**КУРСОВАЯ РАБОТА**

**по курсу «Социология»**

**по теме: «Социальная реабилитация военнослужащих-инвалидов»**

**Оглавление**

Введение

Глава 1. Теоретические проблемы социальной реабилитации военнослужащих-инвалидов

Глава 2.Методические аспекты социальной реабилитации военнослужащих-инвалидов

Глава 3. Меры и рекомендации социальной защиты и социальной поддержки военнослужащих-инвалидов в Российской Федерации

Приложения

**ВВЕДЕНИЕ**

Особенностью последнего времени в Российской Федерации стал рост численности инвалидов. За период с 1995 года по 2004 год численность инвалидов увеличилась почти в два раза - с 6,3 млн. человек до 11,4 млн. человек. Ежегодно признаются инвалидами около 3,5 млн. человек, в том числе более 1 млн. человек - впервые.

Следует отметить, что масштаб инвалидности зависит от множества факторов, как-то: общее состояние здоровья нации, качество развития системы здравоохранения, социально-экономическое развитие, состояние экологической среды, исторические и политические причины, в частности, участие в войнах и военных конфликтах.

Значительное увеличение численности инвалидов в России во многом обусловлено высоким уровнем заболеваемости и травматизма населения, недостаточным качеством медицинской помощи и услуг, оказываемых лечебно-профилактическими учреждениями и учреждениями медико-социальной экспертизы, а также другими причинами.

Основную долю в общей численности инвалидов составляют инвалиды II группы - 64 процента. Вместе с инвалидами I группы этот показатель составляет около 80 процентов.

Увеличивается число инвалидов трудоспособного возраста и детей-инвалидов. Число последних возросло с 453,7 тыс. человек в 1995 году до 613 тыс. человек в 2004 году.

Сегодня приоритетными направлениями государственной политики в отношении инвалидов являются: усиление реабилитационной направленности, структурную перестройку и реорганизацию служб экспертизы и реабилитации инвалидов, развитие системы реабилитационной индустрии и формирование отечественного рынка технических средств реабилитации и реабилитационных услуг, оказываемых инвалидам.

Свыше 120 тыс. человек стали инвалидами вследствие боевых действий и военной травмы. У такой категории инвалидов в настоящее время лишь в 3-5 процентах случаев удается восстановить трудоспособность и устранить ограничения жизнедеятельности

Для создания в стране полноценной системы комплексной реабилитации военнослужащих-инвалидов и интеграции их в общество необходимы выполнение объемных инвестиционных и научно-технических проектов и координация усилий органов государственной власти различных уровней и негосударственных организаций. Это возможно только при использовании программно-целевого метода.

С принятием в 2000 году федеральной целевой программы "Социальная поддержка инвалидов на 2000-2005 годы" государством был взят курс на использование программно-целевого метода помощи инвалидам.

# В настоящее время действует подпрограмма "Социальная поддержка и реабилитация инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы" в рамках Федеральной целевой программы "Социальная поддержка инвалидов на 2006 – 2010 годы".

# Актуальность исследуемой проблемы определяется наличием в социальной структуре общества значительного количества военнослужащих, имеющих признаки ограничения жизнедеятельности. Исследование процесса социальной реабилитации военнослужащих-инвалидов представляется одним из средств решения актуальных в современных условиях общественно значимых военно-социальных задач.

**Объектом** **исследования** – социальной реабилитации военнослужащих-инвалидов.

**Предмет исследования** составляют военнослужащие с ограниченными возможностями – инвалиды.

**Цель исследования –** всесторонний анализ процесса социальной реабилитации военнослужащих-инвалидов.

Достижение указанных целей обусловило постановку и последующее решение следующих **исследовательских задач**:

1. Раскрыть сущность и содержание социальной реабилитации, порядок, условия и причины получения военнослужащими инвалидности в Российской Федерации.

# Проанализировать методическую базу **реабилитации Федерального научно-практического центра медико-социальной экспертизы и** реабилитации **инвалидов, а также современные научные исследования** в области реабилитации.

# Рассмотреть меры социальной поддержки и социальной защиты военнослужащих-инвалидов и выработать рекомендации по их совершенствованию.

# Дипломное исследование состоит из введения, двух глав, заключения и приложений.

**1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ-ИНВАЛИДОВ**

Исторически понятия «инвалидность» и «инвалид» в России связывались с понятиями «нетрудоспособность» и «больной». И нередко методические подходы к анализу инвалидности заимствовались из здравоохранения, по аналогии с анализом заболеваемости. Представления о происхождении инвалидности укладывались в традиционные схемы «здоровье — заболеваемость» (хотя, если быть точным, заболеваемость — показатель нездоровья) и «больной — инвалид».

Последствия таких подходов создавали иллюзию мнимого благополучия, так как относительные показатели инвалидности на фоне естественного прироста населения улучшались, из-за чего реальные стимулы к поиску истинных причин роста абсолютного числа инвалидов отсутствовали. Лишь после 1992 года в России произошел перекрест линий рождаемости и смертности, и явления депопуляции нации приобрели отчетливый характер, сопровождаясь устойчивым ухудшением показателей инвалидности, возникли серьезные сомнения в правильности методологии статистического анализа инвалидности.

Специалисты долгое время рассматривали понятие «инвалидность», отталкиваясь преимущественно от биологических предпосылок, расценивая ее возникновение в основном как следствие неблагоприятного исхода лечения. В связи с этим социальная сторона проблемы была сужена до нетрудоспособности, как основном показателе инвалидности. Поэтому основной задачей врачебно-трудовых экспертных комиссий было определение того, какую профессиональную деятельность освидетельствуемый не может выполнять, а что может — определялось на основе субъективных, преимущественно биологических, а не социально-биологических критериев. Понятие «инвалид» сужалось до понятия «неизлечимо больной».

Таким образом, социальная роль человека в действующем правовом поле и конкретных экономических условиях отступала на второй план, и понятие «инвалид» не рассматривалось с точки зрения многопрофильной реабилитации, использующей социальные, экономические, психологические, образовательные и другие необходимые технологии.

С начала 90-х годов традиционные принципы государственной политики, направленной на решение проблем инвалидности и инвалидов в связи со сложной социально-экономической ситуацией в стране утратили свою эффективность. Надо было создавать новые, приводить их в соответствие с нормами международного права.

Принятый 24 ноября 1995 года Федеральный закон № 181 "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации", позволил определить государственную политику в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации с учетом обеспечения инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации своих конституционных прав и свобод, норм международного права и международных договоров.

Закон закрепил новую концепцию инвалидности в России и такие понятия как «инвалид», «ограничение жизнедеятельности», «медико-социальная экспертиза», «реабилитация инвалидов». Согласно нему **инвалид** - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Под **ограничением жизнедеятельности** понимается полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

**Социальная защита**, в свою очередь, рассматривается как система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

На сегодняшний день решение проблемы инвалидности лежит не в узковедомственной, а общенациональной плоскости и во многом определяет лицо социальной политики государства.

Настоящая работа посвящена военнослужащим с ограниченными возможностями – особой группе инвалидов и их социальной реабилитации.

Инвалидность как острая социальная проблема бывших военнослужащих в условиях ограниченной свободы выбора, включает в себя несколько основных аспектов: правовой; социально-средовой; психологический; общественно-идеологический; производственно-экономический и анатомо-функциональный. Раскроим вкратце каждый из них.

Правовой аспект предполагает обеспечение прав и свобод военнослужащих-инвалидов. Совершенствование старых и создание новых, более эффективных правовых механизмов социальной защиты военнослужащих с ограниченными возможностями.

Социально-средовой включает в себя вопросы, связанные с микросоциальной средой (семья, жилище, сослуживцы, служебный кабинет и так далее) и макросоциальным окружением (градообразующая и информационная среды, социальные группы, рынок труда и так далее).

Психологический аспект отражает как личностно-психологическую ориентацию самого военнослужащего-инвалида, так и эмоционально-психологическое восприятие проблемы инвалидности обществом. Психологические проблемы возникают при изолированности военнослужащих с ограниченными возможностями от внешнего мира, как вследствие имеющихся недугов, так и в результате неприспособленности окружающей среды для инвалидов, при разрыве привычного общения и служебной деятельности, при наступлении одиночества и так далее. Все это ведет к возникновению эмоционально-волевых расстройств, развитию депрессии, изменениям поведения.

Общественно-идеологический аспект определяет содержание практической деятельности государственных институтов и формирования государственной политики в отношении инвалидов и инвалидности. В этом смысле необходимо отказаться от господствующего взгляда на инвалидность, как показателя здоровья населения, а воспринимать его как показатель эффективности социальной политики, и осознавать, что решение проблемы инвалидности — во взаимодействии инвалида и общества.

Анатомо-функциональный аспект инвалидности предполагает формирование такой социальной среды (в физическом и психологическом смыслах), которая выполняла бы реабилитационную функцию и способствовала развитию реабилитационного потенциала у военнослужащего-инвалида. Таким образом, с учетом современного понимания инвалидности предметом внимания государства при решении этой проблемы должны быть не нарушения в организме человека, а восстановление его социально-ролевой функции в условиях ограниченной свободы.

Анализ существующего теоретического и практического опыта реабилитации позволяет выделить **три основные группы** военнослужащих – инвалидов:

* инвалиды боевых действий;
* военнослужащие-инвалиды вследствие заболеваний, полученных в период прохождения службы;
* военнослужащие-инвалиды вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС.

В результате боевых действий на территории Чеченской республики значительно возросло количество инвалидов вследствие боевых ранений, контузий, травм.

Инвалид боевых действий – лицо, имеющее нарушение здоровья, обусловленное последствиями получения боевой физической или психической травмы, субъективно переживаемое как ограничение собственных возможностей, как правило, сопровождающееся стойкими расстройствами функций организма и ограничениями жизнедеятельности.[[1]](#footnote-1)

Основной акцент при решении проблем военнослужащих- инвалидов смещается в сторону реабилитации, опирающейся, прежде всего, на социальные механизмы компенсации и адаптации.

**Реабилитация инвалидов** - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Реабилитация инвалидов направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество[[2]](#footnote-2).

Таким образом, смысл реабилитации заключается в комплексном многопрофильном подходе к восстановлению способностей военнослужащего-инвалида к бытовой, общественной и профессиональной деятельности на уровне, соответствующем его физическому, психологическому и социальному потенциалу с учетом особенностей микро- и макросоциального окружения.

Конечной целью комплексной многопрофильной реабилитации, как процесса и системы, является предоставление военнослужащему с анатомическими дефектами, функциональными нарушениями, социальными отклонениями возможности относительно независимой жизнедеятельности. С этой точки зрения реабилитация предотвращает нарушение связей военнослужащего с окружающим миром и выполняет профилактическую функцию по отношению к инвалидности.

Основные **направления реабилитации инвалидов** включают в себя:

* восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;
* профессиональную ориентацию, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственную адаптацию;
* социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию;
* физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт (см. приложение №1).

Реализация основных направлений реабилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации, создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам инженерной, транспортной, социальной инфраструктур и пользования средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации инвалидов[[3]](#footnote-3).

Большинством специалистов, принимающих участие в осуществлении реабилитационных мероприятий, выделяются следующие основные виды реабилитации инвалидов:

Прежде всего, это медицинская реабилитация — вид реабилитации, направленный на восстановление нарушенных функций или на проведение различных лечебных и корректирующих мероприятий, приспосабливающих инвалида к жизни и общественно полезной деятельности. К мероприятиям медицинской реабилитации относятся: медикаментозное и оперативное лечение, физиотерапия, лечебная физкультура, грязелечение и бальнеолечение, общеукрепляющее и специальное санитарно-курортное лечение, протезирование.

Большое значение уделяется психологической реабилитация — виду реабилитации, направленному на выработку активной жизненной позиции и положительной трудовой установки у инвалида в основном за счет средств психотерапии.

Комплекс мероприятий по профессиональной подготовке и переподготовке, профессиональной ориентации, подбору соответствующей профессии, обеспечению условий труда, отвечающих состоянию здоровья, приспособлению рабочего места к имеющемуся дефекту относится к следующему виду реабилитации – профессиональному.

Под социальной реабилитацией инвалидов следует понимать систему и процесс восстановления способностей к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности.

По мнению А. Г. Караяни социальная реабилитация инвалидов, как целостный реабилитационный комплекс, включает собственно социальную, социально-психологическую, социально-медицинскую, социально-педагогическую и социально-профессиональную реабилитацию (см. приложение №2).

Опираясь на вышеизложенное целесообразно выделить **понятие социальной реабилитации военнослужащих-инвалидов, -** этосистема мероприятий, направленная на:

* восстановление их социального статуса в обществе;
* максимально быстрое преодоление социально-психологических барьеров между инвалидом и обществом;
* создание условий социальной защищенности инвалидов;
* улучшение качества их жизни и достижение материальной независимости;

**Главной целью** социальной реабилитации военнослужащих-инвалидов является максимально возможная социальная интеграция инвалидов в общество.

**Субъектами** социальной реабилитации военнослужащих-инвалидов являются: государство, министерство обороны в лице органов воспитательной работы и военно-медицинских учреждений, органы местного самоуправления, специализированные реабилитационные центры, медицинские и лечебно-оздоровительные учреждения, фонды, общественные организации, работодатели, специалисты в области социальной реабилитации.

Комплекс медицинских, социальных, педагогических, военно-профессиональных и социально-психологических мероприятий, лежащих в основе социальной реабилитации военнослужащих-инвалидов позволяет выделить ряд **основных принципов**, на которых строится собственно социальная реабилитация военнослужащих-инвалидов. К ним относятся следующие:

* принцип комплексности, состоит в совместном участии в процессе социальной реабилитации непосредственно самого военнослужащего-инвалида и специалистов разных направлений: врача, специалиста по социальной работе, психолога, а также членов семьи и друзей. Следует отметить, что необходима хорошая подготовка всех участвующих в процессе специалистов;
* принцип доступности, выражается в наличии возможности получения каждым военнослужащим-инвалидом необходимых видов социальной реабилитации;
* принцип адресности, предполагает предоставление помощи нуждающимся военнослужащим-инвалидам с учетом их индивидуальных потребностей;
* принцип партнерства, содержание индивидуальной программы реабилитации должно быть ориентировано на привлечение больного к активному соучастию в лечебно-восстановительном и социально-адаптационном процессе;
* принцип индивидуализации программы реабилитации, заключается в назначение методов, средств реабилитации в зависимости от пола, возраста, личностных особенностей, общего состояния и так далее;
* принцип социальной и профессиональной направленности**,** ориентирован на возвращение военнослужащего-инвалида к социально значимому труду, то есть восстановление профессиональной работоспособности;
* принцип общественной направленности, коллективности, предполагает наиболее эффективное восстановление военнослужащего-инвалида в группе, коллективе.

Признание военнослужащего инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы исходя из комплексной оценки состояния его здоровья и степени ограничения жизнедеятельности в соответствии с классификациями и критериями, утверждаемыми Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

**Медико-социальная экспертиза** - определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая [реабилитацию](file:///E:\Флешка\1111111111111\Рефераты,%20курсовые,%20дипломные%20работы\социальная%20реабилитация%20военнослужащих-инвалидов\ГЛАВА%201.doc#sub_901), на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма[[4]](#footnote-4).

К основным направлениям работы учреждений медико-социальной экспертизы относятся:

* установление причин, сроков и времени наступления инвалидности, а также потребности инвалида в различных видах социальной защиты;
* разработка индивидуальных реабилитационных программ для [инвалидов](file:///E:\Флешка\1111111111111\Рефераты,%20курсовые,%20дипломные%20работы\социальная%20реабилитация%20военнослужащих-инвалидов\ГЛАВА%201.doc#sub_901);
* анализ и изучение уровня инвалидности населения;
* разработка комплексных программ профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов;
* участие в разработке программ социальной защиты инвалидов;
* определение степени утраты профессиональной трудоспособности;
* определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление мер социальной поддержки семье умершего.

Сложным ли является процессоформления военнослужащими инвалидности? Рассмотрим **условия и порядок получения инвалидности** военнослужащими.

Медико-социальная экспертиза военнослужащего производится в учреждении по месту его жительства либо по месту прикрепления к государственному или муниципальному лечебно-профилактическому учреждению здравоохранения (далее именуется - учреждение здравоохранения).

В случае если в соответствии с заключением учреждения здравоохранения военнослужащий не может явиться в учреждение по состоянию здоровья, медико-социальная экспертиза может проводиться на дому, в стационаре, где военнослужащий находится на лечении, или заочно на основании представленных документов с его согласия либо с согласия его законного представителя.

Учреждение здравоохранения направляет в установленном порядке военнослужащего на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами. В направлении учреждения здравоохранения указываются данные о состоянии здоровья военнослужащего, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий.

Медицинские услуги, необходимые для проведения медико-социальной экспертизы, включаются в базовую программу обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации.

Медико-социальная экспертиза военнослужащего проводится по его письменному заявлению либо письменному заявлению его законного представителя.

Заявление подается на имя руководителя учреждения. К заявлению прилагаются направление учреждения здравоохранения или органа социальной защиты населения, медицинские документы, подтверждающие нарушение его здоровья.

Основаниями для признания военнослужащего инвалидом являются:

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

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

необходимость осуществления мер социальной защиты.

Наличие одного из указанных признаков не является условием, достаточным для признания военнослужащего инвалидом.

Решение о признании военнослужащего инвалидом либо об отказе в установлении инвалидности принимается полным составом специалистов, принимающих экспертное решение, простым большинством голосов.

Решение объявляется военнослужащему, проходившему медико-социальную экспертизу, или его законному представителю руководителем учреждения в присутствии всех специалистов, принимающих это решение.

Специалисты, принимающие экспертное решение, дают по нему разъяснения военнослужащему или его законному представителю.

Датой установления инвалидности считается день поступления в учреждение заявления военнослужащего о признании его инвалидом с прилагаемыми к нему документами.

Определение **причин инвалидности** военнослужащих возложено на федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы.

От обстоятельств наступления инвалидности зависит уровень пенсионного обеспечения инвалида, выплата компенсаций и предоставление различных льгот.

Федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы определяют причины инвалидности, применяя следующие формулировки:

* общее заболевание;
* инвалид с детства;
* профессиональное заболевание;
* трудовое увечье;
* военная травма;
* заболевание получено в период военной службы;
* заболевание получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с аварией на Чернобыльской АЭС;
* заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с аварией на Чернобыльской АЭС;
* заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС;
* заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС;
* заболевание связано с аварией на ПО "Маяк";
* заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на ПО "Маяк";
* заболевание связано с последствиями радиационных воздействий;
* заболевание (травма, увечье, контузия, ранение), полученное при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска.

Рассмотрим причины инвалидности, которые определяются военнослужащим.

Причина инвалидности с формулировкой **"военная травма"** определяется гражданам, уволенным с военной службы (далее - бывшие военнослужащие), в случаях, если инвалидность бывших военнослужащих наступила вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных при защите Родины, в том числе в связи с пребыванием на фронте, прохождением военной службы на территориях других государств, где велись боевые действия, или при исполнении иных обязанностей военной службы (Федеральный закон от 15 декабря 2001 г. N 166-ФЗ "О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации") (Собрание законодательства Российской Федерации, 2001, N 51, ст.4831; 2002, N 30, ст. 3033).

Причина инвалидности с формулировкой "военная травма" определяется как по прямым последствиям вышеуказанных увечий (ранений, травм, контузий) или заболеваний, так и по различным их осложнениям и последствиям, отдаленным по времени от увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний, независимо от срока обращения гражданина в федеральное государственное учреждение медико-социальной экспертизы.

Факт получения увечья (ранения, травмы, контузии), заболевания в период прохождения военной службы, в том числе в действующих частях, может быть подтвержден военно-медицинскими документами: свидетельством о болезни, справкой военно-врачебной комиссии, справкой по форме N 16, справками военно-медицинских учреждений, а также справками Центрального архива Министерства обороны Российской Федерации, Архива военно-медицинских документов Военно-медицинского музея Министерства обороны Российской Федерации, Российского государственного военного архива.

К бывшим военнослужащим, в отношении которых федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы правомочны рассматривать вопрос об установлении инвалидности и ее причины, относятся граждане, проходившие военную службу в качестве офицеров, прапорщиков, мичманов либо военную службу по контракту или призыву в качестве солдат, матросов, сержантов и старшин в Вооруженных Силах Российской Федерации и Объединенных Вооруженных Силах Содружества Независимых Государств, Федеральной пограничной службе Российской Федерации и органах и организациях Пограничной службы Российской Федерации, во внутренних войсках Министерства внутренних дел Российской Федерации и в Железнодорожных войсках Российской Федерации, федеральных органах правительственной связи и информации, войсках гражданской обороны, органах федеральной службы безопасности и пограничных войсках, федеральных органах государственной охраны, органах внешней разведки Российской Федерации, других воинских формированиях Российской Федерации, созданных в соответствии с законодательством Российской Федерации, лица рядового и начальствующего состава, проходившие службу в органах внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службе, прокурорские работники, сотрудники таможенных органов Российской Федерации, сотрудники налоговой полиции, органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, сотрудники учреждений и органов уголовно-исполнительной системы (статья 2 Федерального закона от 15 декабря 2001 г. N 166-ФЗ "О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации").

Бывшим военнослужащим, проходившим освидетельствование в военно-врачебных комиссиях (далее - ВВК) и имеющим врачебно-экспертные документы (свидетельство о болезни, справка ВВК) с заключением ВВК о причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний, при установлении инвалидности по тому увечью (ранению, травме, контузии), заболеванию, которое указано в заключении ВВК, причина инвалидности определяется федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы в точном соответствии с формулировкой заключения ВВК о причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний.

Если увечье (ранение, травма, контузия), заболевание бывшего военнослужащего, ставшие причиной инвалидности, не упоминаются в заключении ВВК о причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний, то причина инвалидности устанавливается с формулировкой **"общее заболевание".**

Если формулировка причины увечья (ранения, травмы, контузии), заболевания в свидетельстве о болезни, справке ВВК отсутствует или указана не в соответствии с формулировками причин инвалидности, а также в случае несогласия с заключением ВВК о причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы могут обратиться в соответствующую штатную ВВК (ВВК военного округа, ВВК вида Вооруженных Сил Российской Федерации, центральную ВВК Министерства обороны Российской Федерации и других министерств и ведомств, в которых предусмотрена военная служба) для пересмотра или уточнения причины увечья (ранения, травмы, контузии), заболевания. В дальнейшем федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы при определении причины инвалидности должны руководствоваться заключением штатной ВВК военного округа или соответствующего силового ведомства о причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний.

При отсутствии военно-медицинских документов или при их ненадлежащем оформлении причина инвалидности с формулировкой "военная травма" устанавливается участникам Великой Отечественной войны - фронтовикам и воинам, выполнявшим интернациональный долг в Республике Афганистан, в случаях:

а) имеющихся хронических медленно прогрессирующих заболеваний, которые не были выявлены в период военной службы, при представлении документов, выданных лечебным учреждением, которые дают основания отнести начало заболевания к периоду пребывания на фронте (к периоду выполнения интернационального долга в Республике Афганистан), а также, если в военно-медицинских документах указаны отдельные симптомы заболевания, приведшего к инвалидности;

б) имеющихся последствий увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний, если факт их получения указан в графе "анамнез" военно-медицинского документа, составленного в годы Великой Отечественной войны (ведения военных действий в Республике Афганистан), или в графе "диагноз" указаны только отдельные симптомы заболевания, приведшего впоследствии к инвалидности;

в) имеющихся последствий черепно-мозговой травмы, если в военно-медицинском документе имеются указания на ранения головы (лица), шеи или на одновременно полученные множественные осколочные ранения любой локализации;

г) имеющихся последствий ранения, если в военно-медицинском или ином военном документе (боевая характеристика, представление к награде, воинскому званию, аттестации и т.п.) имеются указания на тяжелое ранение.

В указанных случаях (подпункты а - г) в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы для определения причины инвалидности "военная травма" должны представляться военные документы, подтверждающие службу бывшего военнослужащего в действующей армии, и данные лечебных учреждений, содержащие сведения о состоянии его здоровья.

При решении вопроса о времени возникновения у участника Великой Отечественной войны - фронтовика или воина, выполнявшего интернациональный долг в Республике Афганистан, хронического медленно прогрессирующего заболевания федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы проводится ретроспективный анализ развития данного заболевания на основе тщательного изучения анамнестических сведений, данных лечебно-профилактических учреждений, характеризующих клиническую картину, а также условий работы и быта после увольнения с военной службы. Документы о времени обращения участника Великой Отечественной войны - фронтовика или воина, выполнявшего интернациональный долг в Республике Афганистан, в лечебные учреждения по поводу хронического медленно прогрессирующего заболевания должны подтверждать возникновение и развитие данного заболевания в период пребывания в действующей армии и свидетельствовать о прогрессировании этого заболевания.

При определении причины инвалидности с формулировкой "военная травма" без военно-медицинских документов указывается, что заключение вынесено без военно-медицинских документов на основании клинических данных.

При отсутствии у бывших военнослужащих, в том числе находившихся в плену, каких-либо данных об освидетельствовании в ВВК в период службы в Вооруженных Силах, но при наличии у них явных последствий телесных повреждений (отсутствие конечностей, дефекты костей черепа, обширные рубцы после ранений, наличие инородных тел и т.п.), независимо от причины увольнения с военной службы вопрос о связи полученных увечий (ранений, травм) со службой в армии решается при освидетельствовании их в ВВК военного комиссариата с участием судебно-медицинского эксперта. После получения заключения ВВК о причинной связи увечий (ранений, травм), утвержденного штатной ВВК, федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы определяют причину инвалидности.

Инвалидам из числа бывших военнослужащих, выполнявших боевые задания в годы Великой Отечественной войны в тылу противника в составе частей особого назначения Наркомата обороны СССР, ОМСБОН НКВД СССР, разведывательных групп НКГБ СССР, партизанских отрядов и соединений, причина инвалидности "военная травма" определяется на основании записей в военных билетах, подтверждающих службу в упомянутых частях, группах, отрядах и соединениях (Указ Президента Российской Федерации от 25 мая 1992 г. N 521 "О порядке установления инвалидности бывшим военнослужащим, выполнявшим воинский долг в период Великой Отечественной войны в тылу противника" (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, N 22, ст.1214).

Бывшим партизанам Великой Отечественной войны как из числа бывших военнослужащих, так и лиц гражданского населения, признанным инвалидами, определяется причина инвалидности "военная травма" на основании документа, подтверждающего их пребывание в составе партизанских отрядов и соединений (Указ Президента Российской Федерации от 5 мая 1993 г. N 596 "О порядке установления инвалидности лицам, принимавшим участие в боевых действиях в составе партизанских частей и соединений в период Великой Отечественной войны в тылу противника" (Собрание актов Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации, 1993, N 19, ст.1684).

При определении причины инвалидности с формулировкой "военная травма" в акте освидетельствования в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы в обязательном порядке указываются все документы, послужившие основанием для вынесения решения: свидетельство о болезни; справка ВВК; справки военно-медицинских учреждений, подтверждающие пребывание бывшего военнослужащего на излечении; выписки из истории болезни с указанием диагноза; справки о ранении или несчастном случае; документы, подтверждающие факт пребывания на фронте, в партизанском отряде, в плену, на военной службе (удостоверение участника Великой Отечественной войны, красноармейская книжка, военный билет, справки военных комиссариатов о прохождении военной службы, в том числе об участии в боевых действиях); справки о полученном на фронте награждении, благодарности командования; справки Центрального архива Министерства обороны Российской Федерации, Архива военно-медицинских документов Военно-медицинского музея Министерства обороны Российской Федерации, Российского государственного военного архива, если в них имеются указания на увечье (ранение, травму, контузию), заболевание.

Бывшим военнослужащим, ранее признававшимся инвалидами Великой Отечественной войны, которым в настоящее время установлена причина инвалидности с формулировкой "общее заболевание", определяется причина инвалидности с формулировкой "военная травма" на основании документов о службе в действующей армии, о полученном в период пребывания на фронте увечье (ранении, травме, контузии), заболевании и документов, подтверждающих, что бывший военнослужащий ранее признавался инвалидом Великой Отечественной войны.

В случае определения инвалидности гражданам, имеющим ограничения жизнедеятельности вследствие увечий (ранений, травм, контузий) или заболеваний, полученных в период прохождения военных сборов, причину инвалидности федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы устанавливают в точном соответствии с формулировкой заключения ВВК о причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний.

При отсутствии у бывших военнослужащих военно-медицинских документов, необходимых для определения причинной связи инвалидности с военной травмой, прохождением военной службы и другими обстоятельствами, предусмотренными действующим законодательством, причина инвалидности федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы определяется с формулировкой "общее заболевание" и одновременно оказывается содействие гражданину в поиске необходимых военно-медицинских документов. После получения необходимых документов федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы формулировка причины инвалидности изменяется без дополнительного очного освидетельствования.

Причина инвалидности с формулировкой **"заболевание получено в период военной службы"** определяется в случаях, если инвалидность бывшего военнослужащего наступила вследствие заболевания, полученного в период военной службы, вследствие увечья (ранения, травмы, контузии), полученного в результате несчастного случая, не связанного с исполнением обязанностей военной службы (служебных обязанностей), либо заболевания, не связанного с исполнением обязанностей военной службы (служебных обязанностей) (Федеральный закон от 15 декабря 2001 г. N 166-ФЗ "О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации").

Факт получения в период военной службы заболевания либо увечья (ранения, травмы, контузии), не связанного с исполнением обязанностей военной службы (служебных обязанностей), может быть подтвержден военно-медицинскими документами: свидетельством о болезни, справкой ВВК, справками военно-медицинских учреждений, а также справками Центрального архива Министерства обороны Российской Федерации, Архива военно-медицинских документов Военно-медицинского музея Министерства обороны Российской Федерации, Российского государственного военного архива.

Инвалидность, наступившая у бывшего военнослужащего, проходившего военную службу по призыву в качестве солдата, матроса, сержанта, старшины, в течение трех месяцев со дня увольнения из армии, рассматривается как наступившая в период военной службы (кроме случаев наступления инвалидности вследствие совершения противоправных деяний или умышленного нанесения ущерба своему здоровью). Причина инвалидности в этих случаях определяется федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы без представления военно-медицинских документов по поводу любого заболевания или увечья (ранения, травмы, контузии), в том числе бытового, с формулировкой "заболевание получено в период военной службы" при наличии документов о прохождении военной службы по призыву с указанием даты увольнения.

Причина инвалидности с формулировкой **"заболевание получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с аварией на Чернобыльской АЭС"** устанавливается бывшим военнослужащим на основании соответствующего заключения ВВК, если заболевание, поставленное ВВК в связь с выполнением работ по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, дает основания для установления инвалидности.

Причина инвалидности **"заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с аварией на Чернобыльской АЭС"** устанавливается бывшим военнослужащим на основании соответствующего заключения ВВК, если заболевание, поставленное ВВК в связь с радиационным воздействием при выполнении работ по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, дает основания для установления инвалидности.

Причина инвалидности с формулировкой **"заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на ПО "Маяк"** устанавливается бывшим военнослужащим и гражданам, призванным на военные сборы, на основании удостоверения, подтверждающего данный статус, и заключения межведомственного экспертного совета о причинной связи имеющихся заболеваний и инвалидности с последствиями воздействия радиации вследствие аварии на производственном объединении "Маяк" и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча.

Причина инвалидности с формулировкой **"заболевание связано с последствиями радиационных воздействий"** определяется бывшим военнослужащим по имеющимся: увечью (ранению, травме, контузии), заболеванию, связанному с воздействием радиации, имеющему заключение ВВК о причинной связи этого увечья (ранения, травмы, контузии), заболевания, причина инвалидности определяется в точном соответствии с заключением ВВК.

Причина инвалидности с формулировкой **"заболевание (травма, увечье, контузия, ранение), полученное при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска"** определяется гражданам из подразделений особого риска при установлении им инвалидности по заболеваниям (травмам, увечьям, контузиям, ранениям), связанным с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 декабря 1992 г. N 958 "О мерах по обеспечению социальной защиты граждан из подразделений особого риска" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 22, ст.2756) установление причинной связи развившихся заболеваний (травм, увечий, контузий, ранений), в том числе вызвавших инвалидность, у граждан с их непосредственным участием в действиях подразделений особого риска возложено на медико-социальную экспертную комиссию Комитета ветеранов подразделений особого риска Российской Федерации.

Основанием для установления причины инвалидности с формулировкой "заболевание (травма, увечье, контузия, ранение), полученное при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска" является заключение медико-социальной экспертной комиссии Комитета ветеранов подразделений особого риска Российской Федерации о причинной связи заболеваний (травм, увечий, контузий, ранений), приведших к инвалидности, с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска.

Важно отметить, что при наличии одновременно нескольких оснований для определения различных причин инвалидности бывшему военнослужащему причина инвалидности определяется по выбору инвалида либо его законного представителя или та, наличие которой гарантирует бывшему военнослужащему предоставление более широкого круга мер социальной защиты (но в справке указывается только одна причина инвалидности).

Причина инвалидности "военная травма" сохраняется также в тех случаях, когда к моменту очередного переосвидетельствования последствия увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний, являющиеся следствием военной травмы, не приводят к ограничению жизнедеятельности и установление группы инвалидности обусловлено вновь возникшими увечьями (ранениями, травмами, контузиями), заболеваниями.

В случае признания военнослужащего инвалидом специалистами учреждения, проводившими медико-социальную экспертизу, в месячный срок разрабатывается индивидуальная программа реабилитации.

**Индивидуальная программа** [**реабилитации инвалида**](file:///E:\Флешка\1111111111111\Рефераты,%20курсовые,%20дипломные%20работы\социальная%20реабилитация%20военнослужащих-инвалидов\ГЛАВА%201.doc#sub_901) - разработанный на основе решения уполномоченного органа, осуществляющего руководство федеральными учреждениями, медико-социальной экспертизы 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 или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности[[5]](#footnote-5).

Программа утверждается руководителем учреждения и в 3-дневный срок после ее разработки направляется в орган социальной защиты населения.

Данные индивидуальных программ реабилитации инвалидов вводятся в банк данных главного бюро медико-социальной экспертизы.

Данные медико-социальной экспертизы военнослужащего и решение специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, заносятся в протокол заседания и акт освидетельствования лица, которые подписываются руководителем учреждения, специалистами, принимавшими решение, и заверяются печатью учреждения.

Заключение консультанта, привлекаемого к проведению медико-социальной экспертизы, перечень документов и основные сведения, послужившие основанием для принятия экспертного решения, заносятся в акт освидетельствования или приобщаются к нему.

Выписка из акта освидетельствования военнослужащего, признанного инвалидом, направляется в орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, в 3-дневный срок со дня установления инвалидности.

Военнослужащему, признанному в установленном порядке инвалидом, выдаются справка, подтверждающая факт установления инвалидности, а также индивидуальная программа реабилитации. Формы справки и индивидуальной программы реабилитации инвалида утверждаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности военнослужащему, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности. Инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III групп - на 1 год.

Переосвидетельствование инвалидов I группы проводится один раз в 2 года, инвалидов II и III групп - один раз в год

Инвалидность устанавливается до первого числа месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено переосвидетельствование.

Без указания срока переосвидетельствования инвалидность устанавливается мужчинам старше 60 лет и женщинам старше 55 лет, инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами, другим инвалидам в соответствии с критериями, утверждаемыми Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Военнослужащий или его законный представитель в случае несогласия с экспертным решением бюро медико-социальной экспертизы может обжаловать его на основании письменного заявления, подаваемого в учреждение, проводившее освидетельствование, или в главное бюро медико-социальной экспертизы, или в соответствующий орган социальной защиты населения.

Решение учреждения может быть обжаловано в суд военнослужащим или его законным представителем в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Инвалидность является острой социальной проблемой для военнослужащих и включает в себя следующие аспекты: правовой; социально-средовой; психологический; общественно-идеологический; производственно-экономический и анатомо-функциональный. Военнослужащий-инвалид **–** военнослужащий, имеющий нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, связанное с заболеваниями, последствиями травм, ранений, увечий, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Социальная реабилитация военнослужащих-инвалидов представляет собой процесс полного или частичного восстановления способностей к бытовой, общественной и профессиональной деятельности, осуществляется в комплексе мероприятий медицинской, психологической, профессиональной реабилитации и направлена на интеграцию инвалидов в общество.

Федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы определяют причины инвалидности военнослужащих, разрабатывают индивидуальную программу реабилитации и определяют степень утраты профессиональной трудоспособности.

**2. МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ-ИНВАЛИДОВ**

Система реабилитация инвалидов включает следующие элементы:

1. научные взгляды, идеи;
2. законодательную и нормативную базу в области реабилитации;
3. научные и научно-технические разработки;
4. совокупность мер, средств, методов реабилитации;
5. программы реабилитации, в том числе: на федеральном уровне- базовую программу реабилитации инвалидов; на региональном уровне- региональные базовые программы и службу региональные комплексные программы реабилитации инвалидов; на индивидуальном уровне- индивидуальные программы реабилитации.
6. Реабилитационную службу, включающую реабилитационные и реабилитационного типа учреждения и организации разной ведомственной подчиненности;
7. Органы управления государственной службой реабилитации;
8. Реабилитационную индустрию;
9. Общественные организации инвалидов и организации, защищающие права инвалидов;
10. Систему информационного обеспечения проблем инвалидности и др.

В процессе реабилитации выделяется 3 этапа:

* Этап восстановительного лечения (восстановления биомедицинского статуса), направленный на восстановление нарушенных функций и здоровья больных и инвалидов. По данным экспертов ВОЗ у 87% больных реабилитация заканчивается на первом этапе, когда больной в результате восстановления или полной компенсации нарушенных функций возвращается к обычной деятельности;
* Этап социализации или ресоциализации, направленный на развитие, формирование, восстановление или компенсацию социальных навыков и функций, обычных видов жизнедеятельности;
* Этап социальной интеграции или реинтеграции, направленный на оказание содействия и создание инвалидам условий для включения или возвращения в обычные условия жизни вместе и наравне с другими.

Комплекс реабилитационных мероприятий берет свое начало на этапе восстановительного лечения и сопровождается психологической и социальной реабилитацией.

К основным учреждениям и организациям, осуществляющих реабилитацию военнослужащих-инвалидов, относятся: отделения восстановительного лечения военно-клинических госпиталей, центры восстановительной медицины и реабилитации, научно-практические центры медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, бюро медико-социальной экспертизы, главные бюро медико-социальной экспертизы, органы социальной защиты населения, социально-реабилитационные центры ветеранов Войн и Вооруженных Сил и общественные организации инвалидов.

Поскольку одним из ведущих принципов реабилитации является комплексность воздействий, реабилитационными могут называться лишь те учреждения, в которых проводится комплекс медико-социальных и профессионально-педагогических мероприятий. Основными аспектами этих мероприятий являются: медицинский, физический, психологический, экономический, социальный и профессиональный.

Медицинский аспект — включает вопросы лечебного, лечебно-диагностического и лечебно-профилактического плана.

Физический аспект — охватывает все вопросы, связанные с применением физических факторов (физиотерапия, ЛФК, механо- и трудотерапия), с повышением физической работоспособности.

Психологический аспект — ускорение процесса психологической адаптации к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации, профилактика и лечение развивающихся патологических психических изменений.

Профессиональный аспект — восстановление трудоспособности; сюда входят вопросы определения трудоспособности, трудоустройства, профессиональной гигиены, физиологии и психологии труда, трудового обучения переквалификации.

Социальный аспект — охватывает вопросы влияния социальных факторов на развитие и течение болезни, социального обеспечения трудового и пенсионного законодательства, взаимоотношение больного и семьи, общества и производства.

Экономический аспект — изучение экономических затрат и ожидаемого экономического эффекта при различных способах восстановительного лечения, формах и методах реабилитации для планирования медицинских и социально-экономических мероприятий.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 22 февраля 2000 г. № 274 на базе Центрального научно-исследовательского института протезирования и протезостроения" (г. Москва) и Центрального научно-исследовательского института экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов" (г. Москва) путем их слияния был создан **Федеральный научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов (ФЦЭРИ).**

На примере многолетнего опыта реабилитацииФЦЭРИ рассмотрим современные методы реабилитации военнослужащих-инвалидов.

Федеральный научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов (далее - Центр) включает в себя следующие **отделения**: эндокринологическое отделение; клинико-диагностическая лаборатория; второе ортопедическое отделение; отделение сложного, атипичного протезирования и реабилитации при ангиопатологии; пятое ортопедическое отделение; детское ортопедическое отделение; хирургическое отделение; терапевтическое отделение; глазное отделение; неврологическое отделение и психиатрическое отделение.

Центр осуществляет свою работу по следующим **направлениям**:

* Экспертиза и реабилитация
* Протезирование
* Медицинское лечение и реабилитация

Одним из основных направлений работы Центра является экспертиза и реабилитация, которая включает в себя:

1. комплексную оценку состояния здоровья и выявление признаков инвалидности у больных с различной патологией;
2. установление причины инвалидности инвалидам, пострадавшим от вооруженных конфликтов, техногенных катастроф, аварии на Чернобыльской АЭС;
3. выявление показаний на обеспечение различными видами технических средств, в том числе автомашинами;
4. проведение комплексной реабилитации, включающей:

* медицинскую (массаж, ЛФК, физиотерапия, баротерапия, иглорефлексотерапия, трудотерапия, психотерапия и др.);
* профессиональную (профессиональное тестирование, помощь в трудоустройстве);
* социальную (обучение "жизни с инвалидностью", пользованию техническими средствами реабилитации, самообслуживанию и др.);
* другие виды реабилитации.

1. юридическое консультирование, защита прав инвалидов в судебных органах).

Протезно-ортопедическую помощь получают пациенты с заболеваниями: опорно-двигательного аппарата у детей и взрослых; врожденными и приобретенными деформациями и дефектами; онкологическими, сосудистыми, неврологическими заболеваниями; сахарным диабетом; остеохондрозом.

В Центре проводится консервативное и оперативное лечение пациентов со следующими заболеваниями:

* коррекция центра тяжести;
* ортопедические деформации у больных ДЦП и полиомиелитом;
* лечение повреждений мягкотканых образований сустава;
* переломы конечностей и их последствия;
* доброкачественные опухоли трубчатых костей;
* контрактуры на различной стадии;
* вывихи и их последствия;
* врожденные и приобретенные деформации стоп;
* пластическая ортопедия (удлинение, укорочение, утолщение конечностей);
* эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов;
* диагностическая и хирургическая артроскопия;
* реабилитационное, восстановительное лечение опорно-двигательного аппарата у детей и взрослых с врожденными и приобретенными деформациями и дефектами, онкологическими, сосудистыми, неврологическими заболеваниями, сахарным диабетом, остеохондрозом.

Операционный блок Центра оснащен современным оборудованием, где проводятся самые сложные операции:

* восстановление утраченных частей тела, включая микрососудистые пересадки пальцев, лоскутов кожи, мышц, костей, суставов;
* ортопедические реконструкции;
* восстановление периферических нервов;
* устранение косметических дефектов;
* гинекологические.

Центр располагает клиникой на 504 койки.

Ежегодно в клинике получают помощь более 4500 человек.

В Федеральном научно-практическом центре медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов разработан и применяется уникальный **метод восстановительного лечения.**

Это метод ИКД - Искусственная коррекция движения пораженных (ослабленных) групп мышц при патологической ходьбе.

Отделение возглавляет кандидат медицинских наук Евгений Михайлович Миронов.

Уникальность метода искусственной коррекции движения состоит в том, что стимулирующие сигналы на мышцы включаются датчиками синхротизации фаз стимуляции с фазами шага.

По методу искусственной коррекции движения восстановление направлено не на отдельную мышцу, что очень важно, а на сложный функционально - скоординированный опорно-двигательный акт пациента, во время движения (ходьбы), при многократных и длительных сеансах. При этом улучшается функциональное состояние мышц, постепенно вырабатывается правильный ритм движения.

Для восстановительного лечения инвалидов с поражениями и заболеваниями опорно-двигательной системы данным методом необходимы три условия:

* уметь стоять на ногах, сохранять равновесие (хотя бы с помощью манежа) и немножко уметь перемешаться;
* иметь сохранившуюся способность мышц реагировать - отвечать на внешние электрические сигналы – раздражители;
* обладать достаточной подвижностью суставов для двигательного акта.

Метод искусственной коррекции движения был разработан авторским коллективом докторов во главе с академиком Российской академии медико-технических наук, доктором медицинских наук, профессором, заведующим отделом биомеханики и управления движениями А.С. Витензоном.

25 летний гигантский труд коллектива ФЦЭРИ в этой области изложен в книге "Искусственная коррекция движения при патологической ходьбе" под редакцией А.С. Витензона.

Применение метода искусственной коррекции движения дает результаты при 12 заболеваниях.

В течение длительного времени проблема восстановления двигательных функций сводилась к применению различных методов лечебной физкультуры (ЛФК), физиотерапии и протезирования. В результате двадцатипятилетних углубленных клинических и биотехнических исследований в Федеральном научно-практическом центре медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов (ФЦЭРИ) разработаны уникальные метод и устройства искусственной коррекции движений (ИКД), предназначенные для медицинской реабилитации большого контингента больных с нарушениями опорно-двигательной системы (свыше 1 млн. человек).

Сущность метода искусственной коррекции движений состоит в применении многоканальной электростимуляции (ЭС) мышц в точном соответствии с естественной программой возбуждения и сокращения мышц в двигательном акте. Благодаря этому в процессе многодневной тренировки повышается жизнедеятельность мышц, корректируются нарушенные движения и вырабатывается приближенный к норме двигательный стереотип. Физиологической предпосылкой формирования правильного стереотипа под влиянием искусственной коррекции движений является установленная нейрофизиологическая закономерность: локомоторные центры становятся восприимчивыми к афферентным коррекционным воздействиям лишь в фазы возбуждения мышц в двигательном цикле.

Помимо ранее упомянутой терапевтической функции (усиления работы мышц и выработки стереотипа) метод искусственной коррекции движений имеет диагностическую и прогностическую функции.

Диагностическая функция состоит в распознавании дефицита мышечной функции (ДМФ) при ходьбе, его степени и фазы проявления в цикле.

Прогностическая функция тесно связана с эффективной коррекцией движений во время пробного сеанса ЭС мышц при ходьбе и дает основание для благоприятного диагноза.

Метод искусственной коррекции движений имеет значительные преимущества перед ЛФК и электростимуляции в покое, благодаря высокой избирательности, точности воздействия и эффектам быстрого восстановления координации движений.

До последнего времени, судя по зарубежным публикациям, единственными объектами применения функциональной электрической стимуляции (ФЭС) являлись спастические параличи конечностей вследствие заболеваний или поражений головного и спинного мозга. Авторы этих исследований полагали, что утраченные функции ЦНС можно в известной степени заменить искусственной системой управления. Такой подход резко суживал область применения метода и средств искусственной коррекции движений, ограничивая ее лишь некоторыми неврологическими заболеваниями.

В ФЦЭРИ развита и широко апробирована новая идея применения систем искусственной коррекции движений. Согласно этой концепции основным показанием к назначению ИКД является дефицит мышечной функции любого происхождения, приводящий к нарушению биомеханической структуры двигательного акта, например, ходьбы человека. При этом, было установлено, дефицит мышечной функции может иметь как органический (абсолютный), так и функциональный (относительный) характер. В первом случае он связан непосредственно с поражением нервно-мышечных структур, во втором - с изменением функционирования мышц вследствие нарушения биомеханических условий их работы.

Благодаря этой концепции значительно расширяется сфера применения метода искусственной коррекции движений: практически она распространяется на пять областей медицины: неврологию, нейрохирургию, травматологию, ортопедию и протезирование, однако не исключена возможность ее применения в других медицинских дисциплинах (ангиологии и кардиологии).

Приведем результаты реабилитации больных с поражениями и заболеваниями опорно-двигательной системы

К настоящему времени в клинике ФЦЭРИ метод искусственной коррекции движений применен с высоким клиническим результатом свыше 10500 больным:

* при последствиях полиомиелита;
* при последствиях повреждений спинного мозга на разном уровне;
* при детском церебральном параличе;
* при гемипарезе вследствие острого нарушения мозгового кровообращения;
* при I - II стадиях сколиотической болезни;
* при остеохондрозе пояснично-крестцового отдела позвоночника;
* при переломах тел грудных и поясничных позвонков;
* при переломах костей голени с образованием ложных суставов;
* у инвалидов с культями голени или бедра, пользующихся протезами нижних конечностей.

Важно подчеркнуть, что научное обоснование и применение метода искусственной коррекции движений при большинстве названных нозологических форм сделано в ФЦЭРИ впервые в мире и защищено 6 авторскими свидетельствами СССР и 4 патентами РФ.

Во всех перечисленных случаях была детально исследована структура дефицита мышечной функции; на количественном уровне изучена биомеханическая и иннервационная структура ходьбы; проведен глубокий патофизиологический анализ выявленных двигательных нарушений; определены показания и противопоказания к назначению метода искусственной коррекции движений; установлены особенности методики электростимуляции мышц при ходьбе применительно к каждой патологии; произведена разносторонняя клиническая, биомеханическая, энергетическая и электрофизиологическая оценка полученных результатов.

Установлено, что за 20-дневный курс лечения удается получить такой восстановительный эффект, который при других способах реабилитации достигается лишь после многомесячной упорной тренировки, особенно при последствиях спинномозговых повреждений. В целом сроки реабилитации могут быть сокращены в 2 - 3 раза. Для домашнего пользования выданы больным после прохождения курса лечения в стационаре 3000 портативных корректоров движений.

С помощью комплекса биомеханических и электрофизиологических исследований получена объективная оценка достигнутых результатов. Показано, что у больных, получивших лечение с применением метода искусственной коррекции движений, наблюдается два типа изменений: во-первых, повышаются функциональные свойства мышц, во-вторых, нормализуется биомеханическая и иннервационная структура ходьбы. Первое выражается в увеличении силы мышц, повышении их максимальной электрической активности, улучшении кровообращения конечности. О втором свидетельствует:

1) возрастание основных характеристик ходьбы (темпа, длины шага, скорости);

2) нормализация временной структуры шага;

3) приближающийся к норме рисунок движений в основных суставах ноги, уменьшение хромоты, раскачиваний туловища;

4) возрастание опорной и толчковой функций нижних конечностей;

5) увеличение активности и упорядочение работы мышц при ходьбе;

6) снижение энерготрат.

В клиническом плане наблюдается повышение устойчивости и большая выносливость при ходьбе, уменьшение использования опоры на костыли и трости, купирование болевого синдрома при корешковых заболеваниях, нормализация формы позвоночника при сколиозе, более быстрое и полноценное сращение костей голени, улучшение функции тазовых органов при спинномозговых поражениях и другие положительные симптомы.

Особенно следует подчеркнуть значение метода и средств искусственной коррекции движений для теория и практики протезирования. Совместное применение протезно-ортопедических изделий и корректоров движения позволяет получить новый функциональный эффект, заключающийся в нормализации работы мышечной системы в условиях применения протезов.

В Центре также широко используется **метод трудовой терапии**, основанный на тонизирующем и активизирующем воздействии труда на психофизиологическую сферу инвалида. Длительная бездеятельность расслабляет человека, снижает его энергетические возможности, а работа повышает жизненный тонус, являясь естественным стимулятором. Нежелательный психологический эффект дает и длительная социальная изоляция. Кроме развития физической активности, трудотерапия ведет к формированию устойчивого положительного фона настроения, позитивной установки к труду и деятельности, способствует ускорению адаптации инвалида к условиям социально-бытовой среды.

Большую роль трудовая терапия играет при заболеваниях и травмах костно-суставного аппарата, предотвращая развитие стойких анкилозов (неподвижность суставов).

Особое значение трудовая терапия приобрела при лечении психических болезней, которые часто являются причиной длительной изоляции инвалидов от общества. Трудовая терапия облегчает взаимоотношения между людьми, снимая состояние напряженности и беспокойства. Занятость, концентрация внимания на выполняемой работе отвлекают пациента от его болезненных переживаний.

Значение трудовой активизации для инвалидов с заболеваниями психики, сохранение их социальных контактов в ходе совместной деятельности так велико, что трудовая терапия как вид медицинской помощи раньше всех была использована в психиатрии. (Кроме того, трудовая терапия позволяет приобрести определенную квалификацию.)

Особая роль в реабилитации инвалидов принадлежит **методу эстетотерапии**, то есть лечение «прекрасным» и «красивым». Данный метод включает в себя библиотерапию, музыкотерапию, натуртерапию.

Необходимо отметить, что физическая среда, окружающая инвалида (цвет, звуки, запахи, температурные и иные факторы), оказывает на него мощное воздействие, меняя его психическое состояние, настроение, самочувствие и жизненный тонус.

Средствами общего воздействия на психику инвалида являются цветоэстетическое воздействие, функциональная музыка, просмотр кино и видеофильмов, чтение литературы. В этом случае он включается в процесс коррекции функционального состояния как зритель, воспринимающий форму, цвет, элементы окружающей действительности и живой природы.

Основная цель этого воздействия состоит в отвлечении инвалида от остро переживаемых ситуаций для достижения успокоительного эффекта, снятия нервно-эмоционального напряжения, нормализации деятельности нервной и сердечно-сосудистой системы.

Библиотерапия оказывает лечебное воздействие на психику при помощи чтения книг. Использование специально отобранного для чтения материала как терапевтического средства в психиатрии с целью решения личных проблем при помощи направленного чтения. Поскольку библиотерапия использует обычно художественные произведения, она относится к методам эстетотерапии.

Музыкотерапия – это психотерапевтический метод непосредственного воздействия на чувства, эмоции, настроения; бессловесного внушения определенного настроения, поднимающего инвалида над своими переживаниями, помогающего преодолевать болезненные расстройства с использованием в лечебных целях музыки. Звук оказывает на психику непосредственное эмоциональное воздействие. Сильный, навязчивый шум раздражает, утомляет, лишает покоя, приводит в исступление. Угнетающе действует и "гробовая" тишина. Музыка является мощным эмоциональным стимулом. Ритм и мелодия способны изменять число сердечных сокращений, дыхание, обмен веществ. Музыка может вызвать глубокие сдвиги в настроении, мировосприятии, отношениях людей, меняя их жизненный тонус, вызывая радость и воодушевление, сентиментальность и грусть, успокоение и умиротворение.

В музыкотерапии в процессе реабилитации применяют следующие приемы:

* эмоционально-активирующие;
* тренинговые;
* релаксирующие;
* коммуникативные и т.д.

Функциональная музыка обеспечивает регулирующее воздействие на нервную систему. Известно, что высокая мелодичность музыки в контексте подготовленной фонограммы обладает успокаивающим эффектом. Метроритм звучания, наоборот, всегда носит активный характер.

Успокаивающая музыка способствует переключению нервной системы, в результате чего замедляется частота пульса, снижается артериальное давление, расширяются кровеносные сосуды, в результате чего снижается нервно-эмоциональное напряжение.

Возбуждающая, тонизирующая музыка оказывает противоположное воздействие, повышая активность общего состояния.

Более выраженным воздействием на человека обладает классическая музыка, особенно, если стоит задача достижения успокаивающего эффекта.

При подборе фонограмм следует учитывать, что действенность музыки достигается только при условии участия сознания в процессе восприятия. Если музыка не вызывает эмоциональной реакции, то её влияние ничтожно.

Натурпсихотерапия (ландшафтотерапия) основана на использовании лечебного влияния природы. Эстетическое воздействие природы на инвалида возвышает и гармонизирует его личность, способствует восстановлению нарушенных отношений и установок личности, лежащих в основе многих психических расстройств.

В эстетотерапии используется и психологическое воздействие цвета. Наиболее благоприятным, спокойным для глаз принято считать цвета средневолнового спектра – зеленоватых тонов (листва, трава, луга, поля, цветы). Предпочтительное эмоциональное расположение цветов: голубой, зеленый, красный. Мрачное, угнетающее влияние оказывают серый, черный, коричневые тона. Нейтральными воспринимаются белый и бежевый.

Психологически благоприятны не сами цвета, а их сочетания. Однотонно окрашенные поверхности при длительном воздействии обладают в разной степени угнетающим действием на психику.

Цвет в сочетании с музыкой усиливает воздействие на психику. Так, к примеру, голубой и зеленый цвета вместе с медленной мелодичной музыкой успокаивают инвалида. А красный цвет в сочетании с бодрой маршевой музыкой, наоборот, бодрит, настраивает на рабочий ритм.

Для снижения нервно-эмоциональной напряженности может использоваться просмотр видео и кинофильмов, фотослайдов, который обладает выраженным отвлекающим и регулирующим воздействием. В целях психологической разгрузки наиболее приемлемы комедийные и развлекательные программы. Успокаивающим действием обладают видовые фильмы.

Для обеспечения действенности эстетотерапии важно с учетом вкусов и состояний инвалидов подбирать произведения художественной литературы, книги по искусству, репродукции, радио-, теле и кино программы.

Эффективность реабилитации достигается правильным подбором методов исключительно для каждого пациента.

Интересным видится представить в данной работе эмпирические исследования П.П. Иванова, полученные в результате реализации проекта «Реадаптация» в 1999-2003 годах на базе Военного университета и Центра медицинской реабилитации М.А. Лиходея. (ЦМР «Русь»).

**3. ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

**3.1 Социально-психологическая реадаптация инвалидов боевых действий в условиях специализированных реабилитационных центров**

Изучение показало, что социально-психологическая реадаптация инвалидов боевых действий не может эффективно осуществляться в амбулаторном режиме, без их отрыва, хотя бы на некоторое время, от сформировавшееся после травмы социальной среды. Последняя выступает мощным регулятором самочувствия и поведения инвалидов и быстро нивелирует позитивные результаты амбулаторных приемов психолога, вследствие мощного контраста между структурированным, вспомоществующим взаимодействием с психологом и непредсказуемым, зачастую агрессивным, взаимодействием с людьми «с улицы». Эта же среда не редко провоцирует инвалида, «плюнуть на всех, кто сам не воевал и не пострадал», либо «обмыть» очередной сеанс психологического консультирования.

Опрос руководителей региональных подразделений Всероссийского общества инвалидов войны в Афганистане свидетельствует о том, что важнейшим путем оптимизации социально-психологической реадаптации инвалидов боевых действий является организация этого процесса в специализированных реабилитационных центрах.

В целях выявления путей СПР инвалидов войны были сформированы три экспериментальные группы (ЭГ1, ЭГ2, ЭГ3) (n=76) и одна контрольная группа (КГ) (n=76), разработана авторская методика социально-психологической реадаптации инвалидов боевых действий, которая была использована при формировании замысла и проведении реабилитационной акции «Память и милосердие» (далее «Акция»). Она основывалась на выявленных факторах социально-психологической реадаптации инвалидов боевых действий, на их психосоматических и социально-психологических особенностях.

Группы по уровню перенесенного боевого стресса характеризовались следующим образом (см. табл. 7).

Влияние перенесенных стрессов на настоящую жизнь в целом выше среднего, более половины обследованных оценивают их влияние как «сильное» (23,53%) и «очень сильное» (36, 27%).

Таблица 7

**Интенсивность боевого опыта в группах**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Количество  опрошен-ных | Субъективная оценка инвалидами влияния боевого стресса на послевоенную жизнь | | | Стан-дарт-ное откло-нение |
| Среднее | Минималь-ное значе-ние | Макси-мальное значение |
| 1 экспериментальная группа | 25 | 13,42 | 2 | 19 | 4,34 |
| 2 экспериментальная группа | 25 | 13,18 | 3 | 24 | 5,81 |
| 3 экспериментальная группа | 26 | 13,72 | 3 | 22 | 6,07 |
| Контрольная группа | 76 | 17,35 | 9 | 24 | 4,49 |

Формирующий эксперимент строился экспериментальному плану с двумя контрольными и экспериментальной группами (план № 4 по Д.Кемпбеллу).

Была выдвинута **экспериментальная гипотеза:**

Если специальным образом организовать психологическую помощь инвалидам боевых действий в условиях лечебного заведения, направленную на специфические факторы социально-психологической реадаптации и включающую в себя комплекс тренинговых, психотерапевтических, консультационных воздействий, то произойдут изменения в когнитивной, эмоциональной, мотивационной сферах отношений инвалида боевых действий, улучшаться показатели социально-психологической реадаптации: социально-психологической адаптированности, самоинтереса, аутосимпатии, социальной уверенности, самоуважения, коммуникабельности, ожидаемого отношения к себе, работоспособность, творческая продуктивность, несколько стабилизируется психологический возраст, произойдет коррекция структуры инструментальных и терминальных ценностей, которая приблизится к социальным нормативам.

Предварительный и после экспериментальный замеры осуществлялись как с помощью традиционно применяемых методик тестов (личностнй опросник СМИЛ Л.Н.Собчик, опросник самоотношения В.В.столина, методика Рокича, Люшера, графической методики и др.), так и игровых методов само- и групповой оценки перечисленных качеств (упражнения «Кто Я?:», «Визитка», «Гармошка», «Качества», «Кто загадал?», и другие тренинговые диагностические процедуры).

Так как большая часть участников группы пережила острую реакцию на стресс более чем два года назад, при этом не имела психотерапевтической поддержки, то к моменту проведения тренинга каждый из участников уже имел свой собственный способ адаптации к травме. Во многом эти способы были успешны, так как дали возможность выжить и оставаться социально активными. Вместе с тем все участники жаловались на то, что их способы не продуктивны, требуют больших затрат психических и физических сил, создают зависимость, например, от работы, психоактивных веществ (сигарет, кофе, транквилизаторов), созависимость от детей и внуков.

Стратегия социально-психологической помощи работы автором была построена на использовании современных представлений о посттравматических стрессовых расстройствах, где травматические расстройства трактуются как нормальная реакция человека на сверхинтенсивные внешние воздействия. Травматические расстройства – не болезнь, которая нуждается в лечении и не глубинные аномальные изменения в психике, нуждающиеся в коррекции. Поэтому методом воздействия был выбран реадаптационный тренинг, интегрирующий социально-психологический тренинг, рациональную групповую психотерапию и аутотренинг.

Основной задачей рациональной психотерапии при работе с посттравматическими расстройствами явились восстановление в сознании травмированной личности гармоничности внешней реальности, целостности когнитивной модели, ценности собственной жизни, актуализация моральных и нравственных ценностей ближайшего и отдаленного окружения пострадавшего. Именно эти оценки подвергаются наибольшему искажению у жертв посттравматического стресса.

Социально-психологический тренинг основной своей задачей ставил создание благоприятных микросоциальных и социальных условий для преодоления посттравматического стресса. В ходе тренинга у инвалидов формировались новые навыки поведения, улучшающие отношения внутри семьи, рабочего коллектива, одновременно происходило активизация когнитивных структур личности. Важной задачей групповой работы являлось создание группы поддержки из самих участников. Групповая сплоченность участников тренинга позволила им после окончания реабилитационных мероприятий общаться и поддерживать друг друга на расстоянии, тем самым закрепляя эффект психотерапевтической работы.

Разработанная при участии автора методика групповой работы включала ряд мероприятий. В частности, было проведено семь четырех часовых групповых занятий. Основные психотерапевтические задачи, которые ставились трененрами приведены ниже[[6]](#footnote-6):

1 занятие: Создание целостной картины того, что произошло.

2 занятие: Работа с чувствами, переживаемыми в момент происшествия.

3 занятие: Осознание изменений, которые произошли (в жизни, здоровье, мыслях, эмоциях) после травмы.

4 занятие. Посвящена информация. Сообщение психолога о тех реакциях, которые могут появиться; что происходит в кризисных ситуациях, как проживается горе. Какие психосоматические реакции возможны на стресс.

5 занятие. Посвящена психологическому расставанию, прощание с травматическим прошлым.

6 занятие. Посвящена работе с созданием ресурсов для здорового проживания и освобождения от последствий посттравматического стресса, оптимизации системы отношений инвалидов.

7 занятие. Посвящена созданию перспектив и построению будущего.

Участники группы успешно справились с поставленными задачами.

Материалы обследования экспериментальной группы отразили характер проблем, личностных травм и некоторые особенности поведения ее членов.

СПТ дал возможность членам группы быстрее познакомиться друг с другом и освоиться в непривычной обстановке, лучше узнать себя и других, а также выявить отношение к себе других участников группового процесса. Такое знакомство позволяет участникам активно и доверительно общаться внутри группы. Кроме этого, жестко структурированное время тренинга и заданное (с помощью системы специальных упражнений) поведение позволяют снять с участников тревогу, беспокойство, (иногда - робость) и дают возможность в короткое время выполнить большой объем психологической работы.

Упражнения тренинга были нацелены на решение ряда развивающих личность задач. Одна из них заключалась в возможности почувствовать и оценить себя в роли лидера и ведомого. Другая задача состояла в освоении планирования групповых действий с последующим воплощением их в конкретный практический результат.

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 1**

**ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ**

* **восстановительные медицинские мероприятия**
* **реконструктивная хирургия**
* **протезирование и ортезирование**
* **санаторно-курортное лечение**
* **профессиональная ориентация**
* **обучение и образование**
* **содействие в трудоустройстве**
* **производственная адаптация**
* **физкультурно-оздоровительные мероприятия**
* **спорт**
* **социально-средовая реабилитация;**
* **социально-педагогическая реабилитация;**
* **социально-психологическая реабилитация;**
* **социокультурная реабилитация;**
* **социально-бытовая адаптация**

**ПРИЛОЖЕНИЕ №2**

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ

СОБСТВЕННО

СОЦИАЛЬНАЯ

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ

СОЦИАЛЬНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ

СОСТАВЛЯЮЩИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

(по Каряни)

СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ

1. Кутьинов. Диссертация кандидата психологических наук с. 9. [↑](#footnote-ref-1)
2. Федеральный закон от 24 ноября 1995 года № 181 "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации", Ст.9. [↑](#footnote-ref-2)
3. См. там же [↑](#footnote-ref-3)
4. Федеральный закон от 24 ноября 1995 года № 181 "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации", Ст.7. [↑](#footnote-ref-4)
5. Федеральный закон от 24 ноября 1995 года № 181 "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации", Ст.11. [↑](#footnote-ref-5)
6. Тренинг вели тренеры А.Г.Караяни и ВЕСТА [↑](#footnote-ref-6)