

**Т. В. Рогачева,**

*д-р психол. наук, доцент*

*ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов»,*

*Екатеринбург*

*e-mail: TVRog@yandex.ru*

## **МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАК ВОЗМОЖНОСТЬ ТРАНСФОРМАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ИНВАЛИДОВ**

**Аннотация.** В статье представлен анализ методологических оснований оказания социальных услуг по реабилитации и абилитации людей с ограничениями жизнедеятельности. Показаны принципиальные отличия Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), от Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН), которая базировалась на медицинской модели здоровья — болезни. Описаны структура, основные понятия МКФ, что позволяет специалисту, участвующему в реабилитационном процессе, комплексно подойти к организации и оказанию социальных услуг в реабилитации.

**Ключевые слова:** социальная реабилитация; функционирование; активность; участие.

**T. V. Rogacheva,**

*Doctor of Psychological Sciences, Associate Professor*

*GAU "Regional Center for Rehabilitation of Disabled People",*

*Yekaterinburg*

*e-mail: TVRog@yandex.ru*

## **METHODOLOGICAL FOUNDATIONS OF SOCIAL REHABILITATION AS AN OPPORTUNITY TO TRANSFORM SOCIAL SERVICES FOR DISABLED PEOPLE**

**Abstract.** The article presents an analysis of the methodological foundations for the provision of social services for the rehabilitation and habilitation of peo-

ple with disabilities. The article shows the fundamental differences between the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and the International Classification of Disorders, Disability and Social Insufficiency (ICN), which was based on the medical model of health — disease. The article describes the structure and basic concepts of the ICF, which allows a specialist involved in the rehabilitation process to comprehensively approach the organization and provision of social services in rehabilitation.

**Keywords:** social rehabilitation; functioning; activity; participation.

Современная общественная ситуация, изменение отношения общества к людям, имеющим ограничения физического, психического или социального характера, побудили совершить пересмотр принятых научным сообществом методологических принципов исследования реабилитации.

Первоначально реабилитологи ориентировались на Международную классификацию нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН) — International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), утвержденной Всемирной организацией здравоохранения в 1980 г. [1]. МКН, являясь дополнением к МКБ 10 (Десятый пересмотр Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем), выступила своеобразным инструментом анализа и решения проблем жизнеобеспечения людей, связанных с состоянием их здоровья. Классификация опирается на определение здоровья, данное ВОЗ в 1946 году в своем Уставе (Конституции). Здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Поэтому в данной классификации под нарушением понимается любая утрата или нарушение анатомической, физиологической или психологической структуры или функции. Нарушение может относиться как к аномалии структуры и вида тела или функционирования органа, так и к системе органов по любой причине. Термин «инвалидность» в системе МКН предполагает, что в результате нарушения человек не может выполнять деятельность способом и в пределах, которые принято считать нормальными, и отражает последствия нарушения в терминах функциональных

возможностей и активности индивида. Невозможность осуществлять деятельность привычным для человека способом вызывает, в свою очередь, ограничения жизнедеятельности, что приводит к социальной недостаточности. Социальная недостаточность — это ограничение для индивида возможности выполнять нормальную социальную роль, соответствующую возрасту, полу, общественной и культурной деятельности человека в результате нарушения или инвалидности. Данный термин отражает расстройство адаптации человека к окружающему миру и взаимодействия с ним. Другими словами, это расстройство адаптации человека к окружающему миру и взаимодействия с ним.

Весь процесс можно описать в схеме (рис. 1).

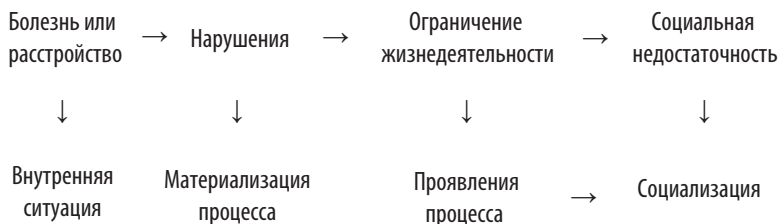


Рис. 1. Схема социализации болезни

Следовательно, в данном документе внимание сосредоточено на негативных изменениях, которые произошли как с организмом человека, так и в различных сферах его жизнедеятельности вследствие заболевания или травмы. По словам Э.И. Аухадеева, «... в данном документе сформулировано понятие последствий заболеваний как основного предмета науки и практики реабилитации» [2, с. 5]. МКН базируется на «медицинской» модели инвалидности, поэтому на первом месте — персональные нарушения здоровья, вызванные различными клиническими факторами (болезнью, травмой и пр.), что определяет очередность оказания помощи инвалиду. Сначала требуется медицинская помощь как ориентация на негативных изменениях и поиск выхода из сложившегося положения, которые осуществляет профессиональный медицинский работник. Различные социальные службы присоединяются к решению проблемы

конкретного человека по мере необходимости и находятся как бы на вторых ролях.

После отработки основных положений МКН специалистам стало понятно, что в данном документе существуют определенные недостатки. Так, не была раскрыта роль социальной и физической окружающей среды как в формировании определенных клинико-психологических состояний, вызванных болезнью или травмой, так и при преодолении последствий заболеваний. Во-вторых, данный документ ориентирует специалиста на оценивание главным образом последствий нарушений, не заостряя внимание на резервах восстановления или компенсации и реабилитационном потенциале инвалида. Фактически отсутствие или минимизация вышеперечисленных факторов, влияющих на реабилитационный процесс, не позволяют разработать индивидуальную программу реабилитации или абилитации инвалида. Поэтому потребовался другой документ, учитывающий эти факторы. Именно МКН послужила отправной точкой для разработки современного технологического инструмента, обеспечивающего решение широкого круга проблем современной реабилитологии.

МНК, логично сочетаясь с МКБ 10, стала международно-признанным единым языком, с помощью которого все нозологические формы унифицированы и признаются представителями любых медицинских направлений. Но МКБ и МНК ограничены только болезнью и ее последствиями, достаточно сложно прояснить, какие сопутствующие функциональные проблемы сопровождают человека в жизни. К таким проблемам можно отнести ограничения в самообслуживании, мобильности, общения и пр. Другим недостатком МКН выступает ориентация только на инвалида, неприменимость к любому человеку, имеющему сложности или проблемы со здоровьем, т. е. данная классификация не универсальна.

Поэтому в 2001 году на смену МКН приходит Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [3] (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF), которая опирается на интеграцию «медицинской» и «социальной» моделей инвалидности и базируется на биопсихосоциальной модели «здоровье — болезни». Данный

документ отходит от классификации «последствий» нарушений функционирования и на первые позиции ставит «составляющие здоровья». Если последствия заболевания ориентируют специалиста на изменения здоровья, которые могут возникнуть у индивида, то составляющие здоровья ориентируют на ресурсы личности.

Во всемирном докладе об инвалидности ВОЗ сказано, что «...инвалидность — одна из составляющих человеческого существования. Почти каждый человек в течение жизни может иметь временные или постоянные нарушения, а те, кто доживут до старшего возраста, могут испытывать все большие трудности с функционированием. Инвалидность — это сложное явление, а меры вмешательства по преодолению ущерба, обусловленного инвалидностью, носят комплексный и системный характер и варьируются в зависимости от конкретных условий», поэтому МКФ определяет инвалидность как «зонтичный термин для обозначения нарушений, ограничений в действиях и ограничений в участии» [4, с. 6].

Первым принципиальным отличием МКФ от МКН явился отказ от признанного в медицине причинно-следственного критерия, смысл которого в том, что между всеми компонентами последствий болезни есть связь. В МКБ 10 нарушения описаны диагнозом как констатацией факта наличия у конкретного индивида набора симптомов и синдромов, т. е. МКБ описывает состояние болеющего человека на данный момент. МКН ориентирует специалиста на минимизацию выявленных нарушений.

МКФ дополняется информацией о функционировании, активности и участии конкретного индивида, а также анализом различных факторов окружающей среды, помогающих или мешающих этому индивиду справиться со своим состоянием. Такая информация позволяет получить всестороннюю картину ситуации инвалида, которая и является основанием для принятия решения специалистами при разработке реабилитационного маршрута.

В МКФ введен новый термин — «функционирование», который помогает описывать положительные или нейтральные аспекты функций организма, активности и возможностей участия индивида в различных видах деятельности. Второй термин МКФ — «ограничения жизнедеятельности» — также относится ко всем нарушениям,

ограничениям активности и участия. Таким образом, отличием МКФ от МКН было введение критериев влияния личностных и контекстных факторов (факторов окружающей среды) во всех их проявлениях на реабилитационный процесс. Таким образом, еще одним принципиальным отличием МКФ от МКН выступает возможность описания ситуации индивида, исходя из тех нарушений, которые у него имеются, а также из контекстных факторов, к которым относятся личностные особенности и факторы окружающей среды, т. е. введение термина «функционирование» подчеркивает процессуальный, а не статичный характер МКФ.

Можно сказать, что МКФ описывает функциональное здоровье любого человека. Функциональное здоровье с учетом условий физической и социальной среды для конкретного индивида в контексте МКФ состоит из следующих компонентов:

- соответствующие общепринятым в данном обществе нормам функции и структуры организма (включая психическую сферу);
- соответствующие общепринятым нормам возможности и способности человека;
- обеспечение своего существования во всех важных для конкретного индивида сферах без ограничений функций и структур организма, его активности.

Таким образом, в понятие «функционирование» включены и его функциональные способности, которые отражены в понятии «функциональное здоровье» в дополнение к биомедицинским показателям. Ограничение функционального здоровья с позиции МКФ есть результат негативного взаимодействия между проблемой здоровья (нарушениями) и контекстными факторами индивида. Такое нарушение функционального здоровья и есть инвалидность. Поэтому подход, представленный в МКФ, имеет серьезные перспективы для проведения реабилитационных и абилитационных мероприятий.

Третьим важным отличием МКФ от МКН является четкая ориентация на конкретного индивида по всем показателям и диалектический характер описания. Так, в МКФ указывается, что «у двух индивидов с одинаковыми заболеваниями могут быть различные уровни функционирования, и два индивида с равным уровнем функционирования не обязательно имеют одинаковое измене-

ние здоровья» [3, с. 5]. Поэтому если МКН предлагает «линейную» схему определения инвалидности (рис. 1), то МКФ охватывает все сферы жизнедеятельности индивида в виде своеобразного «зонтика», оценивая составные части функционирования (активность, участие, функции и структуры организма), факторы окружающей среды и личностные факторы. Например, два человека, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения (I 69.3 — по МКБ 10), могут принципиально отличаться по вовлеченности в социальную среду, т. е. по домену «Активность и участие» в МКФ. Так, один человек большую часть времени находится дома в пассивном состоянии, т. к. боится повторения инсульта, второй продолжает активно, в силу своих возможностей, например, помогать взрослым детям в воспитании внуков, ходит в магазин, на прогулку, общается с друзьями и пр.

Как подчеркивают Е. В. Мельникова с коллегами, «... важно понимать отличие терминов МКФ от бытовых смыслов слов “активность” и “участие”. Активность — это термин для описания составляющих здоровья, а не любая активность врача или активность вокруг индивида. Это активность пациента в отношении выполнения задач, возникающих по ходу жизни. <...> Так, к активности или участию с позиции МКФ не будет относиться приготовление пищи, если сам пациент в этом процессе не участвует» [4, с. 8]. Таким образом, отличие заключается в актуальности любой деятельности для индивида (активность) и направленности этой деятельности (участие), т. е. понятие «активность» связано с любой активной деятельностью человека, снижающей ограничения его жизнедеятельности для себя, а «участие» — во взаимодействии этого же индивида с другими людьми.

Таким образом, МКФ позволяет определять рамки для описания в первую очередь состояния здоровья и различных факторов, влияющих на это здоровье, предлагая интегративную оценку ситуации человека. МКФ является классификацией здоровья в том смысле, что в ней представлены все аспекты человеческого функционирования и инвалидности, которые должны рассматриваться в контексте здоровья, когда оно может быть нарушено вследствие болезни, нарушения, увечья или травмы. И с этой точки зрения МКФ является

языком для статистики здоровья, то есть отражает данные, которые характеризуют здоровье индивидуумов и населения.

Основными **целями** МКФ выступают:

- обеспечение научной основы для понимания и изучения показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, результатов вмешательств и определяющих их факторов;

- формирование общего языка для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, с целью улучшения взаимопонимания между различными пользователями: работниками здравоохранения, исследователями, администраторами и обществом, включая людей с ограничениями жизнедеятельности;

- возможность сравнения информации в разных странах, сферах здравоохранения, службах и во времени;

- обеспечение систематизированной схемы кодирования для информационных систем здоровья [3, с. 6].

МКФ имеет свою структуру, представленную в табл. 1.

Рассмотрим основные термины МКФ. Для определения рамок с целью описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, в МКФ введены домены как «практический и значимый набор взаимосвязанных физиологических функций, анатомических структур, действий, задач и сфер жизнедеятельности индивида» [3, с. 3]. МКФ разделена на две части: функционирование и ограничения жизнедеятельности (часть, относящаяся к составляющей «здоровье») и контекстовые факторы (часть, относящаяся к составляющей «факторы, связанные со здоровьем»). Эти составляющие состоят из доменов, поэтому структура МКФ раскрывается с помощью 4 взаимосвязанных параметров:

- функции и структуры организма: изменения анатомических структур; изменения физиологических структур;

- активность и участие: потенциальная способность; реализация;

- факторы окружающей среды: внешнее влияние на функционирование и ограничения жизнедеятельности;

- личностные факторы: внутреннее влияние на функционирование и ограничения жизнедеятельности.



## Структура МКФ

Показатель	Часть 1. Функционирование и ограничения жизнедеятельности		Часть 2. Контекстовые факторы	
	Функции и структуры организма	Активность и участие	Факторы окружающей среды	Личностные факторы
Домены	Функции организма Структуры организма	Сферы жизнедеятельности (задачи, действия)	Внешнее влияние на функционирование и ограничения жизнедеятельности	Внутреннее влияние на функционирование и ограничения жизнедеятельности
Параметры	Изменение функций организма (физиологическое) Изменение структур организма (анатомическое)	Потенциальная способность Выполнение задачи в стандартных условиях Реализация Выполнение задачи в реальной жизненной ситуации	Облегчающее или затрудняющее влияние физической, социальной среды, мира отношений и установок	Влияние личностных свойств
Позитивный аспект	Функциональная и структурная целостность	Активность и участие	Облегчающие факторы	Неприменимо
Негативный аспект	Функционирование Нарушение	Ограничение активности Ограничение возможности участия	Препятствующие факторы/барьеры	Неприменимо

Примечание: составлено по: [3, с. 12].

МКФ начинается с раздела «Функционирование и ограничения жизнедеятельности». В отличие от МКН, где ограничение жизнедеятельности трактуется как изменение, возникающее в результате нарушений либо структур, либо функций организма, в МКФ ограничение жизнедеятельности — это дефицит физических и социальных действий. «Как классификация, МКФ не моделирует “процесс” функционирования и ограничений жизнедеятельности. Однако, она может быть использована для описания этих процессов, предлагая средства отображения различных параметров и доменов. МКФ обеспечивает многоцелевые подходы к классификации функционирования и ограничений жизнедеятельности как взаимодействующих и развивающихся процессов», — указано в МКФ [3, с. 21]. Таким образом, в МКФ под ограничением жизнедеятельности рассматривается общий термин для нарушений, ограничений активности и возможности участия. Этот термин указывает на все возможные негативные аспекты взаимодействия между индивидом, имеющим проблемы со здоровьем, факторами окружающей среды и личностными факторами.

Другими словами, под ограничением в МКФ, во-первых, понимается любое нарушение функционального здоровья, что может приводить к инвалидности. Согласно модели МКФ, инвалидность является понижением функционирования тела, личности или социальной активности. Следовательно, совокупность функционирования частично совпадает с совокупностью здоровья. Вот почему нарушения на личностном уровне, например депрессивные состояния или личностная тревожность, являются понижением уровня здоровья.

Именно поэтому медико-социальная экспертиза определяет инвалидность, исходя из ограничений жизнедеятельности: способности к самообслуживанию, способности к передвижению, способности к общению, способности к ориентации, способности контролировать свое поведение, способности к обучению и способности к трудовой деятельности. Трактовка понятия «ограничение» в МКФ включает как последствия, так и результат взаимодействия между изменениями здоровья индивида и социальными факторами, включающими условия жизнедеятельности этого человека.

К таким социальным факторам могут относиться государственные и общественные структуры, окружающая среда в виде зданий, транспорта, общественных мест и пр., квартира, в которой проживает человек, отношения к нему окружающих и др., которые помогают либо мешают функционированию конкретного человека. Кроме того, понятие «ограничение» может распространяться на факторы окружающей среды, которая может выступить непреодолимым барьером для инвалида.

Анализ нарушений с позиции процессуального подхода позволяет пользователям МКФ рассматривать их как определенные проблемы, возникшие в функциях или структурах организма, а не сводить их только к патологическому процессу. В первую очередь, нарушения — это отклонения от определенных общепринятых стандартов биомедицинского статуса организма и его функций и не зависят от этиологии конкретной нозологической формы. Как указывают Ф. А. Юнусов, Г. Гайгер, Э. Микус, «...нарушение может быть частью или проявлением изменения здоровья, но оно не является обязательным признаком болезни и не означает, что индивид должен считаться больным. Например, утрата конечности — это нарушение структуры организма, а не расстройство и не болезнь» [5, с. 22].

Следовательно, понятия «функционирование» и «ограничение жизнедеятельности» в МКФ позволяют разработать профиль функционирования и ограничений жизнедеятельности конкретного индивида как динамическое взаимодействие между различными изменениями здоровья и факторами, способствующими или мешающими процессу реабилитации и, если возможно, выздоровлению индивида.

Следующими понятиями МКФ выступают «активность» и «участие». Под активностью в МКФ понимается «выполнение задачи или действия индивидом» [3, с. 11]. Как указано в МКФ, «домены для составляющей: активность и участие, даны в одном перечне, охватывающем все сферы жизни (от базисных навыков обучения, использования зрения до более сложных сфер, таких как межличностные взаимодействия или трудовая занятость). Составляющая может использоваться как для обозначения активности или участия, так и для того и другого вместе» [3, с. 16]. Именно понятие «активность» имеет существенное значение для проведения реабилита-

ционной диагностики, мониторинга и оценки результативности реабилитационных услуг.

Домены этой составляющей квалифицируются двумя определителями: реализация и потенциальная способность (capacity). Определитель «реализация» позволяет установить, что конкретно делает индивид в условиях его реальной среды, т. к. для реабилитационной диагностики важно, как человек вовлечен в социальный контекст и как он применяет свой жизненный опыт. Классификатор активности и участия включает в себя характеристики различных сфер жизни, которые либо выступают/могут выступать видами деятельности человека (активность), либо обеспечивают жизнь человека в различных сообществах (участие). Поэтому данный термин прямо связан с результативностью. Например, результат двигательной активности человека с ограничением к передвижению улучшается с применением технических средств (ортезов, роллаторов и пр.). Кроме того, результат конкретной деятельности можно наблюдать непосредственно.

Понятие «потенциальная способность» (capacity), трактуемая разработчиками МКФ в рамках западной гуманистической традиции, позволяет показать, насколько индивид способен справляться с определенной задачей или действием и каков адекватный уровень функционирования для этого индивида в данный момент.

Отношение между понятиями «потенциальная способность» и «реализация» (результат) характеризуется следующими признаками:

— во-первых, из выявленной потенциальной способности сложно сделать вывод о результате. Необходима информация о контекстных факторах (индивидуально-личностных особенностях индивида, его окружении и др.), в которых эта способность либо активизируется, что приведет к положительному результату, либо так и останется потенциальной;

— во-вторых, чтобы выявленная способность была превращена в выполненное действие (решенную задачу), необходимо сопровождать индивида в этом действии (проверять возможности и готовность индивида для осуществления поставленной задачи);

— в-третьих, не стоит путать потенциальные способности индивида, к которым привыкли его окружающие (например, близ-

кие обучаются понимать искаженную речь человека, перенесшего инсульт) и результат (когда при реабилитационной диагностике выявлены тяжелые нарушения речи у этого же индивида).

Одна только информация по нарушениям активности и возможностей участия не дает полной картины инвалидности, будь это человек или население в целом. Если сказать о ком-то, что этот человек слепой, глухой, имеет умственную отсталость или трудности с передвижением, то это ничего не говорит о том, как эти нарушения негативно отражаются на возможностях этого человека выполнять ежедневные действия. И без информации, в каких условиях этот человек проживает (средовые факторы), сложно предположить, что фактически делает человек в своей жизни, т. е. есть ли у него семья, учится ли такой человек успешно в школе, работает ли. Именно эти факторы позволяют составить полную картину инвалидности, без которой не было бы никакого представления о том, какие ресурсы или услуги могут потребоваться таким людям. Поэтому в МКФ введен еще один раздел «Контекстовые факторы», представляющий собой совокупность обстоятельств жизни индивида. Контекстовые факторы включают факторы окружающей среды, которые «...создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, в которой люди живут и проводят свое время» [3, с. 199] и личностные факторы, т. е. данные о личности индивида и «о людях или животных, которые обеспечивают практическую физическую или эмоциональную поддержку, заботу, защиту и помощь во взаимоотношениях с другими людьми» [3, с. 218].

Контекстовые факторы представлены в МКФ таким образом, чтобы диагностировать ситуацию индивида на двух уровнях: на уровне индивида с целью анализа внутреннего влияния (индивидуально-личностные особенности, отношение к болезни, ресурсы, реабилитационный потенциал, воздействие непосредственного окружения на ситуацию индивида и пр.) и на уровне общества с целью определения внешних воздействий на функционирование и ограничения жизнедеятельности (формальные и неформальные структуры, различные службы, установки социума относительно людей с инвалидностью, связь, транспорт, коммуникационные системы, а также официальные и неофициальные регламентирую-

шие документы и пр.). Таким образом, контекстовые факторы дают полное представление о жизненной ситуации индивида.

Факторы окружающей среды описывают ту физическую и социальную обстановку, в которой индивид проживает и проводит свое время. Отметим, что в МКФ понятие «факторы окружающей среды» сформулированы с точки зрения обеспечения не только физической, но и социальной и социально-психологической обстановки. Так, в МКФ четко указано, что факторы окружающей среды «...создают физическую и социальную обстановку, включая среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время» [3, с. 22]. На уровне общества это формальные и неформальные социальные структуры, службы, общие установки и системы в сообществе или сфере культуры, которые оказывают влияние на людей. Этот уровень включает организации и службы, относящиеся к труду, деятельности в сообществах, к правительственным учреждениям, транспортным и коммуникационным службам, негосударственным социальным структурам, а также законы, постановления, официальные и неофициальные правила, связи и идеологии.

Эти факторы могут выступать как барьеры либо как помощь. Следовательно, факторы окружающей среды оказывают непосредственное воздействие на структуры и функции организма, потенциальные способности и возможности реализации индивида. Включение контекстовых факторов в классификацию позволяет ответить на вопрос о положительном или негативном воздействии на человека как его самого, так и его окружения.

После внедрения МКФ в практику постепенно происходит переход от понимания реабилитации как только устранения последствий заболеваний, травм или любых других нарушений функционирования, к комплексной биопсихосоциальной модели здоровья — болезни, на основе которой реабилитация приобретает комплексный и мультимодальный характер. Целью реабилитации выступает восстановление либо компенсация за счет развития других определенных функций для социальной адаптации, включая достижение человеком материальной независимости (активность) и интеграцию в общество (участие), а также формирование соответствующей окружающей среды, состоящей из контекстовых факторов.

## Литература

1. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности : руководство по классификации болезней и причин инвалидности. М. РАМН: НИИ социальной гигиены, экономики. М., 1994. 106 с.

2. Аухадеев Э. И. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, рекомендованная ВОЗ, — новый этап в развитии реабилитологии // Казанский медицинский журнал. 2007. Т. 88, № 2. С. 5–9.

3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Женева : Всемирная Организация Здравоохранения ; СПб. : Институт усовершенствования врачей-экспертов, 2001. 346 с.

4. Использование МКФ в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации: инструкция для специалистов / Е. В. Мельникова, Т. В. Буйлова, Р. А. Бодрова, А. А. Шмонин и др. // Вестник восстановительной медицины. 2017. № 6. С. 7–20.

5. Юнусов Ф. А., Гайгер Г., Микус Э., Манувальд В. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом. М. : Общероссийский общественный фонд «Социальное развитие России», 2017. 332 с.

## References

1. International nomenclature of disorders, life restrictions and social insufficiency: a guide to the classification of diseases and causes of disability. M. : RAMS: Research Institute of Social Hygiene, Economics. M., 1994. 106 p.

2. Aukhadeev E. I. International classification of functioning, limitations of life and health, recommended by WHO, — a new stage in the development of rehabilitation // Kazan Medical Journal. 2007. Vol. 88, no. 2. P. 5–9.

3. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World Health Organization; St. Petersburg: Institute for Advanced Training of Medical Experts, 2001. 346 p.

4. The use of ICF in outpatient and inpatient medical rehabilitation: instructions for specialists / E. V. Melnikova, T. V. Buylova, R. A. Bodrova, A. A. Shmoninet et al. // Bulletin of Restorative Medicine. 2017. No. 6. P. 7–20.

5. Yunusov F. A., Gaiger G., Mikus E., Manuvald V. Organization of medical and social rehabilitation abroad. M. : All-Russian Public Fund "Social Development of Russia", 2017. 332 p.

**М. В. Романова,**

*студент,*

*Российский государственный профессионально-педагогический университет,*

*Екатеринбург*

*e-mail: maria00srvv96@gmail.com*

## **РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТА ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ COVID-19**

**Аннотация.** В статье раскрывается роль специалиста по социальной работе в период пандемии, приводятся статистические данные Роспотребнадзора по заражению COVID-19 в России, описаны этические принципы, на которые опираются специалисты. Говорится о мерах, которые предусмотрены в социальных учреждениях для предупреждения коронавирусной инфекции.

**Ключевые слова:** специалист по социальной работе, пандемия COVID-19.

**M. V. Romanova,**

*student,*

*Russian State Vocational Pedagogical University,*

*Yekaterinburg*

*e-mail: maria00srvv96@gmail.com*

## **THE ROLE OF A SOCIAL WORK SPECIALIST IN THE CONTEXT OF COVID-19**

**Abstract.** The article reveals the role of a specialist in social work during the pandemic, provides statistical data of Rospotrebnadzor on COVID-19 infection in Russia, and describes the ethical principles on which specialists rely. It refers to the measures that are provided in social institutions to prevent coronavirus infection.

**Keywords:** social work specialist, COVID-19 pandemic.