

МОДЕЛЬ СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ С ПОЗИЦИИ ПОЛОЖЕНИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ)

Шестакова Е.В.¹, Рогачева Т.В.²

¹ Шестакова Елена Васильевна

заместитель директора по реабилитации; государственное автономное учреждение Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов», ул. Белинского, 173а, Екатеринбург, 620089, Россия. Тел.: 8 (343) 270-88-19.

E-mail: shestakova.evas@yandex.ru

² Рогачева Татьяна Владимировна

доктор психологических наук, заведующая отделением реабилитационной диагностики и мониторинга; государственное автономное учреждение Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов», ул. Белинского, 173а, Екатеринбург, 620089, Россия. Тел.: 8 (343) 270-88-19.

E-mail: TVRog@yandex.ru

Аннотация

В статье предложена теоретическая модель сопровождаемого проживания как реабилитационного процесса. Модель учитывает как специфику самого процесса, так и особенности взаимодействия при совместном проживании инвалидов друг с другом и со специалистами. Анализируется зарубежный опыт организации сопровождаемого проживания, в котором доказана перспективность данного реабилитационного мероприятия, перечислены различные варианты помощи людям, чей психический статус ограничивает возможности самостоятельного проживания. В соответствии с нормативной правовой базой РФ сопровождаемое проживание в России как реабилитационное мероприятие только становится и определяется как технология социального обслуживания, предусматривающая возможность предоставления инвалидам социальных услуг, а также услуг по реабилитации и абилитации, образовательных услуг и проведения мероприятий по социальному сопровождению инвалидов в целях компенсации (устранения) обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности и сохранения пребывания в привычной благоприятной среде, выработки навыков, обеспечивающих максимально возможную самостоятельность в реализации основных жизненных потребностей (организация быта, досуга, общения и социальных связей), и, как следствие, адаптации к самостоятельной жизни.

Описываются технологические особенности сопровождаемого проживания, в том числе возраст инвалидов, специфика их ограничений жизнедеятельности, которая объединена понятием «ментальные нарушения», критерии для определения нуждаемости в сопровождаемом проживании, принципы данной технологии, цели сопровождаемого проживания как компенсация или устранение обстоятельств, которые ухудшают условия жизнедеятельности инвалида, предполагаемые результаты как возможность проживания инвалида с ментальными нарушениями в домашних условиях.

Представляемую модель сопровождаемого проживания предлагается соотнести с положениями Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и проверить ее на практике. МКФ выступает теоретическим основанием реабилитационного процесса и описывает ситуацию инвалида, исходя из возможностей функционирования человека (функции и структуры организма), его активности (личностная активность, а различных сферах жизнедеятельности), участия (вовлеченность в социальную жизнь) и окружающих этого человека факторов среды (контекстовые факторы). Определяя, вслед за большинством исследователей, 4 этапа сопровождаемого проживания, авторы подчеркивают, что на практике невозможно рассматривать сопровождаемое проживание как поэтапный процесс, указывая на содержательные компоненты понятия «самостоятельность» применительно к инвалидам с ментальными нарушениями как максимально возможные действия собственными силами в бытовой жизни.

Рассмотрено практическое применение предлагаемой модели сопровождаемого проживания, в котором демонстрируется, как связаны теоретические положения МКФ, домены и их

определители, контекстовые факторы и основные ограничения жизнедеятельности инвалида с теми услугами, которые предложены в Стандартах оказания реабилитационных и социальных услуг. Указан также и основной исполнитель реабилитационных мероприятий. Авторы в предлагаемом примере указывают, что соотношение объемов услуг социальной реабилитации и социального обслуживания будет меняться в зависимости от этапа, например, на этапе сопровождаемого проживания реабилитационные и абилитационные услуги должны оказываться в минимальном объеме, а услуги социального обслуживания могут оказываться на постоянной основе, особенно те, которые носят замещающий характер, то есть те виды деятельности (домашней работы), которые не сможет выполнить инвалид в силу своих ограничений.

Авторы делают вывод, что рассматриваемая модель сопровождаемого проживания с позиции положений МКФ позволяет максимально использовать собственный реабилитационный потенциал инвалида, точно определить объем необходимой помощи для каждого члена группы индивидуально.

Ключевые слова: реабилитационный процесс; сопровождаемое проживание; Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ); инвалидность; ментальные нарушения.

УДК 159.9:616-036.868

Библиографическая ссылка

Шестакова Е.В., Рогачева Т.В. Модель сопровождаемого проживания с позиции положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) // Медицинская психология в России. – 2019. – Т. 11, № 3. – С. 6. doi: 10.24412/2219-8245-2019-3-6

Поступила в редакцию: 24.02.2019 Прошла рецензирование: 21.04.2019 Опубликовано: 14.05.2019

В последние годы Российская Федерация предпринимает значительные усилия для повышения качества жизни людей с инвалидностью. Ратификация Конвенции ООН о правах инвалидов (2012), принятие федеральных законов, в том числе: Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Федерального закона от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации», Федерального закона от 01.12.2014 № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов», свидетельствует о намерении государства и общества создавать условия для включения людей с инвалидностью в активную жизнь общества и, в частности, переходить от стационарных форм обслуживания к предоставлению услуг в обычных местах проживания людей (ст. 19 Конвенции [6, с. 16]), к обеспечению занятости доступными видами труда (ст. 27 [Там же. С. 22]).

Зарубежная практика показывает, что отказ от системы тотальной изоляции инвалида, в том числе имеющего психические нарушения, оказался достаточно результативным [22]. Например, в Германии еще в 1960-е годы зародилось «Движение за независимое проживание», которое стало популярным в среде молодых инвалидов, недовольных тем, что отстаиванием их интересов занимались не они сами, а родители, объединившиеся в ассоциации по признаку диагноза. Английские специалисты, также занимающиеся вопросами сопровождаемого проживания с 80-х годов XX века, доказывая перспективность данного вида социальной услуги, указывают на более высокие, чем у проживающих в квартирах и домах служб социальной реабилитации и интеграции, показатели психопатологической симптоматики и более высокий уровень зависимости у подопечных интернатов и пациентов реабилитационных отделений больниц [25; 26].

В психолого-педагогических исследованиях, проведенных немецкими социологами К. Прайсман [23], А. Риделем и Й. Клаузенем [24], Б.Х. Эльвенем [20] по поводу организации жизни людей с аутизмом отмечено, что, по мнению семей, имеющих детей с расстройством аутистического спектра, их качество жизни при организации специального сопровождения по поддержке собственной идентичности, по усилению самоутверждения и установки на достижение благополучия и счастья, становится выше [24, с. 112]. Как указывает Прайсман, «особо значимым является при этом обращение к таким факторам, как дружба и партнерство в совместной деятельности, поддержка автономии, собственных ожиданий, формирование позитивного отношения к переменам со сбалансированным сохранением определенной стабильности жизненного контекста» [Там же. С. 125].

В ряде зарубежных стран уже выработан системный подход к оценке потребностей инвалидов, нуждающихся в сопровождаемом проживании. Так, канадский проект сопровождаемого проживания включает многофункциональную оценку потребностей человека с ограничениями жизнедеятельности с использованием Колорадского протокола. Применение данной оценки позволяет говорить о том, что только 10% стационарных инвалидов нуждались в нахождении в стационаре, а 60% пациентов нуждались в сопровождаемом проживании [21]. В США использовали опросник St. Louis (оценка навыков жизни в сообществе), определяющий степень приспособленности человека к окружающей бытовой обстановке для оценки возможности жизни инвалида при сопровождаемом проживании [19].

В настоящее время в Великобритании доступны различные виды помощи людям, чей психический статус и/или особенности соматического здоровья ограничивают их возможность самостоятельного проживания. Основными формами поддерживаемого проживания в зависимости от уровня приспособляемости клиентов выступают:

- отделения для длительного пребывания пациентов (обычно в крупных больницах Национальной службы здравоохранения);
- общежитие с высоким и средним уровнем укомплектования штата сотрудников (отделения с круглосуточным обслуживанием больных), которые обеспечиваются по-разному — либо непосредственно через Национальную систему здравоохранения, либо с помощью частного и общественного секторов, департаментов социальных служб местных органов власти;
- общежитие с низким уровнем укомплектования штата сотрудников: преимущественно частный и общественный секторы (некоторые создаются департаментами социальных служб местных органов власти);
- дома с обслуживающим персоналом: частный и общественный секторы, некоторые департаменты социальных служб местных органов власти;
- групповые дома: общественный сектор и некоторые департаменты социальных служб местных органов власти;
- жильё для двух человек или группы людей с высоким уровнем зависимости: в основном благотворительные организации и жилищные ассоциации [27, с. 144].

В Российской Федерации на сегодняшний день проблема организации сопровождаемого проживания для людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности, имеющих ментальные нарушения, пока не решена и актуальна. Как указывают Т.В. Фурляева и Е.А. Фурляев, «до недавних пор в нашей стране было невозможно построить систему сопровождаемого (поддерживающего) проживания вне стен психоневрологических интернатов» [17, с. 69]. В настоящее время разрабатывается концепция реформирования психоневрологических интернатов и совершенствования условий жизнедеятельности граждан с психическими расстройствами. Итогом реализации данной концепции становятся различные модели сопровождаемого проживания [4; 12; 15; 16; 18]. Все предлагаемые модели направлены на создание специфической среды для нормализации жизни инвалидов с нарушениями интеллекта, что способствует

реализации прав и законных интересов, социальной интеграции, активному включению в самообслуживание и удовлетворению основных жизненных потребностей этих граждан, а также развитию форм жизнеустройства инвалидов с такими условиями жизни, которые приближены к международным требованиям, и позволяют им вести доступный самостоятельный и независимый образ жизни при необходимой посторонней помощи. Существующая традиционная модель жизнеустройства инвалидов с нарушениями интеллекта не дает полноценной возможности для реализации их прав и законных интересов и изолирует инвалида от общества. На смену данной модели приходит семейно-центрированная модель жизнеустройства инвалидов, составной частью которой и выступает сопровождаемое проживание.

Согласно Приказу Минтруда России от 14.12.2017 № 847 «Об утверждении методических рекомендаций по организации различных технологий сопровождаемого проживания инвалидов, в том числе такой технологии, как сопровождаемое совместное проживание малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях», **под сопровождаемым проживанием инвалидов** понимается «стационарозамещающая технология социального обслуживания, предусматривающая возможность предоставления инвалидам социальных услуг, а также услуг по реабилитации и абилитации, образовательных услуг и проведения мероприятий по социальному сопровождению инвалидов (содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам) в целях компенсации (устранения) обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности, и сохранения пребывания в привычной, благоприятной среде, выработки навыков, обеспечивающих максимально возможную самостоятельность в реализации основных жизненных потребностей (организация быта, досуга, общения и социальных связей), и, как следствие, адаптации к самостоятельной жизни» [13].

Любая теоретическая модель социальных процессов должна учитывать как специфику изучаемого процесса (в нашем случае — организацию сопровождаемого проживания), так и специфику той общности, которая, как предполагается, участвует в процессе (т.е. как систему взаимоотношений клиентов между собой, так и особенности взаимоотношений клиентов со специалистами). Моделирование как социологический метод позволяет формировать комплексное представление об изучаемом предмете. Следовательно, теоретическая модель сопровождаемого проживания должна включать организационный компонент и компонент взаимоотношений.

Организация стационарозамещающих форм жизнеустройства, в том числе технология сопровождаемого проживания, применяется в основном для инвалидов в возрасте старше 18 лет, имеющих интеллектуальные нарушения, тяжелые множественные нарушения развития (включая нарушения интеллекта в сочетании с нарушениями поведения, опорно-двигательных, сенсорных и других функций, расстройство аутистического спектра). Такую группу инвалидов в последнее время принято объединять под единым термином «ментальная инвалидность», в которую могут входить:

- выпускники детских домов-интернатов системы социальной защиты;
- молодые люди с инвалидностью, проживающие в психоневрологических интернатах;
- инвалиды, достигшие 18-летнего возраста, воспитывающиеся в семьях, но испытывающие затруднения в самообслуживании и социальной адаптации.

Инвалиды, составляющие целевую группу, могут иметь различные ограничения жизнедеятельности с различной степенью выраженности, но все они испытывают общие трудности, которые заключаются в неспособности осуществлять межличностное взаимодействие с незнакомыми людьми, вступать в неформальные социальные отношения, так как привыкли жить в замкнутом изолированном сообществе (семья или

стационарное учреждение). Обычно такие инвалиды функционируют по нормам и правилам, принятым только в привычной для них социальной среде, имеют потребительские установки, не способны самостоятельно организовать бытовую жизнь, испытывают значительные затруднения при самообслуживании и соблюдении санитарно-гигиенических норм.

Статья 19 «Самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество» Конвенции ООН о правах инвалидов гласит: «Государства-участники настоящей Конвенции признают равное право всех инвалидов жить в обычных местах проживания, при равных с другими людьми вариантах выбора, и принимают эффективные и надлежащие меры для того, чтобы содействовать полной реализации инвалидами этого права и их полному включению и вовлечению в местное сообщество, в том числе обеспечивая, чтобы:

- a) инвалиды имели возможность выбирать наравне с другими людьми свое место жительства и то, где и с кем проживать, и не были обязаны проживать в каких-то определенных жилищных условиях;
- b) инвалиды имели доступ к разного рода оказываемым на дому, по месту жительства и иным вспомогательным услугам на базе местного сообщества, включая персональную помощь, необходимую для поддержки жизни в местном сообществе и включения в него, а также для недопущения изоляции или сегрегации от местного сообщества;
- c) услуги и объекты коллективного пользования, предназначенные для населения в целом, были в равной степени доступны для инвалидов и отвечали их нуждам» [6].

Следовательно, цели сопровождаемого проживания инвалидов, отвечая международным нормам, должны способствовать исполнению положений Конвенции. То есть любой гражданин, независимо от тяжести ограничения функций организма, от нуждаемости в посторонней помощи имеет право жить в месте и в условиях, аналогичных тем, в которых живет основная часть населения.

Цель сопровождаемого проживания — компенсация (устранение) обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности инвалида и сохранение пребывания в привычной, благоприятной для него среде, выработка навыков, обеспечивающих максимально возможную самостоятельность в реализации основных жизненных потребностей (организация быта, досуга, общения и социальных связей), что способствует адаптации к самостоятельной жизни.

Результатом организации сопровождаемого проживания должно стать самостоятельное проживание (продолжение проживания) инвалида в домашних условиях с предоставлением необходимых ему социальных услуг [13].

Сопровождаемое проживание строится на основе следующих принципов:

- ✓ приоритета уважения человеческого достоинства и прав личности;
- ✓ добровольности;
- ✓ ориентации на нормализацию жизни человека с инвалидностью;
- ✓ комплексного подхода при оказании услуг и командной работы сопровождающих и специалистов;
- ✓ индивидуального подхода (объем предоставляемой помощи должен быть соразмерен реальной потребности в ней);
- ✓ ориентации на развитие самостоятельности инвалида;
- ✓ развития партнёрских взаимоотношений между специалистами и клиентами;
- ✓ проживания малыми группами или индивидуально;

- ✓ межведомственного подхода: специалисты привлекаются по мере необходимости через сетевое взаимодействие организаций, оказывающих реабилитационные и абилитационные услуги.

С учетом индивидуальных особенностей, потребностей и ведущего ограничения жизнедеятельности инвалида может устанавливаться следующая периодичность оказания услуг сопровождаемого проживания:

- ✓ *постоянное сопровождение* — для инвалидов с тяжелыми множественными нарушениями, ежедневно нуждающихся в постоянном присмотре, помощи и уходе, с длительностью предоставления услуг свыше 8 и до 24 часов в сутки. Для данной категории лиц должны быть предусмотрены особые надлежащие санитарно-гигиенические условия и социальные услуги с обеспечением необходимыми техническими приспособлениями для возможности максимальной автономности инвалида и осуществления ухода персоналом;
- ✓ *регулярное сопровождение* — для инвалидов, которые могут частично обслуживать себя, взаимодействовать и ориентироваться в ближайшем окружении, но каждый день нуждаются в регулярной помощи, в частых напоминаниях, иногда в замещающем выполнении определённого вида работ по хозяйству, с длительностью предоставления услуг от 4 до 8 часов в сутки. При такой организации сопровождаемого проживания большинство работ по дому выполняются самим инвалидом (совершение покупок, приготовление пищи, уход за одеждой, уборка комнаты и др.) при дозированной поддержке специалистов. Параллельно идет индивидуальная и групповая работа специалистов с целью выработки (закрепления) стереотипов социального поведения, навыков самообслуживания и самостоятельной жизни. В данном случае от специалистов требуется обеспечение надлежащими санитарно-гигиеническими условиями, предоставление реабилитационных и абилитационных, социальных услуг; создание безбарьерной среды и обеспечение необходимыми техническими приспособлениями;
- ✓ *периодическое сопровождение* — для инвалидов, которые несколько раз в неделю нуждаются в напоминании, содействии или помощи сопровождающих при исполнении действий для решения отдельных задач, организации своей жизни, с длительностью предоставления услуг от 4 до 12 часов в неделю. Как правило, данная категория инвалидов относится к лицам с легкой степенью умственных ограничений. В данном случае возможна со стороны специалистов индивидуальная и групповая работа с целью формирования (закрепления) стереотипов социального поведения, навыков самообслуживания. При такой поддержке получатели услуг устраивают свою жизнь фактически самостоятельно и заботятся о своем быте при дозированной поддержке специалистов. Для каждого человека составляется индивидуальный план на неделю, в соответствии с которым социальный работник или другой специалист посещает клиента на дому и помогает ему контролировать состояние собственного здоровья, решать хозяйственные вопросы, оплачивать счета и др.

Предлагаемая модель требует уточнения для проверки соответствия теории и эмпирических данных. Согласимся с коллегами из Санкт-Петербурга, которые пишут, что «в общем поле методологического пространства социальных наук модель как форма представления научного знания играет роль переходного звена от сугубо теоретического представления материала к относительно свободным прикладным формам» [2, с. 261], что позволяет исследователю показать, как теоретические положения преобразуются в практических рекомендациях. При расхождении прогнозируемого и реального результата можно получить величину ошибочности теоретической модели. Однако стоит отметить, что, если планируемые и полученные результаты расходятся, это, как указывает Б. Мангейм, «вовсе не слабость, а наоборот, достоинство моделирования, ибо допущения и прогнозы модели оказываются достаточно точными, чтобы их можно было проверить, а также узнать, в каком месте была допущена ошибка» [8, с. 17]. Таким образом, применение метода моделирования, основанного на единстве

теории и практики, позволяет получать значительные результаты, которые сложно получить с помощью количественного анализа.

При организации сопровождаемого проживания большинством авторов [4; 5; 9; 10] выделяется 4 основных этапа:

- ✓ подготовительный;
- ✓ учебно-тренировочный;
- ✓ сопровождаемое проживание;
- ✓ самостоятельное проживание при участии социальных служб.

Опыт практического внедрения технологии сопровождаемого проживания говорит о том, что предлагаемую модель нельзя рассматривать как поэтапный процесс поступательного движения от подготовительного этапа к самостоятельному проживанию, так как инвалиды, составляющие эту группу, в основном скорее не способны вести самостоятельный образ жизни. Понятие «самостоятельный» в данном контексте означает «совершаемый собственными силами, без посторонних влияний, без чужой помощи» [14, с. 111]. Когда речь идет о людях, имеющих статус «инвалид», при определении которого основными критериями выступают ограничения к «нормальной» жизнедеятельности, имеющие стойкий, часто и необратимый характер (при установлении инвалидности пожизненно), достижение максимально возможной для конкретного инвалида независимости в бытовой жизни и при поддержке других лиц, уже является хорошим результатом.

В соответствии с методическими рекомендациями, утвержденными Приказом Минтруда от 14.12.2017 № 847, критерием для определения нуждаемости в сопровождаемом проживании инвалидов предлагается использовать степень выраженности ограничений жизнедеятельности с учетом заключения в индивидуальной программе реабилитации и абилитации инвалида, разработанной в соответствии с приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13 июня 2017 г. № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» в качестве критерия для определения нуждаемости в сопровождаемом проживании инвалидов выступает степень выраженности ограничений жизнедеятельности, которая обозначена в индивидуальной программе реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА). Так, инвалиды, у которых при прохождении медико-социальной экспертизы (МСЭ) определена I степень ограничения жизнедеятельности, могут проживать самостоятельно, также для них возможна организация учебного (тренировочного) сопровождаемого проживания или первоначальное регулярное или периодическое сопровождение в форме поддержки и обучения. Инвалиды, имеющие II степень ограничения, не утратили навыков к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, обучению и контролю над своим поведением, но могут нуждаться в регулярном сопровождении. Нуждаются в постоянном сопровождении инвалиды, имеющие III степень одного из видов ограничений или II степень одного ограничения и III степень по остальным видам ограничений.

Данный подход требует уточнения, так как является формальным и не учитывает постоянно изменяющихся обстоятельств:

- промежутка времени от определения инвалидности до момента необходимости самостоятельного проживания и потребности инвалида участвовать в программе сопровождаемого проживания;
- условий реальной окружающей среды инвалида, социального контекста, его индивидуальной способности аккумулировать жизненный опыт, из чего следует, что инвалиды с одинаковой степенью ограничений могут быть по-разному подготовлены к самостоятельному проживанию.

Для более полного описания актуальной ситуации и определения нуждемости в сопровождаемом проживании целесообразно использовать Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [11]. МКФ, одобренная Всемирной организацией здравоохранения в 2001 г., на сегодняшний день является международным стандартом для описания состояния инвалида и определения целевых показателей реабилитации/абилитации. МКФ обеспечивает единство методических подходов к реабилитации и сопоставимость материалов на международном уровне. Выступая теоретическим основанием реабилитационного процесса, МКФ даёт описание ситуаций, исходя из возможностей функционирования человека и его ограничений, и служит каркасом для систематизации этой информации. Данный документ позволяет наиболее полно оценить и описать актуальное состояние инвалида, так как охватывает все сферы жизни человека (от базисных навыков обучения, использования зрения до более сложных сфер, таких как межличностные взаимодействия или трудовая занятость). Результаты, полученные в ходе обследования, не только уточняют на текущий момент времени возможности к той или иной деятельности в рамках установленного МСЭ ограничения жизнедеятельности, но и являются основанием для разработки индивидуальной (межведомственной) программы сопровождаемого проживания, включающей в себя все направления реабилитации, социальное обслуживание и меры социальной поддержки. МКФ состоит из доменов и контекстных факторов.

Домены «активность и участие» даны в одном перечне, охватывающем все сферы жизни (от базисных навыков обучения до трудовой занятости). Составляющая в данном случае используется для обозначения активности и участия совместно (для простоты применения не рекомендуется разграничивать «активность» и «участие»). Домены этой составляющей квалифицируются двумя определителями: реализация и потенциальная способность для выявления актуальных способностей к той или иной деятельности, в данном случае предлагаем использовать определитель «реализация» и описание контекстных факторов. Определитель реализация устанавливает, что делает индивид в условиях реально окружающей его среды. Так как реальная окружающая среда включает социальный контекст, реализация может пониматься как «вовлечение в жизненную ситуацию» или «жизненный опыт» человека в актуальных условиях, в которых он живет. Эти условия включают окружающие факторы: все аспекты физической, социальной среды, мира отношений и установок [Там же].

Контекстные факторы представляют полную обстановку, в которой живет и существует индивид. Они включают факторы окружающей среды и личностные факторы, которые могут влиять на индивида. Например, инвалид может самостоятельно передвигаться на кресле-коляске при создании условий физической доступности помещений (фактор окружающей среды) или имеет высокую мотивированность на самостоятельное проживание (личностный фактор).

Как указывается в МКФ, у двух индивидов с одинаковыми заболеваниями могут быть различные уровни функционирования, и два индивида с равным уровнем функционирования не обязательно имеют одинаковое изменение здоровья. Таким образом, МКФ ориентирует специалиста определять не только количественные показатели, но и использовать качественные параметры. Как подчеркивает Н.В. Исакова, «в случае сложных динамических систем количественный анализ дает фрагментарное представление о системе, потому допускающее большую степень искажения ее системных свойств... Анализ качественных характеристик объекта и есть формирование адекватного представления о нем» [3, с. 20].

Несмотря на то что в МКФ указано, что методики определения количественных значений нуждаются в разработке, тем не менее МКФ дает общий подход к оценке реализации (уровня функционирования), предлагая единую шкалу измерений. При определении уровня функционирования в пределах домена способности инвалида выполнять задачи и действия могут использоваться как с учетом вспомогательных средств и посторонней помощи, так и без них. В разделе «контекстные факторы»

рекомендуется указывать, выполнено ли действие с помощью помощника или вспомогательного средства.

Единая шкала измерений:

- 0 — НЕТ проблем (отсутствуют, ничтожные);
- 1 — ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые);
- 2 — УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые);
- 3 — ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные);
- 4 — АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные).

Рассмотрим, как можно на практике применить предлагаемую модель:

1 шаг: определение уровня функционирования инвалида

ОЖД	Домены		Определители (уровень функционирования в пределах домена)	Реализация
<i>Приказ Минтруда РФ от 17.12.2015 г. N 1024н</i>	<i>Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья</i>			
1	2	3	4	
способность к обучению	d1	Обучение и применение знаний	d110–d129 – целенаправленное использование органов чувств	2
			d130–d159 – базисные навыки при обучении	2
			d160–d179 – применение знаний	2
			d220 – выполнение многоплановых задач	2
			d230 – выполнение повседневного распорядка	1
способность к самообслуживанию	d6	Бытовая жизнь	d620 – приобретение товаров и услуг	4
			d6200 – осуществление покупок	
<i>Контекстовые факторы</i>	<i>Факторы окружающей среды:</i>			
	<i>Личностные факторы: мотивирован к самостоятельному ведению бытовой жизни</i>			

В домене «Бытовая жизнь», приобретение предметов первой необходимости (d610–d629), при определении уровня функционирования в разделе «Реализация» стоит «4», означающая абсолютные проблемы (полная неспособность индивида к решению данной задачи), что будет являться основанием для определения услуги социального обслуживания (приобретение товаров, оплата ЖКХ и т.д.), однако если при определении потенциальных способностей к выполнению данного вида деятельности, при условии, когда в других доменах (d1 — обучение и применение знаний; d2 — общие задачи и требования) нет абсолютных проблем, назначаются и услуги социальной реабилитации и абилитации, направленные на формирование или восстановление способностей индивида к ведению простых экономических отношений. Такие ситуации типичны, когда инвалид проживал в домашних условиях, и данный вид деятельности осуществляли родители или близкие родственники, потребности в самостоятельном осуществлении простых экономических действий у него не было. В данном случае модель оказания услуг в рамках технологии сопровождаемого проживания будет выглядеть следующим образом:

2 шаг: план оказания услуг в рамках технологии сопровождаемого проживания

Ответственный исполнитель	Составляющая МКФ «Активность и участие» (d)		Наименование услуг	
	Домен составляющей «Активность и участие» с кодом	Комментарий ВОЗ	Стандарт реабилитационных и абилитационных услуг	Стандарт социальных услуг
1	2	3	4	5
Раздел 1. ОБУЧЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ				
БАЗИСНЫЕ НАВЫКИ ПРИ ОБУЧЕНИИ (d130–d159)				
Министерство общего и профессионального образования	d135 Повторение	Повторение в определенной последовательности как основной компонент обучения, например, счет десятками или декламация стихотворных произведений.	Обучение письму, чтению, развитию речи, математике в соответствии с программами специальных (коррекционных) образовательных учреждений VIII вида	
	d140 Усвоение навыков чтения	Развитие навыков беглого и правильного чтения на языке письма.		
	d145 Усвоение навыков письма	Развитие навыков воспроизведения символов, которые используются для отражения звуков речи, слов или фраз, с целью передачи их значений.		
	d150 Усвоение навыков счета	Развитие навыков манипуляции числами, выполнения простых и комплексных математических действий.		
	d155 Приобретение практических навыков	Развитие базисных и комплексных навыков, необходимых для выполнения серии действий или задач, с тем чтобы самостоятельно делать выбор и развивать определенные навыки.		

ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ (d160–d179)				
<p>Министерство социальной политики</p> <p>Министерство общего и профессионального образования</p>	<p>d160 Концентрация внимания</p>	<p>Целенаправленное фокусирование внимания на специфичных стимулах, например, сосредоточение в шумной обстановке.</p>	<p>Консультирование, в том числе с использованием современных средств связи и коммуникации, по вопросам социально-психологической реабилитации</p>	
	<p>d163 Мышление</p>	<p>Формулирование и использование, самостоятельно или вместе с другими, идей, концепций и образов, целенаправленно или нецеленаправленно, например, создание художественного образа, доказательство теоремы, оперирование идеями, мозговой штурм, медитация, раздумье, спекулятивное или рефлексивное мышление.</p>	<p>Психологическая диагностика</p> <p>Психологическая коррекция</p> <p>Социально-психологический тренинг</p> <p>Педагогическая коррекция</p>	
	<p>d166 Чтение</p>	<p>Восприятие и интерпретация письменного материала с целью получения общих знаний или специальной информации.</p>		
	<p>d170 Письмо</p>	<p>Использование или воспроизведение языковых символов для передачи информации, например, описание событий или составление письма.</p>		

	d172 Вычисление	Произведение вычислений с применением математических принципов для решения проблем, которые сформулированы в словах, и запись или отражение результатов, например, вычисление суммы из трех слагаемых или получение результата деления одного числа на другое.		
РАЗДЕЛ 2. ОБЩИЕ ЗАДАЧИ И ТРЕБОВАНИЯ				
Министерство социальной политики	d230 Выполнение повседневного распорядка	Выполнение простых, сложных и координированных действий для планирования, организации и исполнения повседневных дел или обязанностей, например, распределение времени и планирование отдельных задач в течение дня.	Адаптационное обучение организации и самостоятельного ведения бытовой жизни/ бытовой деятельности, в том числе в форме сопровождаемого проживания	
РАЗДЕЛ 6. БЫТОВАЯ ЖИЗНЬ				
ПРИОБРЕТЕНИЕ ПРЕДМЕТОВ ПЕРВОЙ НЕОБХОДИМОСТИ (d610–d629)				
Министерство социальной политики	d620 Приобретение товаров и услуг	Выбор, обеспечение любыми товарами и услугами ежедневного потребления и транспортировка их, например, выбор, обеспечение, транспортировка и хранение продовольствия, напитков, одежды, чистящих средств, топлива, хозяйственных товаров, посуды,	Адаптационное обучение организации и самостоятельного ведения бытовой жизни/ бытовой деятельности, в том числе в форме сопровождаемого проживания	1.18. содействие в организации предоставления услуг предприятиями торговли, коммунально-бытового обслуживания, связи и другими предприятиями, оказывающими услуги населению.

		кухонного оборудования, бытовых приборов и инструментов; обеспечение себя услугами коммунальных и других служб быта.	
	d6200 Осуществление покупок	Приобретение в обмен на деньги товаров и услуг повседневного потребления, например, выбор продуктов, напитков, чистящих средств, домашнего имущества или одежды в магазине или на рынке, сравнение качества и цен требуемых товаров, торг, оплата выбранных товаров или услуг, транспортировка товаров.	1.11. покупка за счет средств получателя услуг и доставка на дом продуктов питания, промышленных товаров первой необходимости, средств санитарии и гигиены, средств ухода, книг, газет, журналов.

Соотношение объемов услуг социальной реабилитации и абилитации и социального обслуживания будет меняться в зависимости от этапа, например, на этапе сопровождаемого проживания реабилитационные и абилитационные услуги должны оказываться в минимальном объеме, а услуги социального обслуживания могут оказываться на постоянной основе, особенно те, которые носят замещающий характер, то есть те виды деятельности (домашней работы), которые не сможет выполнить инвалид в силу ОЖД.

Второй этап — учебное (тренировочное) сопровождаемое проживание, целью которого является обучение инвалидов навыкам самостоятельной жизнедеятельности посредством освоения необходимых социальных компетенций, их коррекция, развитие возможностей к самостоятельному удовлетворению основных жизненных потребностей, адаптации к самостоятельной жизни.

Данный этап условно можно разделить на 2 основных направления:

- обеспечение условий предоставления социальных, реабилитационных (абилитационных) услуг в форме сопровождаемого проживания (доступная интуитивно-понятная среда, кадры, материально-техническое оснащение и т.д.);
- реабилитация (абилитация) инвалидов и социальное обслуживание.

При размещении людей, передвигающихся в инвалидных колясках, должны быть учтены следующие потребности: наличие пандусов и лифта, переходы без порогов, ширина дверных проемов, увеличение размера помещения и соответствующее оборудование для жилых и общих комнат, туалетов, ванных комнат и душевых. Обучение (тренировка) строится, исходя из необходимости в формировании и (или)

восстановлении того или иного навыка у инвалида. На данном этапе возможно использование соответствующих программ коррекционной школы по социально-бытовой ориентировке (СБО). Цели команды специалистов на данном этапе заключаются в установлении контакта с группой/клиентом, создании ситуации успеха в группе (мероприятия должны выстраиваться поэтапно с плавно усложняющимися задачами с учетом актуального развития каждого инвалида), обеспечении положительной динамики развития социально-бытовых и коммуникативных навыков клиента. Итоговые занятия (закрепление навыка) рекомендуется проводить в форме организации к подготовке к празднику или другой значимой для группы даты.

Третий этап — сопровождаемое проживание инвалидов, целью которого является оказание необходимой помощи в развитии и поддержке максимально возможной самостоятельности инвалидов в организации их повседневной жизни, в обеспечении условий, направленных на создание им возможностей участия в жизни общества.

Подводя итог, следует обратить внимание, что рассматриваемая модель сопровождаемого проживания с позиции положений МКФ позволяет максимально использовать собственный реабилитационный потенциал инвалида, точно определить объем необходимой помощи для каждого члена группы индивидуально.

Литература

1. Брайс К. Как я... покину отчий дом? // Аутизм и нарушения развития. – 2017. – Т. 15, № 3. – С. 54–57.
2. Быстрянец С.Б. Модели в социологии // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – Серия Социология. – 2009. – № 118. – С. 260–267.
3. Исакова Н.В. Моделирующие возможности гуманитарного знания: культурно-антропологическая модель жизнедеятельности человека // Фундаментальные проблемы культурологи: в 4-х т. / под ред. Д.Л. Спивак. – СПб.: Алетейя, 2008. – Т. 2: Историческая культурология. – С. 17–31.
4. Кац Л.И., Сторожук О.Г., Кац Ю.М. Формы сопровождаемого проживания во Владимирской области: юридические аспекты и опыт работы ВООО АРДИ «СВЕТ» по внедрению и развитию сопровождаемого проживания. – Владимир: Транзит-ИКС, 2015. – 204 с.
5. Ключко Е.Ю. Жизнь без барьеров: о перспективах и изменениях в положении детей с инвалидностью и инвалидов с детства // Психологическая наука и образование. – 2016. – Т. 21, № 1. – С. 94–107.
6. Конвенция о правах инвалидов. Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года [Электронный ресурс]. – URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения: 20.02.2019).
7. Концепция сопровождаемого проживания людей с инвалидностью. – Минск: АртИдея, 2013. – 36 с.
8. Мангейм Дж.Б., Рич Р.К. Политология. Методы исследования / пер. с англ. – М.: Весь Мир, 1997. – 544 с.
9. Маркевич А.Н. Актуальные вопросы и формы устройства взрослой жизни людей с ментальными нарушениями, в частности с расстройствами аутистического спектра // Сибирский вестник специального образования. – 2016. – № 1-2 (16-17). – С. 92–97.
10. Матюхина М.С. Проблема создания жилья для молодых людей с инвалидностью // Современная наука: актуальные проблемы и пути их решения. – 2017. – № 1(32). – С. 52–57.
11. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) с изменениями и дополнениями по состоянию на 2016 год. – СПб., 2017. – 223 с.

12. Носков М.А. Квартира социального проживания для инвалидов с ментальными нарушениями здоровья // Вестник ТОГИРРО. – 2016. – № 1 (33). – С. 417–420.
13. Об утверждении методических рекомендаций по организации различных технологий сопровождаемого проживания инвалидов, в том числе такой технологии, как сопровождаемое совместное проживание малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях. Приказ Минтруда России от 14 декабря 2017 г. № 847.
14. Ожегов С.И. Толковый словарь русского языка. 100 000 слов, терминов и фразеологических выражений / под общ. ред. Л.И. Скворцова. – 28-е изд., перераб. – М.: Мир и Образование, 2018. – 1376 с.
15. Романычев И.С. Модель сопровождаемого проживания инвалидов как альтернатива стационарному проживанию // Наука и инновации в XXI веке: актуальные вопросы, открытия и достижения. Сборник статей IV международной научно-практической конференции: в 3 ч. – Пенза, 2017. – Ч. 2. – С. 279–286.
16. Трифоненкова З.К. Социальные квартиры в системе социализации молодых инвалидов // Социальное обслуживание семей и детей. – 2015. – № 6. – С. 178–185.
17. Фуряева Т.В., Фуряев Е.А. Сопровождаемое жизнеустройство как механизм преодоления социальной эксклюзии молодых людей с расстройствами аутистического спектра // Научно-педагогическое обозрение. – 2017. – № 4 (18). – С. 66–74.
18. Царев А.М. Организация сопровождения жизни взрослых людей с тяжелыми и множественными нарушениями. Проблемы и пути их решения // Дефектология. – 2015. – № 4. – С. 31–39.
19. Allen C.I., Gillespie C.R., Hall J.N. A comparison of practices, attitudes and interactions in two established units for people with a psychiatric disability // Psychological Medicine. – 1989. – Vol. 19, № 2. – P. 459–467.
20. Elven B.H. Herausforderndes Verhalten vermeiden. Tübingen: Dgvt-Verlag, 2015. – 288 s.
21. Fitz D., Evenson R.C. Recommending client residence: a comparison of the St. Louis Inventory of Community Living Skills and global assessment // Psychiatric Rehabilitation Journal. – 1999. – Vol. 23, № 2. – P. 107–112.
22. Keck J. Responding to consumer housing preferences: the Toledo experience // Psychosocial Rehabilitation Journal. – 1990. – Vol. 13, № 4. – P. 51–58.
23. Preißmann Ch. Glück und Lebenszufriedenheit für Menschen mit Autismus. – Stuttgart: Kohlhammer, 2015. – 184 s.
24. Riedel A., Clausen J.-J. Basiswissen: Autismus-Spektrum-Störungen bei Erwachsenen. – Köln: Psychiatrie Verlag, 2016. – 151 s.
25. Robson C.E. Assessment of dependency level and community placement for the long-term mentally ill // Psychiatric Bulletin. – 1995. – Vol. 19, № 8. – P. 467–469.
26. Simpson C.J., Hyde C.E., Farragher E.B. The chronically mentally ill in community facilities: a study of quality of life // The British Journal of Psychiatry. – 1989. – Vol. 154, № 1. – P. 77–82.
27. The mental health residential care study: classification of facilities and descriptions of residents / P. Lelliott, B. Audini, M. Knapp [et al.] // The British Journal of Psychiatry. – 1996. – Vol. 169, № 2. – P. 139–147.

The model of accompanied residence under International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

*Shestakova E.V.*¹

E-mail: shestakova.evas@yandex.ru

*Rogacheva T.V.*¹

E-mail: TVRog@yandex.ru

¹ *The State Autonomous Institution of Sverdlovsk Region
"Regional Center for Rehabilitation of Disabled People"
173a Belinsky str., Ekaterinburg, 620089, Russia
Phone: +7 (343) 270-88-19*

Abstract

The paper proposes a theoretical model of accompanied residence as a rehabilitation process. The model takes into account both the specifics of the process and the peculiarities of interaction in cohabitation of disabled people with each other and with specialists. The article analyzes the foreign experience of the organization of accompanied residence, which proved the prospects of this rehabilitation measure, lists various options for helping people whose mental status limits the possibility of independent living. In accordance with the regulatory legal framework of the Russian Federation, accompanied residence in Russia as a rehabilitation measure only becomes and is defined as a technology of social services, providing the possibility of providing social services to disabled people, as well as rehabilitation and habilitation services, educational services and activities for the social support of disabled people in order to compensate (eliminate) the circumstances that worsen or may worsen the living conditions and preservation (eliminate) the circumstances that worsen or may worsen the living conditions and preservation of stay in a familiar, favorable environment, the development of skills, ensuring the maximum possible independence in the implementation of basic life needs (organization of life, leisure, communication and social relations), and, as a result, adaptation to independent life.

The article describes the technological features of accompanied residence, including the age of the disabled, the specifics of their disability, which is United by the concept of "mental disorders", the criteria for determining the need for accompanied residence, the principles of this technology. The purpose of accompanied residence as compensation or elimination of circumstances that worsen the living conditions of the disabled, the expected results as the possibility of living with mental disabilities at home.

The proposed model of accompanied residence is proposed to correlate with the provisions of The international classification of functioning, disability and health (ICF) and test it in practice. ICF acts as the theoretical basis of the rehabilitation process and describes the situation of a disabled person, based on the possibilities of human functioning (functions and structure of the body), its activity (personal activity, and various spheres of life), participation (involvement in social life) and environmental factors surrounding this person (context factors). Defining, following the majority of researchers, the 4 stages of assisted living, the authors emphasize that in practice it is impossible to consider accompanied residence as a step-by-step process, pointing to the substantive components of the concept of "independence" in relation to persons with mental disabilities as the maximum possible actions on their own in everyday life.

The practical application of the proposed model of accompanied residence, which demonstrates how the theoretical provisions of the ICF, domains and their determinants, contextual factors and the main limitations of the life of a disabled person combined with those services that are offered in the Standards of rehabilitation and social services. The main executor of rehabilitation measures is also indicated. The authors in the proposed example indicate that the ratio of the volume of social rehabilitation services and social services will vary depending on the stage, for example, at the stage of assisted living, rehabilitation and habilitation services should be provided in a minimum amount, and social services can be provided on a permanent basis, especially those that are of a replacement nature, that is, those activities (homework) that can not be performed by a disabled person due to his limitations.

The authors conclude that the considered model of accompanied residence from the position of the ICF provisions allows to make maximum use of the disabled person's own rehabilitation

potential, to accurately determine the amount of necessary assistance for each group member individually.

Key words: rehabilitation process; accompanied accommodation; International Classification of Functioning; Disability and Health (ICF); disability; mental disorders.

For citation

Shestakova E.V., Rogacheva T.V. The model of accompanied residence under International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Med. psihol. Ross.*, 2019, vol. 11, no. 3, p. 6. doi: 10.24412/2219-8245-2019-3-6 [in Russian, abstract in English].