы благоприятные условия для жизнедеятельности всех членов общества.

Фундаментальными принципами доступности социальной среды являются:

1. Равенство – обеспечение для всех людей, независимо от их функциональных возможностей, получения одинакового уровня обслуживания.
2. Достоинство – обеспечение такого порядка и предоставления оказания услуг, который поддерживает статус и достоинство любого, кто их использует.
3. Функциональность – гарантия соответствия услуг или сооружений специфическим потребностям всех участников, включая людей с инвалидностью, и их эффективного использования.

К основным критериям доступности относятся:

- возможность своевременно воспользоваться местами отдыха, ожидания и сопутствующего обслуживания;
- возможность беспрепятственно достигнуть места обслуживания и воспользоваться предоставленным обслуживанием;
- беспрепятственное движение по коммуникационным путям, помещениям и пространствам.

Главным способом получения информации о доступности тех либо иных объектов социальной, транспортной, инженерной инфраструктуры является их

обследование на соответствие нормативным требованиям, установленным Сводом правил СП 59.13330.2016 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения».

По результатам обследования оформляется анкета, которая включает в себя подробную характеристику состояния путей пешеходного движения, наружных и внутренних лестниц (в том числе имеющих или не имеющих дублирующие пандусы), входных площадок, тамбуров, наружных и внутренних дверей, коридоров, переходов и мест ожидания, лифтов и эскалаторов, помещений (кабинетов) для приема посетителей, туалетов, душевых и т.д.

Каким параметрам доступности должны соответствовать объекты инфраструктуры?

По степени значимости установлены 4 параметра доступности объектов инфраструктуры (табл. 7), которые имеют следующий порядок приоритетов: 1) досягаемость, 2) безопасность, 3) информативность, 4) комфортность (удобство).

Таблица 7

Параметры доступности объектов инфраструктуры и их содержание

	Параметры	Содержание
1.	Досягаемость	Беспрепятственное передвижение по коммуникационным путям, помещениям и пространствам; достижение места целевого назначения и пользование предоставленными возможностями; пользование местами отдыха, ожидания и сопутствующего обслуживания
2.	Безопасность	Возможность избежать травмы, ранения, увечья, излишней усталости из-за свойств архитектурной среды зданий; своевременно опознавать, и реагировать на места и зоны риска; предупреждать посетителей о зонах, представляющих потенциальную опасность; соблюдать пожарную безопасность
3.	Информативность	Возможность своевременного получения, осознания информации и соответствующего реагирования на нее: точная идентификация своего места нахождения и мест, являющихся целью посещения; возможность эффективной ориентации в светлое и темное время суток; возможность иметь непрерывную информационную поддержку на всем пути следования
4.	Комфортность	Создание условий для минимальных затрат и усилий на удовлетворение своих нужд; обеспечение своевременной возможности отдыха, ожидания и дополнительного обслуживания, обеспечение условий для компенсации усилий, затраченных на движение и получения услуг; сокращение времени и усилий на получение необходимой информации.

		<p>Повышение комфортности рекомендуется осуществлять путем: сокращения необходимого пути и времени для получения на одном месте нескольких услуг (например, время ожидания в очереди в бюро медико-социальной экспертизы не должно превышать 15 минут), увеличения числа мест отдыха, получения заблаговременно нужной информации, применения необходимого и эргономичного оборудования и др.</p>
--	--	---

Какое значение имеет система информации и навигации при посещении объектов инфраструктуры?

При посещении лицами с инвалидностью или ОВЗ различных объектов инфраструктуры (например, учреждений медицинского, социального, культурного обслуживания населения) особое значение имеет система информации зон и помещений, которая должна:

- обеспечивать ее непрерывность на всех путях движения, своевременное ориентирование и однозначное опознание объектов и мест посещения;
- предусматривать возможность получения информации как о предоставляемых услугах (перечне и порядке их предоставления), так и о размещении и назначении функциональных элементов на объекте, о расположении путей эвакуации, в том числе предупреждать об опасности в экстремальных ситуациях.

Размещение и характер исполнения элементов системы информации и навигации должны учитывать:

- расстояние, с которого сообщение может быть эффективно воспринято;
- углы поля наблюдения, удобные для восприятия зрительной информации;
- ясное начертание и контрастность, а при необходимости – рельефность изображения;
- соответствие применяемых символов или пластических приемов общепринятому значению;
- исключение помех восприятию информационных средств (бликование указателей, слепящее освещение, совмещение зон действия различных акустических источников, акустическая тень).

Системы средств информации должны быть комплексными – для всех категорий инвалидов (визуальными, звуковыми, тактильными). Знаки и символы должны быть идентичными в пределах здания, комплекса сооружений, района расположения объектов; они должны соответствовать нормативным документам по стандартизации.

Знаки системы информации и навигации на входе в здание должны четко выделяться на фасаде и быть хорошо освещены; рядом с входом размещается знак доступности для инвалидов размером 20x20 см (достаточно одного знака или по отдельным категориям инвалидов – см. ниже); главный вход должен быть оборудован звуковым маяком. Входные двери, доступные для инвалидов, должны быть хорошо опознаваемы и иметь символ, указывающий на их доступность.

Цветовая гамма в учреждениях, адаптированных к особенностям зрения и психофизиологии инвалидов, имеет большое значение и должна сочетать желтый, желто-зеленый, оранжево-желтый цвета. Контрастная маркировка всех потенциально опасных препятствий на пути следования людей с нарушениями зрения должна быть обозначена желтыми полосами или кругами (например, подъем или спуск по лестнице). При этом контрастная полоса для ориентирования слабовидящих людей на ступени наносится на первую и последнюю ступеньки лестницы (рис. 3).



Рис. 3. Контрастная полоса для ориентирования слабовидящих людей

Какие барьеры могут присутствовать при пользовании объектами инфраструктуры инвалидами разных категорий?

Доступность объектов инфраструктуры должна быть обозначена графическими знаками или буквенными символами (рис. 4).

Категории инвалидов:				
				
Инвалиды по слуху	Инвалиды по зрению	Инвалиды на креслах-колясках	Инвалиды с нарушением ОДА	Инвалиды с умственными нарушениями
Г	С	К	О	У

Рис. 4. Графические знаки и буквенные символы доступность объектов инфраструктуры

Доступность для инвалидов всех без исключения категорий обозначается знаком (рис. 5):



Рис. 5. Знак доступности для инвалидов всех категорий

Знаки или символы должны быть идентичными в пределах здания, комплекса сооружений, района расположения объектов.

При определении доступности объектов инфраструктуры особое внимание уделяется наличию барьеров, представляющих опасность для жизни и/или здоровья инвалида.

Например, для *инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках*, такими барьерами могут быть:

- пороги и ступени;
- неровное или скользкое покрытие;

- неправильно установленные пандусы (например, нарушение требования его расположения: при наличии пандуса входная дверь обязательно должна открываться в противоположную от него сторону);
- отсутствие поручней;
- высокое расположение информации, высокие прилавки;
- отсутствие места для разворота на кресле-коляске, узкие дверные проемы, коридоры;
- отсутствие посторонней помощи при преодолении препятствий и др.

При невозможности устранения того либо иного барьера его наличие должно быть обозначено графически (рис. 6):

	Ограниченная ширина прохода		Осторожно! Уступ бортового камня
	Осторожно! Крутой подъем		Осторожно! Лестница вверх
	Осторожно! Крутой спуск		Осторожно! Лестница вниз
	Осторожно! Крутой боковой наклон		Осторожно! Скользящая дорога
	Осторожно! Выступ бортового камня		Осторожно! Препятствие

Рис. 6. Графические обозначения барьеров

Графическим знаком, обозначающим кнопку вызова сотрудников объекта инфраструктуры для оказания помощи инвалиду, передвигающемуся на кресле-коляске, является (рис. 7):



Рис. 7. Графический знак, обозначающий кнопку вызова сотрудников

Дополнительными графическими знаками для данной категории инвалидов также являются (рис. 8):

	Место для инвалидов, пожилых людей с детьми		Подъемник, эскалатор
	Туалет для инвалидов		Лифт для инвалидов
	Беспрепятственный вход в помещение		Беспрепятственный выход из помещения

Рис. 8. Дополнительные графические знаки для инвалидов-колясочников

Для инвалидов с нарушениями зрения основными барьерами могут стать:

- отсутствие тактильных указателей, в том числе направления движения, информационных указателей;
- преграды на пути движения (стойки, колонны, стеклянные двери без контрастного обозначения, углы и др.);
- неровное или скользкое покрытие;
- отсутствие помощи на объекте инфраструктуры для получения информации и ориентации.

Основными тактильными знаками для инвалидов по зрению на объекте инфраструктуры являются (рис. 9):



Рис. 9. Основные тактильные знаки для инвалидов по зрению

Общими знаками, обозначающими доступность объекта для инвалидов по зрению, являются (рис. 10):

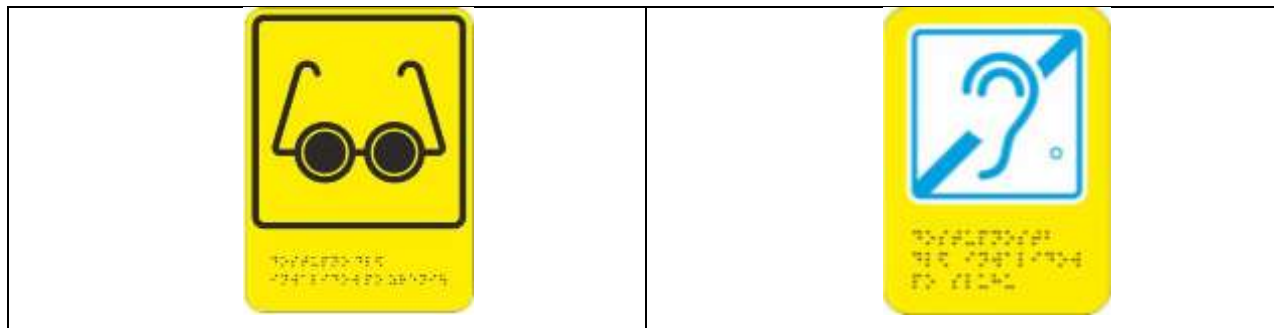


Рис. 10. Общие знаки доступности объекта для инвалидов по зрению

Для обеспечения безопасного передвижения инвалида по зрению по объекту инфраструктуры используются разнообразные тактильные наклейки, из которых основными являются (рис. 11):



Рис. 11. Примеры тактильных наклеек для инвалидов по зрению

Для предупреждения о возможных опасностях на пути следования инвалидов по зрению также применяются разные формы рифления тактильных напольных указателей (табл. 8).

Таблица 8

Основные формы рифления тактильных напольных указателей для инвалидов по зрению

Назначение	Размеры	Форма рифления	Место расположения
Внимание, крайняя ступенька лестничного марша	Полоса по ширине и длине ступеньки	С конусообразными рифами	На расстоянии 800 мм от кромки первой ступени лестницы
Направляющие дорожки	Полоса шириной не менее 500 мм	С продольными рифами	На расстоянии 800 мм от кромки проезжей части
Внимание, препятствие	Полоса, выложенная по контуру препятствия шириной 300 мм	С квадратными рифами	На расстоянии 800 мм от препятствия
Внимание, поворот налево (направо)	Плита со стороной квадрата, равной 500×500 мм	С рифами, расположенными по диагонали	На месте поворота

Важным требованием для обеспечения доступности объекта для инвалидов по зрению является наличие звуковых устройств и средств информации (звуковых маяков при входах, пересечениях путей движения; радиотрансляции в зданиях, помещениях, в лифтовых кабинах, в бытовых помещениях).

Для *инвалидов с нарушениями слуха* основными барьерами могут стать:

- отсутствие зрительной информации на объекте инфраструктуры, в том числе при чрезвычайных ситуациях;
- отсутствие возможности подключения современных технических средств реабилитации (слуховых аппаратов) к системам информации;
- электромагнитные помехи при проходе через турникеты;
- отсутствие сурдопереводчика и тифлосурдопереводчика, другие информационные барьеры.

Системы информирования слабослышащих и глухих людей и оповещения их о возможных опасностях используют следующие типы сигналов:

1. Визуально-звуковые сигналы – используют мигающий свет (световые указатели и знаки, разметка и цвета частей оборудования, световые маяки, табло, стенды). Например, информационный терминал используется в зонах большого скопления народа – кинотеатрах, музеях, торговых центрах, вокзалах и др. Интерфейс можно выбрать с режимом работы «для людей с проблемами слуха». Терминал применяют и как электронный носитель информации, и как средство противопожарной безопасности; он также может показывать пути эвакуации из здания.

2. Слуховые сигналы – используют различные способы усиления звука (слуховые аппараты, беспроводные системы, индукционные системы, устройства, издающие низкочастотные звуки). Например, индукционные системы преобразовывают электрический или речевой сигнал в электромагнитный, увеличивая и очищая его для слуховых аппаратов и кохлеарных имплантов. Индукционные системы улучшают восприятие людей с потерей слуха аудиоинформации в общественных местах, учебных классах. Стационарная система может быть подключена к громкой связи, различным устройствам оповещения и другим сигнальным источникам. В акустически сложных условиях наиболее эффективным средством для лучшей разборчивости речи являются беспроводные устройства передачи звука (FM системы), помогающие устранить неблагоприятные влияния шума, большого расстояния, эха и т.д., улучшить коммуникацию в учебных классах для слабослышащих, обучить людей с проблемами

слуха мерам противопожарной безопасности.

Общим знаком, обозначающим доступность объекта для инвалидов по слуху, является (рис. 12):



Рис. 12. Общий знак доступности объекта для инвалидов по слуху

Для инвалидов с нарушениями умственного развития основными барьерами могут стать:

- отсутствие понятной для усвоения информации;
- отсутствие посторонней помощи для получения информации и ориентации.

Что такое «ясный язык» и каковы правила его применения?

Ясный язык (формат «простыми словами» или легкое чтение) является адаптированным вариантом стандартного литературного или разговорного языка и подразумевает два возможных уровня адаптации: либо упрощение текста только для чтения, либо упрощение для чтения и понимания. Международный день ясного языка с 2020 г. отмечается 28 мая.

Тексты на ясном языке предназначены для тех, у кого по разным причинам недостаточно хорошо сформированы и/или развиты навыки чтения и способности понимать тексты на стандартном языке, в том числе для людей с *ментальной инвалидностью и особенностями умственного развития*, а также для людей с возрастными когнитивными изменениями. Чтобы найти нужную информацию, записаться на прием к врачу, прочитать инструкцию, заполнить стандартную форму, таким людям необходима помощь посредника или текст, переведенный со стандартного на ясный язык.

Основная цель создания текстов на ясном языке – предоставление безбарьерного доступа к информации, позволяющего:

- обеспечить и повысить безопасность жизнедеятельности с помощью памяток, инструкций, пошаговых руководств и т. д.;

- расширить возможности за счет информирования о правах, доступных продуктах и услугах, в том числе образовательных, финансовых, социальных, медицинских и т. п.;
- повысить качество жизни за счет полного включения в культурную, общественную, политическую жизнь, доступа к развлекательно-обучающим материалам.

Работа по распространению ясного языка ведется во многих странах мира: издаются книги, ясный язык внедряется в СМИ и деятельность социально-культурных учреждений. В большинстве европейских стран этими вопросами занимаются профильные фонды, ассоциации, некоммерческие организации. Наиболее известные на данный момент разработки принадлежат Inclusion Europe — международной ассоциации поддержки людей с особенностями интеллектуального развития, работающей в 39 европейских странах. В 1998 г. Inclusion Europe опубликовала первые рекомендации по ясному языку для ряда европейских языков. Во многих странах эти правила до сих пор являются единственным руководством по созданию доступных для понимания текстов.

К сожалению, в России до сих пор не существует стандарта, посвященного ясному языку. Отдельные некоммерческие организации и благотворительные фонды, работающие с людьми с особенностями интеллектуального развития, занимаются адаптацией материалов самостоятельно, опираясь на личный опыт или на правила, разработанные для других языков. Делаются также попытки адаптации текстов на ясный язык в финансовой сфере. Например, Центробанк РФ разработал план мероприятий (дорожную карту) по повышению доступности услуг финансовых организаций для людей с инвалидностью, маломобильных групп населения и пожилого населения. В нем ясный язык упоминается как «простое чтение».

При составлении текста на ясном языке нужно соблюдать целый ряд правил, а именно следует

ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

только часто употребляемые слова
одни и те же слова для обозначения одних и тех же явлений, объектов, действий, ситуаций
прямую форму обращения
активный залог вместо пассивного

избегать:

длинных и сложных для понимания слов в предложении
сокращений слов и аббревиатур (МСЭК, ИПРА и пр.)
использования частицы «не»
сложных для понимания терминов и иностранных слов

Если нет возможности заменить сложные для понимания термины и слова, нужно написать пояснения к ним непосредственно в тексте, например:

Гренки – поджаренные ломтики хлеба. Консоме с гренками – бульон из говяжьего и куриного фарша. Медальоны из говядины – отбивные из мяса круглой формы.
--

При переводе на ясный язык при разговоре или при письме следует:

- использовать короткие предложения (короткие «рубленные» фразы);
- начинать каждое предложение с новой строки;
- строить предложение так, чтобы в нем передавалась одна мысль;
- разделять длинные предложения на несколько коротких;
- разделять предложение, занимающее несколько строчек, в том месте, где можно сделать паузу при прочтении вслух;
- по возможности использовать предложения с одним подлежащим.

Например:

<i>вместо того, чтобы сказать / написать</i>	<i>следует сказать / написать</i>
Город имеет большую площадь	Город очень большой. Город занимает много места.
Сергей пришел в библиотеку. Сейчас он находится в читательской зоне.	Сергей пришел в библиотеку. Сейчас Сергей находится в читательской зоне. Читательская зона – это место, где читают книги.
Церковь была построена в 1825 г. Она была восстановлена на старых фундаментах в 1995 г.	Церковь была построена давно. Церковь восстановлена на старом месте 25 лет назад.
В настоящих Правилах применяются следующие основные термины и понятия: 1. Автобус – автомобиль с	В Правилах дорожного движения используются специальные слова. Вот значение этих слов:

<p>числом мест для сидения более девяти, включая место водителя; 2. Автомобиль – механическое транспортное средство, имеющее не менее четырех колес, расположенных не менее чем на двух осях, за исключением колесных тракторов и самоходных машин</p>	<p>Автобус – автомобиль для перевозки пассажиров. Автобус перевозит много людей. Автомобиль – транспорт для перевозки пассажиров и грузов. Автомобиль имеет мотор и 4 колеса.</p>
<p>Вам нужно посетить терапевта в 13.15.</p>	<p>Вам нужно быть у терапевта в 13 часов 15 минут.</p>
<p>Введите ПИН-код банковской карты.</p>	<p>Банковская карта – это пластиковая карта. Она используется для оплаты товаров и услуг. Код банковской карты – секретный пароль. Он состоит из цифр. Его знает только владелец банковской карты.</p>

Не следует писать объемных текстов: книга в 100 страниц для людей с интеллектуальными нарушениями покажется слишком большой и недоступной для понимания. Ее лучше разделить на 3 брошюры.





При создании печатного текста *следует*:

- разделить весь текст на небольшие части по смыслу;
- использовать А4 или А5 форматы страниц;
- оставить большие поля со всех сторон страницы (не менее 2 см от каждого края);
- пронумеровать страницы (лучше всего внизу страницы);
- выравнивать текст по левому краю;
- не выделять первую строку части текста отступом красной строки;
- выделить заголовки или наиболее важную информацию жирным шрифтом;

- отделять каждый абзац (или смысловую часть) промежутками интервалом от 6 до 8 пунктов;
- по возможности избегать размещения информации в столбцах (таблицах).

Для некоторых людей с ментальной инвалидностью и особенностями умственного развития наиболее доступными являются графические изображения. При этом следует учитывать возраст человека: нельзя использовать «детские» картинки, если текст адресован взрослому. Текст, сопровождающий изображение, должен быть коротким и лаконичным и относиться только к данному изображению; он может размещаться как слева, так и справа от изображения, сверху над изображением или снизу под изображением, но в одном тексте необходимо придерживаться только одного варианта размещения текста и графического изображения.

К примеру, так может выглядеть текст с изображениями, объясняющий человеку как добраться до нужного ему места.

Выйти из дома.	
Сесть в автобус номер 23.	
Проехать 3 остановки.	
Выйти на остановке «Зеленый луг».	

Какие обязанности возлагаются на органы государственной власти, органы местного самоуправления и организации по созданию доступной среды для инвалидов?

Общие обязанности по адаптации для инвалидов доступной среды установлены Федеральным законом от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Эти обязанности возложены на органы государственной власти, органы местного самоуправления и организации, независимо от их организационно-правовой формы, и разделяются на 3 группы (табл. 9).

Группы обязанностей по адаптации доступной среды

	Группы	Содержание
1.	Обязанности по обеспечению физической доступности объектов социальной, транспортной и инженерной инфраструктуры, а также предоставляемых в них услуг	создание условий для беспрепятственного доступа к таким объектам, к местам отдыха и к предоставляемым в них услугам; создание условий для беспрепятственного пользования всеми видами общественного транспорта; обеспечение возможности самостоятельного передвижения по территории, на которой расположены объекты инфраструктуры, входа в такие объекты и выхода из них, посадки в транспортное средство и высадки из него, в том числе с использованием кресла-коляски; допуск на объекты собаки-проводника при наличии документа, подтверждающего ее специальное обучение и выдаваемого по форме и в порядке, определенных Минтрудом РФ.
2.	Обязанности, направленные на устранение факторов, препятствующих получению инвалидами необходимой информации на объектах социальной, транспортной и инженерной инфраструктуры	надлежащее размещение оборудования и носителей информации, необходимых для обеспечения беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, инженерной и транспортной инфраструктур и к услугам с учетом ограничений их жизнедеятельности; создание условий для беспрепятственного пользования средствами связи и информации (включая средства, обеспечивающие дублирование звуковыми сигналами световых сигналов светофоров и устройств, регулирующих движение пешеходов через транспортные коммуникации); дублирование необходимой для инвалидов звуковой и зрительной информации, а также надписей, знаков и иной текстовой и графической информации знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля, допуск сурдопереводчика и тифлосурдопереводчика.
3.	Обязанности, возлагаемые на работников организаций, контактирующих с населением	сопровождение инвалидов, имеющих стойкие расстройства функции зрения и самостоятельного передвижения, и оказание им помощи на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур; оказание работниками организаций, предоставляющих услуги населению, помощи инвалидам в преодолении барьеров, мешающих получению ими услуг наравне с другими лицами.

Например, выделяют 6 основных структурно-функциональных зон объекта социальной инфраструктуры, подлежащего адаптации для инвалидов и других маломобильных групп населения (рис. 13):

1. Территория, прилегающая к зданию (участок);
2. Вход (входы) в здание;

3. Путь (пути) движения внутри здания (в т.ч. пути эвакуации);
4. Зона целевого назначения здания (целевого посещения объекта);
5. Санитарно-гигиенические помещения;
6. Система информации на объекте (устройства и средства информации и связи и их системы).



Рис. 13. Основные структурно-функциональные зоны и элементы зданий и сооружений, подлежащие адаптации (табл. 10)

Таблица 9

Зоны и их элементы

	Зоны	Их элементы
1.	Территория, прилегающая к зданию (участок)	Вход (входы) на территорию Путь (пути) движения на территории Лестница (наружная) Пандус (наружный) Автостоянка и парковка
2.	Вход (входы) в здание	Лестница (наружная) Пандус (наружный) Входная площадка (перед дверью) Дверь (входная) Тамбур
3.	Путь (пути) движения внутри здания (в т.ч. пути эвакуации)	Коридор (вестибюль, зона ожидания, галерея, балкон) Лестница (внутри здания) Пандус (внутри здания) Лифт пассажирский (или подъемник) Дверь Пути эвакуации (в т.ч. зоны безопасности)

4.	Зона целевого назначения	Вариант 1. Различные формы здания обслуживания граждан: кабинетная, зальная, прилавочная, с перемещением по маршруту, кабина индивидуального обслуживания Вариант 2. Места приложения труда Вариант 3. Жилые помещения
5.	Санитарно-гигиенические помещения	Туалетная комната Душевая/ванная комната Бытовая комната (гардеробная)
6.	Система информации на объекте	Визуальные средства Акустические средства Тактильные средства

В зависимости от предназначения того либо иного объекта инфраструктуры к его оборудованию предъявляются различные требования.

Например, в многоквартирных домах и зданиях общественного пользования с большим количеством этажей преимущественно устанавливаются вертикальные подъемники или лифтовые установки. Расположение бюро медико-социальной экспертизы выше первого этажа допускается только при наличии в здании специально оборудованного лифта или подъемника для инвалидов и иных маломобильных групп населения. В организациях по предоставлению жилищно-коммунальных услуг специальной мерой по обеспечению доступности для инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата является оборудование мест повышенного удобства или устройства для передвижения в местах ожидания и местах приема граждан (например, костылей); для инвалидов по зрению должно иметься дополнительное место впереди или сбоку для собаки-поводыря. В читальном зале библиотеки образовательных организаций следует предусматривать размещение инвалидов с нарушением зрения в специальной зоне отдельно от инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках.

Что такое «универсальный дизайн» и «разумное приспособление» (табл. 11)?

Соотношение понятий «универсальный дизайн» и «разумное приспособление»:

Универсальный дизайн	Разумное приспособление
Определение:	
Дизайн предметов, обстановок, программ и услуг, призванный их сделать в максимально возможной степени пригодными к использованию для всех людей	Внесение, когда это нужно в конкретном случае, необходимых и подходящих модификаций и коррективов, не становящихся несоразмерным и неоправданным бременем
Предназначение:	
Для объектов нового строительства (реконструкции, капитального ремонта), для производства новых товаров и услуг	Для объектов и услуг действующих, введенных в действие ранее утверждения соответствующих нормативов

Требования «универсального дизайна» в полной мере можно выполнить в отношении объектов нового строительства (реконструкции, капитального ремонта), а также производства новых товаров и услуг. Важно помнить, что универсальный дизайн не исключает использование ассистивных («помогающих») устройств для конкретных групп инвалидов, где это необходимо, включая технические средства, помощь персонала и др.

Универсальный дизайн возник на основе концепций безбарьерной среды и применяется для проектирования технологий, инструкций, услуг и других продуктов и сред.

Наиболее распространенными примерами универсального дизайна являются (рис. 14-16):



Рис. 14. Бордюрные вырезы или тротуарные пандусы, необходимые для людей в инвалидных колясках или людей с маленькими детьми



Рис. 15. Контрастная по цвету посуда с крутыми бортами, помогающая тем, у кого есть проблемы со зрением или ловкостью



Рис. 16. Низкопольные автобусы, поднимающие свой передний конец на уровень земли и/или оснащенные пандусами, а не бортовыми лифтами

Разумное приспособление предполагает внесение необходимых и подходящих модификаций и коррективов в целях обеспечения реализации инвалидами наравне с другими всех прав человека и основных свобод (табл. 12). Речь здесь идет о разумном приспособлении окружающей обстановки под нужды инвалида, но с обязательным учетом, с одной стороны, его потребностей и, с другой стороны, имеющихся организационных, технических и финансовых возможностей их удовлетворения. Именно этот подход наиболее приемлем в решении проблем обеспечения доступа к действующим объектам и услугам, введенным ранее утверждения соответствующих нормативов.

Таблица 12


Основные способы разумного приспособления



Способы	Пути достижения
Обеспечение доступности зданий и сооружений путем оборудования их пандусами, широкими дверными проемами, надписями шрифтом Брайля и т.п.	Архитектурно-планировочные решения и соответствующие ремонтно-строительные работы
Обеспечение доступности для инвалидов услуг организаций путем изменения порядка их предоставления, оказания инвалидам дополнительной помощи при их получении и т.п.	Организационные решения вопросов предоставления соответствующих социально значимых услуг

2 Вопросы для тестового контроля

1. СРЕДА, КОТОРАЯ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПА ИНВАЛИДОВ И ДРУГИХ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ К ОБЪЕКТАМ И УСЛУГАМ, А ТАКЖЕ ИНТЕГРАЦИЮ ИНВАЛИДОВ В ОБЩЕСТВО И ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ИХ ЖИЗНИ, НАЗЫВАЕТСЯ	
<input type="checkbox"/>	адаптивной средой
<input checked="" type="checkbox"/>	доступной средой
<input type="checkbox"/>	благоприятной средой
<input type="checkbox"/>	комфортной средой
<input type="checkbox"/>	реабилитационной средой
2. РАВЕНСТВО КАК ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЙ ПРИНЦИП ДОСТУПНОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ ОЗНАЧАЕТ	
<input checked="" type="checkbox"/>	обеспечение для всех людей, независимо от их функциональных возможностей, получения одинакового уровня обслуживания
<input type="checkbox"/>	обеспечение такого порядка и предоставления оказания услуг, который поддерживает статус и достоинство любого, кто их использует
<input type="checkbox"/>	гарантию соответствия услуг или сооружений специфическим потребностям всех участников, включая людей с инвалидностью, и их эффективного использования
3. СООТВЕТСТВИЕ УСЛУГ ИЛИ СООРУЖЕНИЙ СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПОТРЕБНОСТЯМ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ И ИХ ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГАРАНТИРУЕТ ТАКОЙ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЙ ПРИНЦИП ДОСТУПНОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ, КАК	
<input type="checkbox"/>	Равенство
<input type="checkbox"/>	Достоинство
<input checked="" type="checkbox"/>	Функциональность
4. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБЪЕКТА ИНСТРУКТУРЫ ПО КРИТЕРИЯМ ДОСТУПНОСТИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ РАЗНЫХ КАТЕГОРИЙ ОФОРМЛЯЕТСЯ	
<input type="checkbox"/>	Акт несоответствий
<input checked="" type="checkbox"/>	Анкета

	Административный протокол
	Судебное предписание
5. ПО СТЕПЕНИ ЗНАЧИМОСТИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ТАКОЙ ПАРАМЕТР ДОСТУПНОСТИ ОБЪЕКТА ИНФРАСТРУКТУРЫ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ, КАК	
V	Достигаемость
	Безопасность
	Информативность
	Комфортность
6. БЕСПРЕПЯТСТВЕННОЕ ПЕРЕДВИЖЕНИЕ ПО КОММУНИКАЦИОННЫМ ПУТЯМ, ПОМЕЩЕНИЯМ И ПРОСТРАНСТВАМ ОБЪЕКТА ИНСТРАСТРУКТУРЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ТАКОЙ ПАРАМЕТР ЕГО ДОСТУПНОСТИ, КАК	
V	Достигаемость
	Безопасность
	Информативность
	Комфортность
7. ВОЗМОЖНОСТЬ ИЗБЕЖАТЬ ТРАВМЫ, РАНЕНИЯ, УВЕЧЬЯ, ИЗЛИШНЕЙ УСТАЛОСТИ ИЗ-ЗА СВОЙСТВ АРХИТЕКТУРНОЙ СРЕДЫ ОБЪЕКТА ИНСТРАСТРУКТУРЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ТАКОЙ ПАРАМЕТР ЕГО ДОСТУПНОСТИ, КАК	
	Достигаемость
V	Безопасность
	Информативность
	Комфортность
8. ВОЗМОЖНОСТЬ ЭФФЕКТИВНОЙ ОРИЕНТАЦИИ В СВЕТЛОЕ И ТЕМНОЕ ВРЕМЯ СУТОК НА ОБЪЕКТЕ ИНСТРАСТРУКТУРЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ТАКОЙ ПАРАМЕТР ЕГО ДОСТУПНОСТИ, КАК	
	Достигаемость
	Безопасность
V	Информативность
	Комфортность
9. ВРЕМЯ ОЖИДАНИЯ В ОЧЕРЕДИ В БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ	
V	не должно превышать 15 минут
	не должно превышать 30 минут
	не установлено
10. СИСТЕМЫ СРЕДСТВ ИНФОРМАЦИИ НА ОБЪЕКТЕ ИНСТРАСТРУКТУРЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ	
V	визуальными, звуковыми, тактильными
	визуальными и звуковыми
	звуковыми и тактильными
	только тактильными

11. ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ИНФОРМАЦИИ И НАВИГАЦИИ НА ВХОДЕ В ЗДАНИЕ	
	должна четко выделяться на фасаде здания и быть хорошо освещенной
	рядом с входом размещается знак доступности для инвалидов размером 20x20 см (достаточно одного знака или по отдельным категориям инвалидов)
	оборудование главного входа звуковым маяком
V	все перечисленное
12. КАКИМ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТРЕБОВАНИЙ ДОЛЖНЫ ОТВЕЧАТЬ ДОСТУПНЫЕ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ ВХОДНЫЕ ДВЕРИ	
V	входные двери, доступные для инвалидов, должны быть хорошо опознаваемы и иметь символ, указывающий на их доступность
	наружные двери не могут иметь пороги
	на путях движения инвалидов не рекомендуется применять распашные двери на петлях одностороннего действия с фиксаторами в положениях «открыто» или «закрыто» с доводчиком
13. КОНТРАСТНАЯ ПОЛОСА ДЛЯ ОРИЕНТИРОВАНИЯ СЛАБОВИДЯЩИХ ЛЮДЕЙ НА СТУПЕНИ НАНОСИТСЯ	
V	на первую и последнюю ступеньки
	на каждую ступеньку
	на первую и последнюю ступеньки и подступеньки
	на каждую ступеньку и подступеньки
	на подступеньки
14. КОНТРАСТНАЯ МАРКИРОВКА ВСЕХ ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫХ ПРЕПЯТСТВИЙ НА ПУТИ СЛЕДОВАНИЯ ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ОБОЗНАЧЕНА	
	черными квадратами на желтом фоне
	белыми кругами на черном фоне
V	желтыми полосами или кругами
	красными треугольниками
15. ЦВЕТОВЫЕ РЕШЕНИЯ ВНУТРЕННЕЙ ОТДЕЛКИ ПОМЕЩЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, АДАПТИРОВАННЫХ К ОСОБЕННОСТЯМ ЗРЕНИЯ И ПСИХОФИЗИОЛОГИИ ИНВАЛИДОВ, ДОЛЖНЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СОДЕРЖАТЬ	
	голубой, зеленый и красный цвета
V	желтый, желто-зеленый, оранжево-желтый цвета
	красный, красно-оранжевый цвета
16. ГРАФИЧЕСКИЙ ЗНАК  ОБОЗНАЧАЕТ ДОСТУПНОСТЬ ОБЪЕКТА ИНФРАСТРУКТУРЫ	
	только для инвалидов-колясочников
V	для инвалидов всех категорий

	для инвалидов-колясочников и лиц с заболеваниями опорно-двигательного аппарата
17. ПРИ НАЛИЧИИ ПАНДУСА ВХОДНАЯ ДВЕРЬ ДОЛЖНА ОТКРЫВАТЬСЯ	
V	в противоположную сторону от пандуса
	на пандус
	внутри помещения
18. ГРАФИЧЕСКИЙ ЗНАК  ОЗНАЧАЕТ	
	Осторожно! Крутой спуск
	Осторожно! Крутой подъем
V	Осторожно! Скользящая дорога
	Осторожно! Выступ бортового камня
19. ГРАФИЧЕСКИЙ ЗНАК  ОЗНАЧАЕТ	
	Подъемник, эскалатор
	Туалет для инвалидов
V	Лифт для инвалидов
20. БУКВЕННЫЙ СИМВОЛ «С» ОЗНАЧАЕТ ДОСТУПНОСТЬ ОБЪЕКТА ИНФРАСТРУКТУРЫ ДЛЯ	
	глухих и слабослышащих
V	слепых и слабовидящих
21. ОТСУТСТВИЕ ТАКТИЛЬНЫХ УКАЗАТЕЛЕЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДВИЖЕНИЯ, ИНФОРМАЦИОННЫХ УКАЗАТЕЛЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ БАРЬЕРОВ ДЛЯ ПЕРЕДВИЖЕНИЯ ПО ОБЪЕКТУ ИНФРАСТРУКТУРЫ	
V	инвалидов по зрению
	инвалидов по слуху
	инвалидов-колясочников
22. ТАКОЙ ТИП РИФЛЕНИЯ, КАК  , ОЗНАЧАЕТ ДЛЯ ИНВАЛИДА ПО ЗРЕНИЮ	
V	Внимание! Крайняя ступенька лестничного марша
	Внимание! Препятствие
23. ОТСУТСТВИЕ ЗРИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ НА ОБЪЕКТЕ ИНФРАСТРУКТУРЫ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ, ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ БАРЬЕРОВ ДЛЯ ПЕРЕДВИЖЕНИЯ ПО ОБЪЕКТУ ИНФРАСТРУКТУРЫ	
	инвалидов по зрению
V	инвалидов по слуху

	инвалидов-колясочников
24. ВИЗУАЛЬНО-ЗВУКОВЫЕ И ИНДУКЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ИНФОРМИРОВАНИЯ	
	инвалидов по зрению
V	инвалидов по слуху
	инвалидов-колясочников
25. ИНФОРМАЦИЯ НА «ЯСНОМ ЯЗЫКЕ» («ЛЕГКОЕ ЧТЕНИЕ») НАПРАВЛЕНА НА ОБЛЕГЧЕНИЕ ПОНИМАНИЯ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ ЛИЦ	
V	с нарушениями умственного развития
	с нарушениями зрения
	с нарушениями слуха
26. ПРИ ПЕРЕДАЧЕ ИНФОРМАЦИИ НА ЯСНОМ ЯЗЫКЕ НЕОБХОДИМО	
	говорить / писать как можно короче, опуская лишние подробности и не вдаваясь в детали
V	использовать короткие фразы (предложения), доступно объясняя сложные для понимания термины и слова
	использовать по возможности причастные и/или деепричастные обороты
27. ОБЯЗАННОСТИ ПО СОЗДАНИЮ ДОСТУПНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ, УСТАНОВЛЕННЫЕ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ЗАКОНОМ «О СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ», РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ	
	только на органы государственной власти и органы местного самоуправления
V	на органы государственной власти и органы местного самоуправления и все организации, учреждения и предприятия независимо от их организационно-правовой формы
	только на государственные и муниципальные организации, учреждения и предприятия
28. В МНОГОКВАРТИРНЫХ ДОМАХ И ЗДАНИЯХ ОБЩЕСТВЕННОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ С БОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ ЭТАЖЕЙ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО УСТАНОВЛИВАЮТСЯ	
V	вертикальные подъемники или лифтовые установки
	мобильные лестничные подъемники
	наклонные подъемники
29. РАСПОЛОЖЕНИЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ВЫШЕ ПЕРВОГО ЭТАЖА	
V	допускается при наличии в здании специально оборудованного лифта или подъемника для инвалидов и иных маломобильных групп населения
	Допускается
	не допускается
30. КАКАЯ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕР ЯВЛЯЕТСЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕРОЙ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЖИЛИЩНО-КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ	

V	оборудование мест повышенного удобства или устройства для передвижения, например, костылей в местах ожидания и местах приема граждан
	адаптация официальных сайтов в сети Интернет с приведением их к международному стандарту доступности веб-контента и веб-сервисов (WCAG)
	выпуск альтернативных форматов печатных материалов (например, крупный шрифт или аудиофайлы)
31. В ЧИТАЛЬНОМ ЗАЛЕ БИБЛИОТЕКИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ СЛЕДУЕТ ПРЕДУСМАТРИВАТЬ	
	размещение инвалидов с нарушением зрения и передвигающихся на креслах-колясках совместно с другими читателями
V	размещение инвалидов с нарушением зрения в специальной зоне отдельно от инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках
	размещение инвалидов с нарушением зрения и инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках в отдельном специальном месте
32. РАЗУМНОЕ ПРИСПОСОБЛЕНИЕ – ЭТО ОБЯЗАННОСТЬ	
	предоставлять инвалидам возможность пользоваться на вокзалах залом повышенной комфортности для официальных делегаций
	для обеспечения доступности инвалидов полностью реконструировать старые здания, не имеющие лифтов
V	приспособить для инвалидов с учетом имеющихся у них ограничений жизнедеятельности помещения организации путем оборудования их пандусами, широкими дверными проемами, надписями шрифтом Брайля и т.п.
33. УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ДИЗАЙН – ЭТО	
V	проектирование продуктов и среды, которая доступна для каждого человека и не нуждается в адаптации или специализированном дизайне
	обеспечение доступности определенных структурно-функциональных зон объекта
	выделение в уровне входа специальных помещений, зон или блоков, приспособленных для обслуживания инвалидов, с обеспечением всех видов услуг, имеющихся в данном здании

1.5. Примерный функционал волонтеров инклюзии

Приведенные ниже тестовые задания помогут вам более четко понять особенности функционала волонтеров инклюзии, принципы и специфику инклюзивного волонтерского движения.

Вопросы для тестового контроля

1. КАКОЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ НИЖЕ УТВЕРЖДЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ?	
	волонтерство – это только для молодых
<input checked="" type="checkbox"/>	волонтерам компенсируют личные расходы на транспорт и питание
	волонтерам платят деньги
	волонтерам не нужна подготовка
2. ВОЛОНТЕРЫ ИНКЛЮЗИИ – ЭТО	
<input checked="" type="checkbox"/>	лица, прошедшие обучение по программе волонтерского сопровождения людей с инвалидностью различных нозологических групп
	представители образовательных организаций, общественных организаций инвалидов, работодателей
	лица, участвующие в поддержке и помощи социально незащищенных слоев населения
3. ИНКЛЮЗИВНОЕ ВОЛОНТЕРСТВО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ РАБОТУ СО СЛЕДУЮЩИМИ КАТЕГОРИЯМИ ИНВАЛИДОВ	
	лица с нарушением опорно-двигательного аппарата
	лица с ментальными нарушениями
	лица с нарушением зрения и слуха
<input checked="" type="checkbox"/>	все ответы верны
4. ВОЛОНТЕРЫ ИНКЛЮЗИИ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ	
<input checked="" type="checkbox"/>	основы психологии инвалидности
	теорию социальной работы с людьми с инвалидностью
	основы специальной педагогики
	все варианты верны
5. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ ПРИНЦИПОМ ДОБРОВОЛЬЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОЛОНТЕРОВ ИНКЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ	
<input checked="" type="checkbox"/>	принцип альтруизма
	принцип партнерства
	принцип гласности
6. ОТМЕТЬТЕ КАЧЕСТВА, ПРИСУЩИЕ ИНКЛЮЗИВНОМУ ВОЛОНТЕРУ	
<input checked="" type="checkbox"/>	Общительность
	Замкнутость
	Стеснительность
7. УЧАСТНИКАМИ ВОЛОНТЕРСКОЙ ПРОГРАММЫ МОГУТ СТАТЬ ВСЕ ЖЕЛАЮЩИЕ, КРОМЕ	
	лиц пенсионного возраста
	людей с инвалидностью
<input checked="" type="checkbox"/>	лиц, не достигших 14-летнего возраста

	Безработных
	Самозанятых
8. ВОЛОНТЕР СЧИТАЕТСЯ «СЕРЕБРЯНЫМ»	
V	с 55 лет
	с 60 лет
	с 70 лет
	с 65 лет
9. КАКОЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ НИЖЕ УТВЕРЖДЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ?	
V	волонтер может выбрать удобный гибкий график, чтобы совмещать волонтерство со своей основной деятельностью
	граждане РФ старше 70 лет не могут заниматься волонтерством
	чтобы стать волонтером, требуются специальное образование и соответствующая квалификация
	волонтеры работают только с социальными проблемами
10. КАКОЙ ТИП ПОДДЕРЖКИ ВОЛОНТЕРУ НЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ?	
	обучение и подготовка
	Психологический
V	Финансовый
	Материальный
11. ВЫБЕРИТЕ ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ	
V	волонтер имеет право требовать внесения всех необходимых сведений о своей работе в волонтерскую книжку
	волонтер не имеет права в любой момент прекратить свою волонтерскую деятельность
	волонтер должен приобрести оборудование и средства индивидуальной защиты, необходимые для работы, самостоятельно
	волонтерская организация не обязана раскрывать волонтеру все свои мотивации
12. ПРИНЦИП «НЕ НАВРЕДИ», КОТОРОГО ОБЯЗАН ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ ВОЛОНТЕР, ЗАТРАГИВАЕТ	
	подопечных волонтера, их родственников, других волонтеров и персонала учреждений
V	самого волонтера, подопечных волонтера, их родственников, других волонтеров и персонала учреждений
	только подопечных волонтера
	подопечных волонтера и других волонтеров
13. ВЫБЕРИТЕ ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ	
	индивидуальный формат работы наиболее эффективен для волонтера
V	волонтер не имеет права помогать своему подопечному деньгами и подарками

	волонтер может ставить под сомнение компетенцию профессионалов учреждений, в которых он работает, если у него есть подобные подозрения
	волонтер не обязан соблюдать правила пропускного режима учреждений, в которых он работает, поскольку это касается только рядовых посетителей
14. КАКОЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ НИЖЕ УТВЕРЖДЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ НЕВЕРНЫМ?	
	помните, что волонтеры в медучреждениях не занимаются медицинским уходом
	волонтер может составить индивидуальный график посещения подопечных
V	не забывайте, что подопечных необходимо регулярно жалеть и сочувствовать им
	взаимодействуйте с ребенком-подопечным так, как вам хотелось бы, чтобы с вами общались в детстве
15. КАКОМУ СОВЕТУ СТОИТ ПОСЛЕДОВАТЬ, ЧТОБЫ НЕ ВЫГОРЕТЬ В ВОЛОНТЕРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ?	
V	тщательно следите за своим психологическим состоянием
	сначала помогайте подопечным, а уже потом себе
	постоянно меняйте группу и сферу деятельности
	помните, что волонтерство – это непосредственная помощь, которая важнее, чем работа или учеба
16. КАКИМ СПОСОБОМ БОЛЬШИНСТВО ВОЛОНТЕРОВ В РОССИИ ПОПАДАЕТ В ВОЛОНТЕРСТВО?	
	через некоммерческие организации
V	через образовательные учреждения
	по инициативе работодателя
	самостоятельно, по собственной инициативе
17. ВЫБЕРИТЕ ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ	
	волонтер-новичок может найти через волонтерскую организацию добровольческий проект, но присоединиться к команде организации он не может
	взаимоотношения с волонтерами могут быть только на регулярной основе
V	волонтеры практически никогда не действуют в одиночку
	по закону, органы местного управления не могут самостоятельно привлекать волонтеров для участия в проектах
18. ВЫ РЕШИЛИ СТАТЬ ВОЛОНТЕРОМ ИНКЛЮЗИИ. КАКОВ ПЕРВЫЙ ЭТАП ОТБОРА И ОБУЧЕНИЯ НА ЭТУ ПОЗИЦИЮ?	
V	заполнение анкеты
	распределение в команду
	Стажировка
	Инструктаж
19. ВЫ РАБОТАЕТЕ В ВОЛОНТЕРСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И В ТОМ ЧИСЛЕ ЗАНИМАЕТЕСЬ СОСТАВЛЕНИЕМ ДОКУМЕНТАЦИИ. ИМЕЕТЕ ЛИ ВЫ ПРАВО РАССКАЗЫВАТЬ ЧЛЕНАМ СЕМЬИ ПРО ПЕРСОНАЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ, КОТОРЫЕ ВАМ ПОПАДАЮТСЯ В ДОКУМЕНТАХ?	

V	Нет
	Да
	только близким членам семьи
	только сведения из документов без грифа «секретно»
20. ВАМ ОЧЕНЬ ХОЧЕТСЯ ПОМОГАТЬ ТЕМ, КТО НУЖДАЕТСЯ В ПОМОЩИ. ОДНАКО ВЫ РАБОТАЕТЕ ПОЛНЫЙ РАБОЧИЙ ДЕНЬ, И НА ВОЛОНТЕРСТВО У ВАС ОСТАЕТСЯ ВСЕГО ЛИШЬ 3-4 ЧАСА В НЕДЕЛЮ. СМОЖЕТЕ ЛИ ВЫ СТАТЬ ВОЛОНТЕРОМ?	
	нет, совмещать волонтерство и работу в формате полного рабочего дня не рекомендуется
V	да, этого достаточно – можно выстроить график регулярной деятельности
	да, но вы сможете заниматься лишь дистанционным волонтерством – онлайн или медиа
	нет, этого мало, нужно уделять волонтерству хотя бы 8 часов в неделю

1.6. Техники эффективного общения.

Разработка примерных речевых модулей

Эффективное общение – это передача информации нужному адресату и получение желаемой обратной связи путем воздействия и привлечения внимания. Общение – это не только получение самой информации, но и понимание намерений, стоящих за ней. Полный смысл сообщения следует передавать с использованием всех навыков эффективной коммуникации, включая устные, невербальные или письменные.

Коммуникация – это всегда двусторонний процесс. Обратная связь и взаимодействие представляют собой факторы, позволяющие узнать, насколько успешным он был. Еще одним важным аспектом эффективной коммуникации является *умение слушать*.

Люди должны уметь не только эффективно и уверенно говорить, но также слушать и понимать, что хочет сказать другой человек или группа людей. Эффективное общение необходимо для изменения поведения других людей, правильного настраивания их на восприятие чего-либо и получения информации от собеседника.

Эффективное общение может укрепить доверие, помочь людям лучше понять вас, заручиться чьим-то уважением и развить отношения с окружающими. Оно необходимо для установления надежного контакта, а также для укрепления отношений по мере необходимости.

При помощи эффективного общения можно избежать ненужных проблем в отношениях. Оно может быть полезно с точки зрения принятия решений, формулировки выводов и решения проблем через взаимодействие в конфликтных ситуациях. Оно же может пригодиться, если вам нужно сообщить что-то неприятное. Хорошие отношения с людьми уменьшают чувство стресса и беспокойства. У вас также всегда будет надежная социальная поддержка.

Работа в команде или группе единомышленников также требует навыков эффективного общения. Достижение консенсуса возможно только при общении между людьми. Вы должны обладать уверенностью, чтобы влиять на людей и заставлять их верить вам.

Вот некоторые из наиболее *эффективных навыков* общения:

- Умение слушать.
- Умение говорить кратко.
- Умение проявлять интерес.
- Умение не быть предвзятым.
- Умение аккуратно пользоваться невербальными средствами общения.
- Наблюдательность.
- Умение совладать со стрессом.
- Умение говорить ясно и четко.

Барьеры общения мешают нашим сообщениям достигать разума собеседника или искажают их так, что они теряют изначальный смысл и посыл. Существует множество барьеров, которые могут препятствовать эффективному общению, в том числе:

- физические (расстояние, шум и т.д.);
- физиологические (нарушения слуха или речи);
- социокультурные (культурные различия);
- семантические (знаки и символы).

В качестве барьеров могут выступать и другие факторы: окружающая среда, стресс, контекст, чье-то вмешательство, эмоциональный дисбаланс, отсутствие интереса или сосредоточенности, непоследовательный язык тела и т.д.

Препятствия для эффективного общения можно преодолеть при помощи подходящих средств – используя более короткие предложения, лучше организуя сообщение перед его отправкой, тренируясь, проявляя эмпатию и внимательность,

избегая предрассудков, информационного «шума» и т.д.

При общении с людьми с инвалидностью и ОВЗ необходимо помнить, что *инвалидность* – это не свойство человека, а *препятствия*, которые возникают у него в обществе при налаживании контактов с другими людьми.



Самое худшее, что вы можете сделать при общении с инвалидом, – это лишний раз напомнить ему, что он «не такой, как все», подчеркнув пропасть, лежащую между ним («больным», «неполноценным») и здоровыми людьми. Лучше всего сделать вид, что все в порядке. А для этого нужно не бояться смотреть на человека с ограниченными возможностями и активно вступать с ним в контакт.

Человек устроен так, что какие бы недостатки он ни имел, он всегда хочет чувствовать себя наравне с другими людьми. В особенности это касается инвалидов. Поэтому во время общения с человеком с ОВЗ любое ваше неосторожное слово может его обидеть и навсегда отбить у него желание общаться с вами.

Когда инвалида называют «неполноценным», этот человек ощущает сочувствие и жалость окружающих, которые скорее угнетают его, чем поддерживают. А когда человек, который не может самостоятельно ходить, слышит о себе слова «прикован к инвалидной коляске», он чувствует себя обреченным. Поэтому упомянутые выше слова, а также все другие, похожие на них, следует раз и навсегда исключить из своего лексикона. То, как мы говорим, тесно связано с тем, что мы думаем и как ведем себя по отношению к другим людям. К сожалению, русская «толерантная» терминология в отношении людей с инвалидностью до сих пор не устоялась – даже в среде инвалидов присутствуют разные точки зрения на правомочность употребления тех или иных фраз и понятий.

Приведенные ниже тестовые задания помогут вам понять, какие речевые обороты или фразы приемлемы, неприемлемы (недопустимы) или нежелательны к употреблению при общении с людьми с инвалидностью и ОВЗ.

Вопросы для тестового контроля

1. КАКИЕ ФРАЗЫ И ВЫРАЖЕНИЯ НЕПРИЕМЛЕМЫ К УПОТРЕБЛЕНИЮ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЛИЦАМ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА?	
	«человек с эпилепсией»
V	«калека»
V	«неполноценный»
V	«припадочный»
	«страдающий от последствий полиомиелита»
	«жертва полиомиелита»
V	«эпилептик»
2. ОПРЕДЕЛИТЕ ЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ К УПОТРЕБЛЕНИЮ ФРАЗЫ И ВЫРАЖЕНИЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЛИЦАМ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	
	«страдающий ДЦП»
	«человек с врожденным дефектом»
V	«имеющий инвалидность в результате полиомиелита»
	«жертва полиомиелита»
V	«человек с врожденной инвалидностью»
V	«перенесший полиомиелит»
V	«человек с эпилепсией»
V	«имеющий ДЦП»
3. КАКИЕ ФРАЗЫ И ВЫРАЖЕНИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫ К УПОТРЕБЛЕНИЮ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЛИЦАМ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА?	
	«перенесший полиомиелит»
	«человек с эпилепсией»
V	«жертва полиомиелита»
	«имеющий инвалидность в результате полиомиелита»
V	«страдающий от последствий полиомиелита»
V	«человек с врожденным дефектом»
4. КАКИЕ СЛОВА ИЛИ ФРАЗЫ НЕДОПУСТИМЫ ЛИБО НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫ ПРИ ОБЩЕНИИ С НЕЗРЯЧИМ ЧЕЛОВЕКОМ?	
	невидящий человек
	слабовидящий человек
V	совершенно слепой

V	«слепой, как крот»
V	слепой человек
	человек с нарушениями зрения
5. КАКИЕ СЛОВА ИЛИ ФРАЗЫ <i>НЕДОПУСТИМЫ</i> ЛИБО <i>НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫ</i> ПРИ ОБЩЕНИИ С ЧЕЛОВЕКОМ, ИМЕЮЩИМ НАРУШЕНИЯ СЛУХА?	
V	Глухонемой
	неслышащий человек
V	Глухой
	слабослышащий человек
V	Тугоухий
6. КАКИЕ СЛОВА ИЛИ ФРАЗЫ <i>НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫ</i> ПРИ ОБЩЕНИИ С ЧЕЛОВЕКОМ, ИМЕЮЩИМ ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ?	
	человек с задержкой в развитии
	человек с эмоциональными проблемами
V	Душевнобольной
	человек с психическим заболеванием
V	Сумасшедший
7. КАКИЕ СЛОВА ИЛИ ФРАЗЫ <i>НЕДОПУСТИМЫ</i> ПРИ ОБЩЕНИИ С ЧЕЛОВЕКОМ, ИМЕЮЩИМ ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ?	
V	Олигофрен
	человек с задержкой в развитии
V	умственно неполноценный
V	Идиот
	человек с эмоциональными проблемами
V	Дебил
V	умственно больной
8. КАК ПРАВИЛЬНО СКАЗАТЬ?	
	Даун
	человек с болезнью Дауна
	Дауночек
V	человек с синдромом Дауна
9. КАКИЕ СЛОВА ИЛИ ФРАЗЫ <i>НЕДОПУСТИМЫ</i> ПРИ ОБЩЕНИИ С ЧЕЛОВЕКОМ, ИСПЫТЫВАЮЩИМ ЗАТРУДНЕНИЯ В РЕЧИ?	
	человек с речевыми проблемами
	человек, имеющий инвалидность с затруднениями речи
V	Немой
	человек с заиканием
V	Заика

10. КАК ПРАВИЛЬНО СКАЗАТЬ?

	жертва аутизма
V	человек с аутизмом
	человек, страдающий аутизмом
	Аутист
	аутичный человек