

Министерство социальной политики Свердловской области
государственное автономное учреждение Свердловской области
«Областной центр реабилитации инвалидов»

ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ: ДИАГНОСТИКА И МОНИТОРИНГ

Екатеринбург - 2017

Информационно-методические материалы «Оценка результативности реабилитации и абилитации: диагностика и мониторинг» составлены для формирования единых подходов к определению результативности проведенных реабилитационных и абилитационных мероприятий инвалидам в учреждениях социального обслуживания населения Свердловской области. Данные рекомендации включают: нормативные правовые акты, регламентирующие вопросы реабилитации и/или абилитации инвалидов (детей-инвалидов), теоретические подходы к оцениванию результативности в зарубежной и отечественной науке, критерии результативности реабилитации инвалидов, описаны клинические и психологические инструменты для оценки результативности реабилитационного процесса, предложены основные этапы мониторинга реабилитационного процесса в учреждении социального обслуживания населения.

Данные методические рекомендации предназначены для специалистов различных учреждений и организаций, осуществляющих реабилитационные (абилитационные) мероприятия и социальное обслуживание инвалидов.

Составитель: Исаева Е.Р., доктор психологических наук, заведующая кафедрой общей и клинической психологии I Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. Академика И.П. Павлова

Консультанты: Шестакова Е.В., заместитель директора ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов»;

Рогачева Т.В., заведующая отделением реабилитационной диагностики и мониторинга ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов».

СОДЕРЖАНИЕ

I	Область применения	4
II	Нормативное правовое обеспечение	4 - 6
III	Определения, термины, сокращения	6 - 9
IV	Теоретические и методические аспекты оценки результативности реабилитации и абилитации инвалидов	
	IV.I. Теоретические подходы к оценке результативности	10 – 16
	IV.II. Методологические основания оценки результативности реабилитации	16 - 18
V	Критерии оценки результативности реабилитационного процесса	26 - 31
VI	Клинические и психодиагностические инструменты для оценки результативности реабилитационного процесса	26 - 31
VII	Основные этапы мониторинга реабилитационного процесса	31 - 36
VIII	Литература	37 - 41

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Настоящие информационно-методические материалы представляют собой один из возможных подходов к оценке результативности реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) в соответствии с их индивидуальной программой реабилитации и абилитации (далее ИПРА). Информационно-методические материалы включают: нормативные правовые акты, регламентирующие вопросы реабилитации и/или абилитации инвалидов (детей-инвалидов), теоретические подходы к оцениванию результативности в зарубежной и отечественной науке, критерии результативности реабилитации инвалидов, описаны клинические и психологические инструменты для оценки результативности реабилитационного процесса, предложены основные этапы мониторинга реабилитационного процесса в учреждении социального обслуживания населения.

II. НОРМАТИВНОЕ ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Следующие документы, полностью или частично, являются нормативными ссылками для разработки настоящего сборника информационно-методических материалов и их использования в деятельности организаций и учреждений, реализующих индивидуальную программу реабилитации и абилитации (ИПРА) инвалида в Свердловской области:

1. Конвенция о правах инвалидов (принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г., подписана от имени Российской Федерации 24 сентября 2008 г., ратифицирована Федеральным законом №46-ФЗ от 03.05.2012).

2. Первоначальный доклад Российской Федерации о выполнении Конвенции о правах инвалидов «О мерах, принятых для осуществления обязательств по Конвенции о правах инвалидов, и о прогрессе, достигнутом в соблюдении прав инвалидов в течение двух лет после её вступления в силу для Российской Федерации», с приложениями.

3. Международная классификация нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности (МКН) опубликована Всемирной Организацией Здравоохранения в 1980 г .

4. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), утверждена 54-ой сессией Ассамблеи Всемирной организации здравоохранения 22.05.2001 (резолюция WHA54.21).

5. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, приняты Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций на ее сорок восьмой сессии 20 декабря 1993 года (резолюция 48/96).

6. Федеральный закон от 24.11.1995 г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в российской Федерации».

7. Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ (ред. от 21.07.2014) "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".

8. Федеральный закон от 01.12.2014 г. № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов».

9. Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2015 № 1297(с изменениями на 25 мая 2016 года).

10. Приказ Минтруда России от 31 июля 2015 г. N 528н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации и абилитации ребенка – инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм (в ред. Приказа Минтруда России от 27.01.2016 N 26н)».

11. ГОСТ Р 53874-2010 Национальный стандарт Российской Федерации «Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг».

12. ГОСТ Р 54738-2011 Национальный стандарт Российской Федерации «Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации».

13. ГОСТ Р 52495-2005 Национальный стандарт Российской Федерации «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг».

14. ГОСТ Р 52142-2013 Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения.

15. Закон Свердловской области от 03.12.2014 N 108-ОЗ. "О социальном обслуживании граждан в Свердловской области".

16. Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2015 №1 297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы»

17. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р.

18. Приказ Минтруда России от 17.12.2015 г. № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

19. Приказ Минтруда России от 31.07.2015г. № 528н "Об утверждении порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации

или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка – инвалида, выдаваемых Федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм".

20. Приказ Минтруда России от 13.04.2015г. №228н "Об утверждении формы акта медико-социальной экспертизы гражданина и Порядка его составления".

21. ГОСТ Р ИСО 9000-2000. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь. М.: ИПК Издательство стандартов, 2001. – 68 с.

22. ГОСТ Р ИСО 9000 – 2008. Системы менеджмента качества. М.: Стандартиформ, 2009. – 35 с.

23. ГОСТ Р ИСО 9001—2015. Системы менеджмента качества. Требования. М.: Стандартиформ, 2015. – 29 с.

III. ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ТЕРМИНЫ, СОКРАЩЕНИЯ

Абилитация инвалидов - система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Активность – выполнение задачи или действия инвалидом. Это индивидуальная сторона функционирования.

Виды социальных услуг

1) социально-бытовые, направленные на поддержание жизнедеятельности получателей социальных услуг в быту;

2) социально-медицинские, направленные на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья;

3) социально-психологические, предусматривающие оказание помощи в коррекции психологического состояния получателей социальных услуг для адаптации в социальной среде, в том числе оказание психологической помощи анонимно с использованием телефона доверия;

4) социально-педагогические, направленные на профилактику отклонений в поведении и развитии личности получателей социальных услуг, формирование у них позитивных интересов (в том числе в сфере досуга), организацию их досуга, оказание помощи семье в воспитании детей;

5) социально-трудовые, направленные на оказание помощи в трудоустройстве и в решении других проблем, связанных с трудовой адаптацией;

6) социально-правовые, направленные на оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно, в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг;

7) услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов;

8) срочные социальные услуги.

Домен – это практический и значимый набор взаимосвязанных физиологических функций, анатомических структур, действий, задачи сфер жизнедеятельности.

Единица классификации – категория внутри каждого из доменов.

Инвалид – человек, имеющий нарушение здоровья со стойким расстройством той или иной функции организма (слуха, зрения, осязания и др.), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами и приводящее к ограничению его жизнедеятельности, вызывающее необходимость его социальной защиты;

Изменение здоровья – это общий термин для болезни (острой или хронической), расстройства, повреждения или травмы. Изменение здоровья может также включать другие обстоятельства, такие как беременность, старение, стресс, врожденную аномалию или генетическую предрасположенность. Изменения здоровья кодируются в МКБ -10.

Индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА) - документ, в котором указаны форма социального обслуживания, виды, объем, периодичность, условия, сроки предоставления социальных услуг, перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг, а также мероприятия по социальному сопровождению. Индивидуальная программа составляется исходя из потребности гражданина в социальных услугах, пересматривается в зависимости от изменения этой потребности, но не реже чем раз в три года. Пересмотр индивидуальной программы осуществляется с учетом результатов реализованной индивидуальной программы. Индивидуальная программа для гражданина или его законного представителя имеет рекомендательный характер, для поставщика социальных услуг - обязательный характер.

Контекстовые факторы - это факторы, которые в совокупности представляют полную обстановку жизни индивида, и в особенности тот фон, на котором показатели здоровья классифицированы в МКФ. Имеются две составляющие контекстовых факторов: факторы окружающей среды и личностные факторы.

Категория – это составляющая каждого из доменов.

Личностные факторы – это контекстовые факторы, такие как возраст, пол, социальный статус, жизненный опыт и т.д., которые являются атрибутами индивида.

Методика - это описание некоего порядка, определенной последовательности.

Методы - это способы, приемы оценки, дающие ответ на вопрос, как, каким образом может производиться (или производится) оценка результативности.

Нарушения – это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие как существенное отклонение или утрата.

Независимая оценка качества оказания услуг организациями социального обслуживания - одна из форм общественного контроля, которая проводится в целях предоставления получателям социальных услуг информации о качестве оказания услуг организациями социального обслуживания, а также в целях повышения качества их деятельности.

Ограничения жизнедеятельности - это общий термин для нарушений, ограничений активности и ограничений возможности участия. Он обозначает негативные аспекты взаимодействий между индивидом (с изменением здоровья) и контекстовыми факторами индивида (факторы окружающей среды и личностные факторы).

Ограничение активности – это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид. Ограничение активности может варьировать от легкого до тяжелого качественного или количественного отклонения в выполнении активности, как по форме, так и по величине, в сравнении с людьми без изменения здоровья.

Организм - (здесь) относится к категориям функций организма.

Социальная услуга - действие или действия в сфере социального обслуживания по оказанию постоянной, периодической, разовой помощи, в том числе срочной помощи, гражданину в целях улучшения условий его жизнедеятельности и (или) расширения его возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности

Получатель социальных услуг - гражданин, который признан нуждающимся в социальном обслуживании и которому предоставляются социальная услуга или социальные услуги.

Поставщик социальных услуг - юридическое лицо независимо от его организационно-правовой формы и (или) индивидуальный предприниматель, осуществляющие социальное обслуживание.

стандарт социальной услуги - основные требования к объему, периодичности и качеству предоставления социальной услуги получателю социальной услуги, установленные по видам социальных услуг.

Реабилитация инвалидов - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации,

включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.

Реабилитация социальная - комплекс мер, направленных на создание и обеспечение условий для социальной интеграции граждан, восстановление (формирование) социального статуса, утраченных общественных связей (на макро- и микроуровне)

Результат - означает конечный итог, завершающий собой этап/курс реабилитации. Результат реабилитации сопряжен с ее целью, которая интерпретируется как планируемый результат, идеальное, мыслимое предвосхищение результата деятельности.

Результативность - степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

Социальное обслуживание граждан – деятельность по предоставлению социальных услуг гражданам.

Стандарт социальной услуги - основные требования к объему, периодичности и качеству предоставления социальной услуги получателю социальной услуги, установленные по видам социальных услуг.

Участие – вовлечение инвалида в жизненную ситуацию, складывающуюся во внешних условиях, облегчающих или лимитирующих функционирование и жизнедеятельность.

Эффективность - связь между достигнутым результатом и использованными ресурсами.

В настоящем документе применены следующие сокращения:

ВОЗ - всемирная организация здравоохранения;

ИППСУ - индивидуальная программа получателя социальных услуг;

ИПРА - индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальная программа реабилитации или абилитации ребенка-инвалида;

МКН - международная классификация нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности;

МКФ – международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья;

МКБ -10 - международная классификация болезней, 10-го пересмотра;

ОЖД – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать своё поведение, обучаться, заниматься трудовой деятельностью;

ЧМТ – черепно-мозговая травма

WHODAS 2.0 - шкала оценки функционирования.

IV. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

VI.1. Теоретические подходы к оценке результативности

Российская практика оценивания процессов социальной направленности, результатом которых выступают улучшение социального функционирования человека, восстановление или компенсация способностей или максимальное приспособление к новым условиям до сих пор рассматривается, по словам доктора экономических наук Т.Ч.Амалиева, «как затратная, а критерием эффективности часто является экономия на содержании и снижении удельных затрат» [12,5]. Это подтверждается мониторингом эффективности реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов. Так, по Нижегородской области в 2010 году только у 2,2% инвалидов достигнуто полное восстановление нарушенных функций, результаты медицинской реабилитации отсутствуют у 18,9%, социальной реабилитации – у 19,4% инвалидов [34, 17].

С учетом многообразия опубликованных монографий и статей на тему эффективности и результативности деятельности социальных организаций, разноплановости проводимых исследований неизбежна множественность трактовок понятий «результативность» и «эффективность», а также методов, методик и мер измерения. Итог — отсутствие четкого однозначно трактуемого определения данных понятий.

В научной литературе, освещающей проблемы оценивания, понятия «результативность» и «эффективность» часто употребляются как синонимы. М. Лебас и К. Юске указывают на то, что «...термин результативность представляет собой одно из "слов-чемоданов", внутрь которого каждый помещает подходящие ему понятия, перекладывая заботу об определении на контекст» [64, 126]. Например, Л.В. Топчий в учебном пособии «Социальное обслуживание населения» [56] в разделе «Подходы к оценке эффективности социальных услуг» описывает факторы результативности как «соотношение стандартов и норм качества социальных услуг ... со степенью достигнутых результатов». Контекстуальный характер определения эффективности и результативности дополняется субъективизмом оценки. Оценка эффективности и результативности всегда субъективна, поскольку проводится

с точки зрения конкретного субъекта оценки, имеющего индивидуальное восприятие деятельности.

К.И.Фальковская считает, что в настоящее время «применительно к социальной работе ... эффективность рассматривается как фактически достигнутые и необходимые результаты» [57, 90]. Однако автор указывает и на недостатки такого определения результативности применительно ко всей социальной работе, а также по отношению к реабилитационному процессу. Автор подчеркивает, что «цель и задачи социальной работы носят не четко очерченный характер. Традиционно к ним относят: усиление степени самостоятельности клиентов; создание условий, при которых клиенты могут максимально проявить свои возможности; создание условий, при которых люди с физическими недостатками, психическими и психологическими проблемами могут сохранить чувство собственного достоинства и уважения к себе со стороны окружающих» [57, 90-91]. Следовательно, делает вывод К.И.Фальковская, «понятие «эффективность» абстрактно, поэтому оно всегда должно быть «привязано» к какому-либо объекту, субъекту или процессу разрешения социальной проблемы (технологиям, способам, методам)» [57, 93].

Национальный стандарт «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг» [6, 4] трактует понятие «результативность» синонимично понятию «эффективность» и определяет его с двух сторон. Первая сторона - «материальная (степень решения материальных или финансовых проблем клиента), оцениваемая непосредственным контролем результатов выполнения услуги». Вторая – «нематериальная (степень улучшения психоэмоционального, физического состояния клиента, решение его правовых, бытовых и других проблем в результате взаимодействия с исполнителем услуги), оцениваемая косвенным методом, в том числе путем проведения социальных опросов, при этом должен быть обеспечен приоритет клиента в оценке качества услуги» [6, 4].

В системе менеджмента качества предложено определять результативность в соответствии с ГОСТ Р ИСО 9000-2001 как «степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов», а эффективность как «связь между достигнутым результатом и использованными ресурсами» [7, 8]. В ГОСТ Р ИСО 9001—2015 [9] даны рекомендации организациям по анализу и оцениванию результативности процесса, к которым в организациях социального обслуживания населения относятся:

- степень удовлетворенности потребителей качеством оказания услуг;
- результативность реабилитационного процесса.

Экономисты считают, что «при операционализации понятия эффективности принято различать результативность (effectiveness) и экономичность (efficiency)

деятельности» [60, 51]. Первая измеряет степень достижения установленных для организации целей. Вторая же, сопоставляя получаемые анализируемой единицей результаты со значениями факторов (обычно затратами ресурсов), при которых они были достигнуты, дает представление о том, насколько экономично она функционирует.

Обычно социальная деятельность сопряжена с созданием специфичных для нее результатов, как правило, принимающих форму услуг. Организация при этом выступает в роли преобразователя имеющихся у нее на «входе» предлагаемых реабилитационных мероприятий в получаемые на «выходе» результаты оказания реабилитационных услуг. Таким образом, в самом общем виде содержание задачи оценки результативности деятельности организации сводится к определению продуктивности и качества осуществляемого ею преобразования предлагаемых услуг в получаемые результаты.

Проблема оценки результативности в современной научной литературе представлена несколькими подходами.

Первый подход можно назвать экономическим. Представители данного подхода [47] ссылаются на работу Д.Синка «Управление производительностью: планирование, измерение и оценка, контроль и повышение» [49], в которой дано определение результативности применительно к деятельности любой системы. К показателям результативности Д. Синк отнес:

1. Действенность (effectiveness) как степень достижения системой поставленных целей, степень завершения «нужной» работы. Критериями достижения целей выступают:

- качество (совершают ли специалисты конкретной системы определенные действия в соответствии с заранее определенными требованиями);
- количество (делаются ли все определенные действия);
- своевременность (делаются ли все определенные действия вовремя).

Таким образом, показатель «действенность» позволяет сравнить, намерения и фактическое исполнение планируемых намерений.

2. Качество (quality) как степень соответствия услуг требованиям и ожиданиям как специалиста, так и потребителя услуг.

Процесс измерения результативности рассматривается в данном подходе как в первую очередь составная часть анализа и контроля. Д.Синк предлагает правила, которые могут служить критериями выбора измерительных методов и процедур [49, 78-79]:

1. Пригодность (действительно ли измеритель определяет то, для чего предназначен).

2. Правильность и точность (измеритель правильно и точно определяет статистические характеристики поведения данного феномена).

3. Полнота (или исчерпывающий характер) – (все ли желаемые параметры /переменные измерены).

4. Уникальность (конкретные измерители в системе должны быть уникальны, т.е. не должно быть избыточных или пересекающихся измерителей).

5. Надежность (измерители должны постоянно обеспечивать обоснованные результаты. Ошибки измерений должны удовлетворять принятым статистическим предпосылкам).

6. Понятность (измерители должны соответствовать уровню квалификации специалистов).

7. Квантифицируемость и контролируемость измерительных методов и процедур.

Второй подход базируется на зарубежных исследованиях в области качества, проводимых, как отмечает А. Ниили, «...в академическом сообществе ... представителями функционально различных отраслей знания. Специалисты таких сфер, как учет, экономика, управление человеческими ресурсами, маркетинг, операционный менеджмент, психология и социология, — все они изучают данный предмет» [54, 2]. Среди этих исследований, прежде всего, можно назвать концептуальные разработки У. Шухарта, Э. Деминга, Г. Тагути, Дж. Джурана, Ф. Кросби, А. Фейгенбаума, К. Исикавы, Дж. Ван Эттингера и Дж. Ситтига, представляющие собой сформированные в теоретическом плане модели управления качеством, а сами разработчики имеют почетное звание «гуру в области качества».

Для нашей работы наибольший интерес представляет модель Э.Деминга. При построении своей теории Деминг активно использовал многие идеи и концепции П. Друкера, ведущего теоретика в области управления. Именно Друкеру принадлежат слова о том, что «задача - так хорошо познать и понять клиента, что товар или услуга будут точно подходить последнему и продавать себя сами» [31]. Мощная гуманистическая составляющая метода Деминга, основанная на понимании и уважении человеческой индивидуальности, безусловно, восходит к школе человеческих отношений американского исследователя Ф. Мейо, работам по психологии А. Маслоу, Ф. Герцберга. Модель У. Деминга [30] представляет собой динамическую формулу:

Plan → Do → Check → Act
(Планируй → Выполняй → Проверяй → Действуй)

Где:

Планируй – согласование целей и необходимых компетенций; прояснение, какие задачи должны быть поставлены;

Выполняй – выполнение работ, необходимых для решения поставленных задач в соответствии с нормативными документами (в нашем случае, в соответствии с ИПРА, ИППСУ);

Проверяй – мониторинг хода выполнения работ и реакции специалистов, выполняющих эти работы;

Действуй – обсуждение положительных и отрицательных результатов, ресурсов и рисков.

Представители этого же подхода предложили способы измерения результативности [63]. Основными критериями измерения выступают следующие показатели:

1. Удовлетворенность ключевых заинтересованных лиц (т.е. прояснение, кто выступает для организации ключевыми заинтересованными лицами, и каковы их потребности)

2. Качество стратегии (т.е. определение необходимых стратегий для удовлетворения потребностей и желаний ключевых лиц)

3. Качество процессов (т. е. прояснение тех процессов, которые появятся вследствие реализации предлагаемых стратегий)

4. Наличие способностей и компетенций у персонала

5. Вклад заинтересованных лиц.

Третий подход может быть назван целевым. Разработчиком данного подхода является еще один «гуру менеджмента» Ч.Барнард [17], который еще в 1938 году выделил проблему адекватной постановки цели. Далее П. Друкер в 1954 году ввел аббревиатуру SMART как систему и методику постановки целей. Сам термин происходит от английского "smart" – «умный» (хитрый, смекалистый) и содержит **в себе 5 критериев** постановки целей:

specific - конкретная;

measurable - цель измеримая;

achievable - цель достижимая;

realistic - цель реалистичная, прагматичная;

timed – цель, определенная по времени (*time-bound* – ограниченная во времени).

П. Друкер полагал, что правильно поставленная смарт-цель обязательно будет достигнута, если она соответствует этим пяти критериям:

Specific – конкретность, т.е. цель должна быть четко описана. Конкретность предполагает однозначность трактовок и понимания различными людьми. Если при описании цели употребляются слова «увеличение», «ускорение» и т.д., то они обязательно делают цель не конкретно сформулированной.

Measurable – измеримость смарт-цели. Результат достижения цели должен быть измеримым. «Завоевание» или «улучшение показателей» трудно измерить какой-либо величиной. Причем критерии измерения должны быть определены не только для конечного результата, но и для определения достижимости промежуточных результатов.

Assignable – достижимость смарт-цели, в данном случае понимается возможность достичь цели своими силами: необходимо учитывать наличие собственных ресурсов для достижения СМАРТ-цели, собственные профессиональные возможности и личностные качества. Если полагается цель, для достижения которой требуются ресурсы, не зависящие от того, кто будет реализовывать программу достижения цели, цель может быть недостижимой. Другими словами, должен присутствовать потенциал для достижения цели, должны быть в наличии ресурсы (внешне или внутренне управляемые) для ее достижения.

Realistic – реалистичность достижения смарт-цели. Необходимо избегать постановки цели, если ее достижение очевидно не реально. Необходимо реально оценивать ресурсы, усилия, которые потребуются для достижения цели. Это не означает, что цель не должна быть амбициозной, как раз наоборот. Если цель при анализе является мало реалистичной, следует определить несколько последовательно достижимых подцелей. Каждое достижение очередной подцели должно открывать дорогу к следующей подцели, и так далее – к главной цели.

Time related (Time-bound) – смарт-цель, определенная во времени. Определение точки во времени, по наступлению которой цель должна быть достигнута. При полагании цели должны быть четко поставлены сроки ее достижения. Без четко определенных сроков достижения цели (подцелей) во времени смарт-цели быть не может.

Таким образом, в процессе определения цели эти требования выступают своеобразными критериями оценки ее потенциальной результативности, т.е. выполнимости. Конкретизация SMART и определение способов измерения достижимости результата помогут лучше понять, что же на самом деле необходимо. В основе целевого подхода лежит следующая «цепочка»:

Цели (задачи) → Ресурсы → Результаты

Обращает внимание, что в цепочке целевого подхода особое внимание уделено ресурсам, которые условно можно разделить на 2 группы. Первая группа названа неповеденческими (косвенными) ресурсами результативности [21, 32-33], к которым относятся факторы, подлежащие учету: условия, при

которых оказываются услуги (технологии, оборудование, умения, навыки и способности специалистов и пр.), организационная структура учреждения/системы реабилитации, которая может как способствовать, так и тормозить осуществление реабилитационного процесса конкретному человеку, нормативы, стандарты и пр. Вторая группа относится к т.н. поведенческим факторам и имеет непосредственное отношение к людям, как к реабилитантам, так и к специалистам, оказывающим реабилитационные услуги. К этим факторам отнесены: система ожиданий, личностные проблемы, возможности и способности людей, различные инициативы. Особое место занимает в этой группе факторов «энергетическая нежелательность поведения» [21, 40], т.е. те стратегии и методы, которыми пользуются как инвалиды (проблема рентных отношений и пр.), так и специалисты (проблема профессионального сгорания и пр.).

Общий вывод: Под **результативностью** реабилитационного процесса будет пониматься соответствие процесса реализации запланированной реабилитационной деятельности (цели реабилитации) достижению запланированных результатов. В первую очередь, результативность должна измеряться относительно конкретного инвалида, проходящего реабилитационный процесс в конкретном учреждении.

IV.II. Методологические основания оценки результативности реабилитации

В XX веке практически все специалисты в области реабилитации в качестве методологического обоснования реабилитационного процесса пользовались международной классификацией нарушений ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН) [2]. Смысл МКН заключался в оценивании последствий заболевания, которые приводят пациента к ограничениям и социальной недостаточности. Под инвалидностью рассматривается любое ограничение или невозможность — в результате нарушения — выполнения деятельности способом и в пределах, которые принято считать нормальными для человека. Т.е. данное понятие отражает последствия нарушения в терминах функциональных возможностей и активности индивида; это расстройство функций на уровне индивида. Социальная недостаточность — ограничение для индивида возможности выполнять нормальную социальную роль, соответствующую возрасту, полу, общественной и культурной деятельности человека, в результате нарушения или инвалидности. Другими словами, это расстройство адаптации человека к окружающему миру и взаимодействия с ним. 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» [14, 5]. Именно МКН послужила отправной точкой для разработки современного технологического инструмента, обеспечивающего решение широкого круга проблем современной реабилитологии. 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 последствий заболеваний, так и в их преодолении. Во-вторых, данный документ ориентирует специалиста на оценивание главным образом последствий заболевания, 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. Таким документом стала Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), одобренная Всемирной организацией здравоохранения в 2001 г., которая на сегодняшний день является международным стандартом для описания состояния реабилитируемого и определения целевых показателей реабилитации. МКФ обеспечивает единство методических подходов к реабилитации и сопоставимость материалов на международном уровне. Главным отличием МКФ от МКН выступает ориентированность на сохраняемые функции инвалида, резервы восстановления или компенсации возникших ограничений или нарушений, оценку всех индивидуальных достоинств личности инвалида. МКФ базируется на тесной интеграции медицинской модели, представленной МКН и социальной модели инвалидности для объединения различных сторон функционирования инвалида – биологической, личностной и социальной. В МКФ включены аспекты здоровья человека, обозначенные термином «домены здоровья». Домен это сфера проявления признаков здоровья или болезни, а также факторов, определяющих здоровье или болезнь, практический «набор» для оценивания результативности реабилитационного процесса:

- а) взаимосвязанные физиологические функции и анатомические структуры;
- б) действия, задачи и сферы жизнедеятельности;
- в) внешние природные и культурные условия;
- г) внутренние индивидуально-психологические особенности.

Вторая группа аспектов связана со здоровьем или «домены, связанные со здоровьем». Вторые показатели можно назвать показателями благополучия, т.е. такими показателями, которые характеризуют позитивные факторы как самого инвалида, так и его социального окружения. Другими словами, это полное описание той обстановки, в которой находится инвалид, и которые могут влиять на его здоровье. Окружающая среда с барьерами и без облегчающих факторов будет ограничивать возможности реализации реабилитационных мероприятий, точно также и личностные факторы могут влиять на ограничения жизнедеятельности человека. Поэтому они и включены в схемы МКФ, чтобы продемонстрировать вклад каждого домена на конечный результат реабилитации и абилитации инвалида.

Структура МКФ состоит из двух частей с двумя составляющими: первая включает информацию о функционировании и ограничениях жизнедеятельности; вторая – контекстовые факторы. В первой части описаны 2 составляющие: организм, активность и участие. Составляющая «организм» определяет параметры функции и структуры организма, составляющая «активность и участие» - домены функционирования человека как индивидуума (активность) и как субъекта общества и окружающей среды (участие). Термин «ограничение жизнедеятельности» обозначает проблемы аспектов здоровья и аспектов, связанных со здоровьем, а нейтральность данных факторов обозначена общим термином «функционирование». Вторая часть содержит составляющую «контекстовые факторы», разделенную на окружающие и личностные факторы. Контекстовые факторы могут влиять на здоровье положительно или отрицательно. МКФ рассматривает функциональное состояние здоровья как результат взаимодействия между человеком, имеющим определенные показатели здоровья и его контекстовыми факторами. При наличии отрицательного эффекта данного взаимодействия возникает результат – ограничение / нарушение функционального здоровья, т.е. инвалидность [3]. Следовательно, в МКФ предлагается био-психо-социальный подход к человеку и можно говорить о том, что МКФ стала более широкой классификацией «составляющих здоровья» инвалида. Несомненно, МКФ выступает инструментом объективной оценки как качества, так и результативности реабилитации и абилитации инвалидов.

V. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Оценка результативности реабилитационного процесса признается многими исследователями одной из самых сложных в теоретическом обосновании

процесса реабилитации и абилитации. Так, В.Б. Смычек пишет, что «единых подходов к оценке эффективности реабилитации сегодня не существует» [50, 310]. Английские ученые Б.И.Беккер, М.А.Хьюзлид и Д.Ульрих, описывая процесс измерения результативности работы учреждения, подчеркивают, что «потенциальные результаты оценивать сложно, из-за того, что:

1. Они, скорее всего, будут иметь место в будущем;
2. Как уровень результатов, так и вероятность их получения сопряжены с высокой степенью неопределенности. Поэтому успех зависит от качества экспертной оценки» [18, 127].

Стоит отметить, что критерии оценивания результативности (эффективности) реабилитации в медицине и в социальной сфере отличаются друг от друга. Поэтому можно выделить два подхода к оцениванию результативности, которые условно обозначены нами как медицинский и социальный.

В русле медицинского подхода авторы предлагают в качестве основного критерия оценки результативности реабилитации показатель «выздоровление». Наиболее полно данный подход представлен в работе А.Н. Ильницкого [33], который выдвигает пять основных показателей течения хронического заболевания, которые классифицируются следующим образом:

1. По характеристике обострений заболевания.
2. По характеристике временной нетрудоспособности.
3. По числу обращений в поликлинику в период между обострениями заболевания.
4. По характеристике последствий заболевания (по функциональным классам).
5. По формированию инвалидности.

Представители социального подхода к оценке результативности реабилитационного процесса в основание ставят другие критерии. В.Б.Смычек справедливо отмечает, что «желательно иметь какую-то единую, обобщенную оценку состояния клиента до и после реабилитации» [50, 311] и предлагает следующие требования, которым должны отвечать критерии результативности реабилитации:

1. Универсальность (как возможность использования при разных заболеваниях и в работе разных отделений реабилитации). Можно добавить, и разных учреждений разной ведомственной подчиненности.
2. Унификация способов оценки разных сторон реабилитации (функционального, бытового и социального восстановления).
3. Возможность сравнения данных до и после реабилитации.
4. Возможность цифрового выражения оценок.

5. Простота и доступность оценок, опыт их использования в различных практиках (клинической, социальной и пр.)

Л.Н.Клячкин и А.М.Щегольков [36, 224] предлагают оценивать результат реабилитации по трем критериям:

- субъективной самооценки клиента;
- оценки результата реабилитации по сопоставлению его с объективными параметрами исходного состояния клиента;
- сопоставления достигнутого результата с прогнозируемым, т.е. с целью реабилитации.

Таким образом, оценивание результативности, с точки зрения данных авторов, представляет собой своеобразную шкалу от категории «выздоровление» до категории «ухудшение» [36, 276].

Л.В. Топчий предлагает комплексный подход, основанный на квалиметрии как науке об измерении и оценке качества, методологическими основаниями которой выступают оценка эффективности (результативности) практической деятельности в социальной работе. В качестве критериев и показателей результативности данный автор предлагает уровни:

1 уровень измерения результативности – уровень организации, когда учитываются как количественные (количество документов, количество проведенных мероприятий, обслуженных клиентов и пр.), так и качественные показатели (организационная структура организации, оптимальность, достаточность и сбалансированность, целесообразность и комплексность проводимых мероприятий и пр.).

2 уровень измерения результативности – изменение качеств клиентов (их знаний, умений, навыков, информированности, мотивации, поведения, рост социальной активности и пр.) [55,12-16].

Способ оценки эффективности реабилитации предложили пермские коллеги В.А.Бронников и Ю.А.Мавликаева. Данные авторы опираются на МКФ и используют три блока показателей [42]. Первый блок характеризует состояние функций организма по 5 параметрам: когнитивные функции, тонус и сила мышц, выраженность боли, выделительные функции. Второй блок диагностирует активность клиента по 5 параметрам: возможности кисти, физические возможности, мобильность, уровень самообслуживания, продуктивность в домашних условиях. Третий блок ориентирован на участие клиента и состоит из 4 параметров: коммуникативные навыки, досуг, социализация, профессиональная пригодность, а также дополнительно оценивается выраженность ограничений жизнедеятельности. Первоначально производится расчет состояния клиента на начало реабилитационного процесса по формуле:

$$\text{ВОЖ} = 100 - (\text{РП}_1 / \text{МРП} \times 100) (\%)$$

Где:

ВОЖ – коэффициент выраженности ограничений жизнедеятельности, измеряемый в %;

РП₁ – сумма баллов по результатам измерений до реабилитации;

МРП – максимальный реабилитационный потенциал, т.е. максимальное количество баллов при оценке функций, активности и участия (произведение максимального значения балла на количество вопросов в тесте по каждому оцениваемому параметру с возможностью исключения из общей суммы тех видов деятельности, которые не могут быть выполнены пациентом в связи с высокой степенью тяжести нарушения функции или не используются им в повседневной жизни с учетом пола, возраста или особенностей образа жизни).

Далее, после проведения реабилитационных мероприятий либо в конце реабилитационного процесса можно определить эффективность реабилитации, т.е. изменение реабилитационного статуса инвалида в процессе курса реабилитации, которую рассчитывают по формуле:

$$\text{ЭР} = (\text{РП}_2 - \text{РП}_1 / \text{МРП} \times 100) (\%)$$

Где:

ЭР – эффективность реабилитации;

РП₁ – сумма баллов до реабилитации; РП₂ – сумма баллов после реабилитации;

МРП – максимальный реабилитационный потенциал.

Как справедливо указывают авторы, проведение измерений вначале курса реабилитации по всем параметрам с использованием балльной оценки будет отражать актуальный реабилитационный профиль, а последующая сумма полученных результатов (в баллах) – реабилитационный потенциал инвалида. Поэтому на основании полученных результатов можно разработать индивидуальный план реабилитации, определить долгосрочные и краткосрочные цели, направленные на восстановление оцениваемых параметров жизнедеятельности. Таким образом, критерием оценки результативности реабилитации В.А.Бронников и Ю.А.Мавликаева предлагают считать сопоставление достигнутых результатов с начальными, с поправкой на коэффициент выраженности ограничений жизнедеятельности (ВОЖ).

Свой вариант оценивания результативности реабилитационного процесса предлагают разработчики под руководством В.П. Шестакова из Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научный центр

реабилитации инвалидов им Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации [45]. В Отчете, который в своем названии содержит понятие «оценка региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей – инвалидов», авторы предлагают уровневую систему системного оценивания результатов реабилитации/абилитации инвалидов. Они пишут, что основным критерием оценки выступают правовые, экономические и институциональные показатели, которые «способствуют интеграции инвалидов в общество и повышению уровня их жизни» [9]. К таким уровням они относят следующие направления:

- оценка результатов реабилитации в реабилитационных организациях;
- оценка результатов предоставления реабилитационных услуг, оказываемых специалистами;
- оценка организации межведомственного взаимодействия при предоставлении реабилитационных услуг;
- оценка результатов выполнения индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, в том числе ребенка-инвалида (ИПРА).

Оценка результативности состоит из следующих компонентов:

- оценки потребности инвалидов в реабилитационных/абилитационных мероприятиях, включая раннюю помощь;
- оценки имеющихся в субъекте Российской Федерации реабилитационных/абилитационных ресурсов, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности;
- оценки соответствия имеющихся ресурсов потребностям инвалидов, включая детей-инвалидов и услуги ранней помощи;

Оценку региональной системы реабилитации/абилитации предложено разделить на 2 части: первоначальную оценку состояния системы реабилитации и оценку результатов выполнения Программы, которую разрабатывает каждый субъект Российской Федерации. Приблизительную оценку проводимой политики можно получить по результатам социологического опроса и методом экспертных оценок. Критерием оценки, в данном случае является степень удовлетворенности политикой, проводимой в субъекте Российской Федерации. Критерием для оценки реализации программы в целом является достижение целей, поставленных при планировании. Качество процесса реабилитации может быть оценено по результатам выполнения программ реабилитации, отдельных мероприятий при условии постановки цели реабилитации. Критерием, в данном случае, является степень достижения цели реабилитации.

Таким образом, делают вывод авторы, общие подходы к определению и обоснованию критериев оценки региональной системы реабилитации по основным направлениям в соответствии с типовыми показателями должны отражать:

- сформированность политики в области реабилитации;
- удовлетворенность населения реабилитационными, абилитационными услугами и услугами ранней помощи;
- отношение населения к услугам;
- наличие ресурсов (специалистов; материальной базы);
- соответствие ресурсов – потребностям [45, 14].

Авторы указывают, что «одним из наиболее сложных аспектов оценки работы системы реабилитации в субъекте Российской Федерации является оценка выполнения индивидуальных программ реабилитации и абилитации на уровне индивида, уровне организации субъекта Российской Федерации» [45, 70]. Предлагается алгоритм проведения оценки реабилитации/абилитации, цель которого «направлена на достижение оптимального функционирования инвалида в обществе» [45, 71], однако, достижение этой цели относится к конечной точке реабилитации и, как правило, достигается только за счет реализации различных программ реабилитации, выполненных различными специалистами и организациями.

Для осуществления глобальной цели реабилитационные организации и специалисты в рамках своего этапа реабилитации устанавливают свои цели реабилитации. Определение целей реабилитации позволяет определить реабилитационные мероприятия. Каждое мероприятие имеет свои целевые показатели реабилитации, которые должны быть описаны стандартизированным языком. Для описания состояния реабилитируемого и определения целевых показателей реабилитации предлагается Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

«Объектом реабилитации является функция и/или структура организма, элементы активности и участия» [45, 72]. Частной целью при таком воздействии является уменьшение (стабилизация) степени выраженности нарушений. Целевым показателем реабилитации является уменьшение (стабилизация) степени выраженности нарушений функции и/или структуры организма и/или уменьшения ограничений активности и участия.

Специалисты реабилитационных организаций в процессе формирования программы реабилитации, регистрируют нарушенные функции и/или структуры организма, элементы активности и участия, факторы окружающей

среды, определяют имеющуюся степень выраженности нарушений и ограничения по каждой категории и планируемую, которую следует достичь после прохождения цикла реабилитации, степень выраженности нарушений и ограничения.

Для количественной оценки нарушений используют следующую универсальную шкалу: 0 - нет нарушений, 1 - легкие, 2 - умеренные, 3 - тяжелые, 4 - абсолютные. Факторы окружающей среды по аналогичной шкале определяют степень воздействия в качестве барьера или облегчающего фактора (со знаком +) [45, 72].

Как справедливо указывают авторы, «целевые показатели определяют, преимущественно, профильные специалисты. При выборе целевых показателей выбираются только те функции и/или структуры организма, элементы активности и участия, факторы окружающей среды, которые:

- имеют либо положительный ресурс, либо несут отрицательное воздействие;
- могут быть изменены (стабилизированы);
- влияют на цели цикла (-ов) реабилитации» [45, 73].

В Приложении А [45, 108-109] дается пример описания целевых показателей больного на основании анамнеза и обследования специалистами. В Таблице 1 сформулированы вопросы к разработчикам карты.

Таблица 1.

Вопросы и предложения к Приложению А
(Карта результативности):

№	Вопрос	Предложение
1	Кто (реабилитационная организация различной ведомственной подчиненности или сам клиент), где и когда получает карту определения результативности?	Реабилитационная организация различной ведомственной подчиненности самостоятельно разрабатывает карту оценки результативности реабилитационных мероприятий, формулирует цель и задачи каждому структурному подразделению, оказывающему реабилитационные услуги, определяет критерии оценки ограничений жизнедеятельности инвалида на «входе» и критерии оценки результативности оказанных услуг на «выходе»
2	Будет ли организован обмен	Закрепить функцию по обмену

	<p>информацией о результатах оценки результативности реабилитационных мероприятий по медицинской, социальной, профессиональной, реабилитации и абилитации инвалидов при межведомственном взаимодействии реабилитационных организаций?</p>	<p>информацией о результатах оценки результативности реабилитационных мероприятий по медицинской, социальной, профессиональной, реабилитации и абилитации инвалидов за интеграционным консультантом в реабилитационной организации каждого ведомства</p>
3	<p>При оценке результативности реабилитации/абилитации в реабилитационных организациях, реализующих реабилитационные мероприятия в системе социального обслуживания населения, здравоохранения, содействия занятости населения как используются параметры, критерии и определители составляющей МКФ «Активность и участие»?</p>	<p>Использовать параметры, критерии и определители составляющей МКФ «Активность и участие» с указанием четкой градации внутри каждого определителя из расчета по 5 процентов погрешности:</p> <p>0 - НЕТ затруднений (никаких, отсутствуют, ничтожные...) 0-4 %</p> <p>1 - ЛЕГКИЕ затруднения (незначительные, слабые,...) 5-24%</p> <p>2 - УМЕРЕННЫЕ затруднения (средние, значимые,...) 25-49%</p> <p>3 - ТЯЖЕЛЫЕ затруднения (высокие, интенсивные,...) 50-95%</p> <p>4 - АБСОЛЮТНЫЕ затруднения (полные,...) 96-100%</p> <p>Определить инструментарий для измерения результативности реабилитации по каждому домену составляющей «Активность и участие».</p>
4	<p>Оценивается степень НАРУШЕНИЙ или</p>	<p>Оценивать ограничения жизнедеятельности в соответствии с</p>

	ОГРАНИЧЕНИЙ жизнедеятельности?	доменами составляющей «Активность и участие».
5	Как оценить поставленную цель по показателю «Первичная оценка»?	При первичной оценке оценивать не цель, а степень выраженности ограничений жизнедеятельности
6	Как с помощью данной карты определить цель и потребности самого инвалида (клиента)?	Вставить дополнительный раздел в данную таблицу (Например: запрос клиента)
7	Как можно определить результативность ДО реабилитации (см. название карты)	Изменить название карты: Карта оценки результативности индивидуального плана реабилитационных мероприятий _____/ФИО клиента в _____/наименование реабилитационной организации
8	Что такое «понимание болезни»?	Ввести термин «Отношение к болезни» и для определения пользоваться методикой ТОБОЛ
9	Куда заносятся показатели реабилитационного потенциала, полученные в результате диагностики (уточнения) в реабилитационной организации?	Ввести отдельную графу
10	<p>Каким образом в реабилитационной организации будут определяться контекстовые факторы (как барьеры и как помощь инвалиду)?</p> <p>Кто предполагается исполнителем в устранении этих барьеров?</p>	Реабилитационная организация самостоятельно на основе составляющей МКФ «Контекстовые факторы», определяет барьеры, которые она в состоянии устранить или минимизировать.

11	Какова очередность оценки реабилитации (для клиента, для специалиста, для отделения, для организации, для субъекта федерации)	Предлагаем оценивать результативность реабилитационного процесса для клиента, а результативность реабилитационных мероприятий - для специалиста, для отделения, для организации
----	---	---

В отделении реабилитационной диагностики и мониторинга ГАУ «ОЦРИ» была разработана и утверждена Приказом своя Карта результативности социальной реабилитации конкретного клиента, проходившего реабилитацию в ОЦРИ.

В карте определены:

- цель реабилитации в период пребывания в ОЦРИ (цель формулируется в соответствии с ведущим ограничением жизнедеятельности для инвалида и в соответствии с ведущей потребностью для клиентов без группы инвалидности);
- задачи каждого реабилитационного отделения;
- приоритетность реабилитационных отделений в реабилитационном процессе;
- реабилитационный потенциал клиента (в т.ч. мотивация на реабилитацию);
- контекстные факторы;
- введены другие, отличные от предлагаемых разработчиками «Описания целевых показателей у инвалида Л. на основании анамнеза и обследования специалистами» [45, 103-106], показатели, по которым определяется нарушение на «входе» и на «выходе»;
- введены методики и тесты, с помощью которых объективно можно определить выраженность конкретного нарушения;
- оценка результативности для клиента определяется с помощью предложенной ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов имени Г. А. Альбрехта» методики: по 5-балльной шкале выраженности, е нарушений (от «0» - не выражено до «4» - абсолютные).

VI. КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

«Одним из основных методов оценки эффекта реабилитации является применение шкал, тестов и опросников для изучения первичного состояния клиента до применения реабилитационных мероприятий и после окончания курса реабилитации», - считает В.Б. Смычек [50, 315]. Данный автор предлагает

использовать шкалы, позволяющие оценить основные виды повседневной активности клиента, принадлежащие к основным сферам ограничений жизнедеятельности, например, к самообслуживанию, передвижению и пр. Использование подобных диагностических инструментов позволяет специалисту акцентировать внимание не на количественных показателях повседневной жизни клиента, а на его удовлетворенности основными сферами жизнедеятельности, что, несомненно, расширяет его участие и активность. Указывая, что «в литературе нет однозначных данных по всем критериям эффективности, которые бы удовлетворяли всех» [50, 315], данный автор рекомендует использовать следующие клинические и психодиагностические инструменты для клиентов с ограничением способности к самостоятельному передвижению [50, 316 - 345]:

- Индекс активной повседневной жизни Бартела (Barthel adi index). В опроснике предложены 10 разделов, относящихся к сфере самообслуживания и мобильности (контролирование дефекации; контролирование мочеиспускания; персональная гигиена; посещение туалета; прием пищи; перемещение; мобильность в конкретных пределах; одевание, подъем по лестнице; прием ванны). Все разделы имеют оценочные ранги от «0» до «10», что позволяет оценить степень независимости клиента от любой помощи (физической или вербальной).

- Мера функциональной независимости (Functional Independence Measure (FIM), состоящая из 18 пунктов, отражающих состояние двигательных и интеллектуальных функций, что позволяет с помощью 7-балльной шкалы оценки выявить независимость клиента в выполнении определенных функций.

- Индекс активности Френчай (Frenchay Activities Index) позволяет оценить ту деятельность, которая требует от клиента определенной инициативы. В данной шкале возможно оценить реальную активность клиента в недавнем прошлом, а не его потенциальные возможности либо активность в далеком прошлом. Каждый пункт шкалы оценивает определенную функцию, например, приготовление обеда, стирку мелких вещей и пр. Особое значение приобретает в данной шкале возможность оценить социальную активность клиента: социальную интеграцию (как взаимодействие с членами семьи, специалистами по реабилитации и пр.); умение принимать решение (как умение решать проблемы, связанные с финансами, социальными личными потребностями и пр.); наличие-отсутствие способностей к запоминанию и воспроизведению информации, обучению, запоминанию и узнаванию окружающих.

- Шкалы активностей повседневной жизни РИВЕРМИД (Rivermead Activities of Daily Living) применим для оценки состояния клиентов,

перенесших церебральный инсульт либо черепно-мозговую травму и включает 3 раздела заданий: самообслуживание своего тела; самообслуживание в широком смысле; бытовая активность.

- Классификация социально-бытовой и трудовой реабилитации (Е.В.Шмидт, Т.А.Макинский) включает 5 классов, характеризующих следующую шкальную оценку независимости клиента от окружающих: «выполнение основных занятий в полном объеме» - «полная зависимость от окружающих в повседневной жизни».

- Набор оценок Глазго (Glasgow Assessment Schedule) представляет скрининг-тест для оценки последствий ЧМТ – от жалоб и личностных изменений до нарушения активности. В тест входят оценки личностных изменений (эмоциональности, агрессивности и пр.); субъективных жалоб (на расстройства сна, сексуальные проблемы в семье, снижение функционирования анализаторов и пр.); трудоспособности; когнитивные функции; физическое состояние (ходьбу, нарушения мышечного тонуса и пр.);

- Шкала социальных исходов реабилитации (Brain Community Rehabilitation Outcome Scales) охватывает 7 сфер жизнедеятельности: самообслуживание, психологические проблемы, социальную роль, решение личных проблем, мобильность, контакты в семье, трудоспособность и ориентирована на самооценку этих сфер самим клиентом. Обобщенный результат представляет собой оценку уровня восстановления клиента в различных сферах жизнедеятельности в процессе реабилитации.

- Шкала Рэнкин (RANKIN SCALE) относится к наиболее простым и коротким тестам, оценивающим как степень нарушения функций, так и выраженность нарушений жизнедеятельности клиента.

- Опросник Роланда-Морриса «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности» состоит из 18 утверждений, которые отражают ограничения клиента в связи с болями в спине. Данный инструмент может использоваться и для контроля за динамикой восстановления функций.

Психологи, решающие вопросы оценивания результативности реабилитационного процесса, предлагают свои критерии. В отечественной практике «психологический диагноз предполагает выяснение и описание сущности индивидуально-психологических особенностей личности с целью оценки их актуального состояния, прогноза дальнейшего развития и разработки рекомендаций, определяемых задачами психодиагностического обследования» [23, 86]. Следовательно, в качестве психодиагностического инструментария психолог может использовать достаточно большой набор методик. Вассерман

Л.И., Трофимова Е.А. и Щелкова О.Ю. [25] предлагают опираться на выявление следующих вопросов при проведении психодиагностического обследования:

- отношение к болезни;
- стратегии совладания с ситуацией;
- роль семьи в обеспечении условий преодоления ситуации;
- качество жизни клиента;
- взаимоотношения в системе «пациент – медицинский персонал».

Отсюда – предлагаемые данными авторами методики психодиагностики среди которых наиболее часто используются:

- Тип отношения к болезни (ТОБОЛ).
- Симптоматический опросник невротических расстройств (ОНЗ-Си) Ю.Александровича.
- Опросник выраженности психопатологической симптоматики, адаптированный Н.В.Тарабриной.
- Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера (STAI / ШРЛТ).
- Опросник депрессивности А.Бека (BDI).
- Тест дифференциальной самооценки функционального состояния «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН).
- Семантический дифференциал времени (СДВ) для понимания особенностей эмоционального состояния клиента.
- Опросник «Тип поведенческой активности» (ТПА).
- Опросник «Индекс жизненного стиля» (ИЖС).
- Стратегии совладающего поведения (ССП) Опросник для изучения копинг-поведения.

Для диагностики когнитивных функций предлагается использовать классическую нейропсихологическую «Луриевскую батарею» [41], либо ее разновидности [24]. Так, разработчики клинических рекомендаций «Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных функций при повреждениях головного мозга» [35] в качестве критериев качества клинико-психологической и нейропсихологической реабилитации предлагают:

- наличие адекватной внутренней картины болезни в отношении нарушения функций и возможности/необходимости их восстановления;
- наличие комплайенса по отношению к реабилитационным мероприятиям;
- снижение проявлений нарушений функций в одной или нескольких сферах и видах деятельности, действия или операции;

- минимизация степени бытовой, социальной или профессиональной зависимости (в пределах поставленных реабилитационных целей). Поэтому в качестве психодиагностического инструментария чаще предлагаются:

•Нейропсихологическая диагностика праксиса в аспекте механизмов и функций (в рамках комплексного нейропсихологического обследования по системе А.Р.Лурия), позволяющая оценить нарушения практической деятельности клиента. Наиболее чувствительными и специфичными для диагностики кинестетического мануального праксиса являются пробы:

а) Тест «Воспроизведение позы пальцев руки» (Лурия А.Р., 2002), с помощью которого оценивается точность воспроизведения позы, временные характеристики выполнения задания, а также способность пациента исправлять ошибки самостоятельно или по подсказке;

б) Копирование положений кисти руки экзаменатора (по Kimura D., Archibald Y., 1974). При качественном анализе результатов теста оцениваются точность воспроизведения позы, временные характеристики выполнения задания, а также способность пациента исправлять ошибки самостоятельно или по подсказке.

Для диагностики кинестетического орального праксиса используются пробы:

а) Построение отдельных оральных поз;

б) Выполнение оральных действий;

Для диагностики кинетического мануального праксиса наиболее часто используются следующие пробы:

а) Трехэтапная проба «Кулак-ладонь-ребро» (Лурия А.Р., 2002);

б) Варианты проб на графический мануальный праксис (например, проба «Забор»;

Весьма чувствительными пробами для диагностики пространственного мануального праксиса являются следующие тесты:

а) Пробы Хеда;

б) Кубики Кооса;

в) Куб Линка;

г) Тест «Складывание геометрических фигур из спичек», вариант копирования;

Для количественной оценки праксиса и степени влияния его нарушений на моторные повседневные навыки пациента можно использовать также и тесты, разработанные для исследования функциональных возможностей руки в целом, такие как:

а) Тест с колышками и отверстиями (Nine-HolePegTest);

б) Тест для руки Френчай (Frenchay Arm Test);

в) Тест исследования руки (Action Research Arm Test);

VII. ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ МОНИТОРИНГА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Подписание и ратификация Российской Федерацией Конвенции ООН о правах инвалидов потребовало создания системы комплексного мониторинга инвалидности. В Правиле 20 Конвенции прямо указано, что «государства несут ответственность за постоянный контроль и оценку выполнения национальных программ и предоставления услуг, направленных на обеспечение равных возможностей для инвалидов и ... принимают, в том числе при поддержке со стороны других инвалидов, **эффективные** и надлежащие меры к тому, чтобы наделить инвалидов возможностью для достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни» [1]. Таким образом, участниками реабилитационного процесса выступают как специалисты, оказывающие реабилитационные/абилитационные услуги, так и сами инвалиды, которые получают эти услуги. Поэтому задачи, стоящие перед участниками реабилитационного процесса можно разделить на 3 группы.

Первая группа задач стоит перед специалистами, оказывающими реабилитационные/абилитационные услуги. Среди этих задач:

1. Всем специалистам разных организаций и учреждений разной ведомственной подчиненности следует разработать и использовать однотипную терминологию и критерии оценки реабилитационных программ и услуг, касающихся инвалидов.

2. Осуществлять межведомственное взаимодействие при ведении конкретного инвалида.

3. Выявлять факторы, способствующие и мешающие комплексности реабилитационного процесса.

4. Определять факторы риска реабилитационного (абилитационного) процесса, ограничивающие прохождение реабилитации/абилитации.

5. Оценивать результативность осуществления индивидуального реабилитационного маршрута, используя современные методы клинико-психологической диагностики.

Вторая группа задач ориентирована на инвалида (и членов семьи инвалида) как активных участников реабилитационного процесса. К таким задачам относятся:

1. Активно участвовать в разработке реабилитационного маршрута для инвалида с уточнением целей и задач реабилитации/абилитации.

2. Активно содействовать восстановлению своего социального статуса, возможностей для материальной независимости и социальной адаптации в социуме.

3. Активно восстанавливать, а при невозможности – компенсировать свои способности и навыки к выполнению определенных видов деятельности.

4. Поддерживать желание самого человека-инвалида к компенсации или восстановлению сохранившихся навыков и способностей в семье инвалида, ребенка-инвалида.

5. Помогать инвалиду быстрее адаптироваться в новых условиях жизни с учетом его навыков и умений.

Третья группа задач ориентирована на взаимодействие специалистов и инвалидов в процессе реабилитации/абилитации. Это задачи, связанные с тесным сотрудничеством как специалистов и инвалидов (членов их семей), так и организаций инвалидов уже на начальных этапах разработки и планирования реабилитационных / абилитационных программ, а также оценивания различных программ, касающихся инвалидов с тем, чтобы можно было оценить общую эффективность (результативность) выполнения поставленных целей и задач реабилитации/абилитации на каждом этапе.

В Национальном стандарте «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг» указывается, что одним из факторов, определяющих качество оказания социальных услуг, выступает «наличие собственной системы (службы) контроля за деятельностью учреждения, ... которая должна охватывать этапы планирования, работы с клиентами, оформление результатов контроля, выработку и реализацию мероприятий по устранению выявленных недостатков» [4].

Исследователи из Российской Академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации [40,10] предложили при проведении мониторинга инвалидности выделить 2 группы показателей:

- «контекстуальные факторы», т.е. показатели, характеризующие инвалидизирующий эффект среды;

- «идентификационные факторы», т.е. показатели, связанные с измерением собственно инвалидности.

Данные авторы считают, что существенный прогресс в решении задачи измерения инвалидности привнесла МКФ.

Предлагаем опыт ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов» Свердловской области, в котором создано отделение реабилитационной

диагностики и мониторинга. Основными **задачами** данного отделения выступают:

- обеспечить выявление клинико-психологических характеристик (ведущие и сопутствующие ограничения жизнедеятельности, потребности, реабилитационный потенциал, уровень мотивированности на социальную реабилитацию) инвалида;
- сформулировать цель курса социальной реабилитации и сформировать реабилитационный маршрут инвалида;
- оценить результативность реабилитационного процесса инвалида.

Следовательно, специалисты отделения реабилитационной диагностики и мониторинга осуществляют следующие **функции**:

1. Разработка и реализация индивидуального маршрута социальной реабилитации инвалида с учетом возрастных и личностных особенностей, степени ограничений жизнедеятельности, противопоказаний к реабилитации, направленного на качество и результативность реабилитационного процесса в условиях круглосуточного и дневного пребывания инвалида в Учреждении.
2. Выявление и анализ факторов, способствующих комплексности реабилитационного процесса.
3. Клинико-психологическая диагностика для выявления потребностей инвалида, его реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза.
4. Выявление факторов риска реабилитационного процесса и факторов, ограничивающих прохождение реабилитации в Учреждении.
5. Создание условий для повышения активности и участия инвалида (восстановление утраченных и завязывание новых социальных связей, содействие в профессиональной ориентации, получении дополнительного образования и пр.).
6. Оценка результативности реабилитационного процесса.
7. Мониторинг индивидуальных клинико-психологических особенностей (ограничений жизнедеятельности, нозологических единиц, состояния при поступлении и выписке и пр.).
8. Обеспечение доступности и своевременности оказания квалифицированных социальных услуг.
9. Внедрение в процесс социальной реабилитации инновационных технологий.
10. Организация работы мобильной реабилитационно-экспертной службы, проведение телеконсультаций.
11. Формирование благоприятного психологического климата в коллективе, а также предупреждение психической перегрузки у персонала.

12. Содействие учреждениям и организациям разной ведомственной подчиненности в функционировании системы комплексной реабилитации в Свердловской области.

13. Предоставление в полном объеме сведений о получателях услуг отделения для ведения «Регистра получателей социальных услуг».

Примерная схема функционирования отделения для мониторинга реабилитационного процесса, осуществляемого в ГАУ «ОЦРИ», представлена в Таблице 2.

Таблица 2.

Схема этапов функционирования отделения мониторинга

№	этап	Функции и задачи
1.	Организацион- -ный	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оценить полноту медицинской информации на клиентов 2. Определить наличие возможных противопоказаний к реабилитации в ОЦРИ 3. Подготовить клинический и психологический инструментарий для диагностики
2.	Сортировоч- -ный	<ol style="list-style-type: none"> 1. Прием клиентов «на входе», т.е. при поступлении на реабилитацию в ОЦРИ: <ul style="list-style-type: none"> - прием врачом-терапевтом; - прием врачом ЛФК; - прием психологом (определение реабилитационного потенциала и мотивированности на реабилитацию, эмоционального состояния) 2. Выявление показателей нарушений «на входе» 3. Определение ведущего ограничения жизнедеятельности 4. Формулирование цели реабилитации для ОЦРИ 5. В соответствии с целью реабилитации определение значимости реабилитационных отделений и задач каждому реабилитационному отделению 6. Выстраивание реабилитационного маршрута клиенту
3.	Экспертный	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проведение реабилитационно-экспертной комиссии (РЭК) для уточнения цели и задач реабилитации 2. Обсуждение специфики клиентов (наличие сопутствующих заболеваний, которые могут ограничить проведение реабилитационных услуг;

		<p>индивидуально-личностных особенностей и пр.)</p> <p>3. Уточнение назначенных услуг</p> <p>4. Уточнение реабилитационного маршрута клиента</p> <p>5. При необходимости продление реабилитации клиентам</p>
4.	Контрольный	<p>1. Контроль за качеством оказания реабилитационных услуг реабилитационными отделениями</p> <p>2. Обсуждение со специалистом, оказывающим услугу, качества оказания услуги</p> <p>3. Проверка документации (протокол, анкетирование и пр.)</p> <p>4. Психодиагностика отношения к болезни, психоэмоционального состояния клиента</p> <p>5. Ведение реабилитационной документации</p>
5.	Заключительный	<p>1. Определение результативности реабилитации для каждого реабилитационного отделения</p> <p>2. Заполнение карты результативности («выход»), подсчет результативности реабилитационного процесса в ОЦРИ</p> <p>3. Совещание заведующих отделениями по итогам реабилитационных мероприятий для:</p> <ul style="list-style-type: none"> - отчета отделения РД и М о результативности социальной реабилитации в ОЦРИ; - обсуждения результатов контроля за оказанием услуг в отделениях; - обсуждения проблем, осложнений у клиентов в процессе оказания услуг (при возникновении). <p>4. Рекомендации для клиента по продолжению реабилитационных мероприятий после курса реабилитации в ОЦРИ</p> <p>5. Анализ опыта ведения реабилитационных мероприятий в ОЦРИ</p>

Предлагаемый подход поможет не только определять ведущее направление в реабилитации/абилитации инвалида, спрогнозировать социальный исход, но и комплексно оценить результативность проведенных реабилитационных мероприятий.

VIII. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

Нормативные правовые акты

1. Конвенция о правах инвалидов (принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г., подписана от имени Российской Федерации 24 сентября 2008 г., ратифицирована Федеральным законом №46-ФЗ от 03.05.2012) / base.garant.ru/2565085/
2. Международная классификация нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности (МКН): руководство по классификации состояний, относящихся к последствиям болезней и травм // Под ред. В.К.Овчарова. М.: РАМН, 1998. – 26 с.
3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) // Женева: Всемирная Организация Здравоохранения; СПб.: Институт усовершенствования врачей-экспертов, 2001. – 38 с.
4. ГОСТ Р 53874-2010 Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг. М.: Стандартиформ, 2011. – 11с.
5. ГОСТ Р 54738-2011 Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов. М.: Стандартиформ, 2013. – 11с.
6. ГОСТ Р 52142-2013 Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения. М.: Стандартиформ, 2014. – 11с.
7. ГОСТ Р ИСО 9000-2001. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь. М.: ИПК Издательство стандартов, 2001. – 68 с.
8. ГОСТ Р ИСО 9000 – 2008. Системы менеджмента качества. М.: Стандартиформ, 2009. – 35 с.
9. ГОСТР ИСО 9001—2015. Системы менеджмента качества. Требования. М.: Стандартиформ, 2015. – 29 с.

Литература

10. Агапов В.С., Давыдова А.Ю., Шенцева Н.Н. Социально-психологические детерминанты мотивации достижения людей с ограниченными возможностями здоровья. Сергиев-Посад: Из-во – Макеев Игорь Вячеславович, 2015. – 240 с.
11. Андреева О.С., Павлова С.А. Теоретические основы социальной реабилитации и абилитации инвалидов // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2016. - №2. – С. 39-43.
12. Амалиев Т.Ч. Проблемы оценки результативности прикладной научной деятельности. М.: ОО ПП Сервис, 2014. – 16 с.
13. Армстронг М., Бэрон А. Управление результативностью. М.: Альпина Паблишер, 2011. – 250 с.
14. Аухадеев Э.И. Международная классификация функционирования,

- ограничений жизнедеятельности и здоровья, рекомендованная ВОЗ, - новый этап в развитии реабилитологии / Казанский медицинский журнал. – 2007. - № 1 (Т.88). – С. 5 – 9.
15. Аухадеев Э.И., Гаврилов О.П., Бакиров Р.С., Мясникова Г.Р. Возможности и перспективы применения международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – МКФ в реальных условиях учреждения медицинской реабилитации. Казань: Бриг, 2011. – 188 с.
 16. Бакиров Р.С., Гаврилов О.П. Применение МКФ в практике Республиканского Центра реабилитации МЧМ Республики Татарстан им. Ш.С.Каратая. Казань: Из-во Бриг, 2014. – 188 с.
 17. Барнард Ч. Функции руководителя: власть, стимулы и ценности в организации. М., Челябинск: Социум, ИРИСЭН, 2009. — 333 с.
 18. Беккер Б.И., Хьюзлид М.А., Ульрих Д. Измерение результативности работы HR-департамента. М.: ООО «И.Д.Вильямс», 2007. -304 с.
 19. Берестова Л.И. Эффективность и результативность государственной службы медико-социальной экспертизы: показатели и критерии профессиональной деятельности // Здравоохранение. 2008. - № 10. – С.45-51.
 20. Бернович О.В., Розенбаум М.Д., Розенбаум В.М. Социометрический метод экспертно-балльных оценок в определении эффективности труда врачебного персонала // Врачебное дело. 1991. — № 2. - С. 106 - 111.
 21. Бондарева Л.А. Мотивация и результативность труда. СПб.: ПГУПС, 2006. – 35 с.
 22. Брызгалин Г.И. О количественных методах определения эффективности и качества деятельности здравоохранения // Здравоохранение РФ. 1986. - № 4. - С. 25 - 28.
 23. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике. СПб.: Питер, 2000. – 528 с.
 24. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. СПб.: Стройлеспечать, 1997. – 284 с.
 25. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. СПб.: Речь, 2011. – 271 с.
 26. Васин С.А., Горлин Ю.М., Гришина Е.Е. Организация и проведение комплексного мониторинга положения инвалидов в России в свете Конвенции ООН о правах инвалидов. М., 2014. – 97 с.
 27. Габриелян Э.С., Оганесян А.П., Мнацаканян Ю.А. Система комплексной оценки деятельности врача. // Советское здравоохранение. — 1988. — №

12.-С. 3-9.

28. Дементьева Н.Ф., Мирзаян Э.И. Социальная работа в учреждениях медико-социальной экспертизы (экспертно-реабилитационная диагностика)// Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2013. - № 2. – С.40-44.
29. Дементьева Н.Ф., Старовойтова Л.И. Социальная работа в учреждениях социально-реабилитационного профиля и медико-социальной экспертизы. М.: Академия, 2013. – 272 с.
30. Деминг Э. Выход из кризиса: Новая парадигма управления людьми, системами и процессами. — М.: Альпина Паблишер, 2012. — 419 с.
31. Друкер П. Классические работы по менеджменту. — М.: «Альпина Бизнес Букс», 2008. — С. 220.
32. Жаринов Ю.Б., Вдовина А.В. Подходы к количественному оцениванию результативности и эффективности процессов системы менеджмента качества различных предприятий // Все о качестве. Отечественные разработки. – 2009. – « 6 (63). – С.4-12.
33. Ильницкий А.Н. Критерии эффективности медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.33 / Минск. гос. мед. ин-т. - Минск, 2000. - 20 с.
34. Каратаева О.А., Сергеева Т.Н., Герман С.В. Организация мониторинга эффективности реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов в Нижегородской области // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2012. - № 4. – С.15-18.
35. Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных функций при повреждениях головного мозга. Клинические рекомендации. М.: РПО, 2016. -34 с.
36. Клячкин Л.Н., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов. М.: Медицина, 2000. – 328 с.
37. Кокинз Г. Управление результативностью: Как преодолеть разрыв между объявленной стратегией и реальными процессами. М.: Альпина Бизнес Букс, 2008. – 318 с.
38. Комаров Е.И., Стрельникова Н.Н., Малофеев И.В. Управление эффективностью социального учреждения. М.: Дашков и К°, 2014. – 304 с.
39. Кузьменко М.М., Баранов В.В., Шиленко Ю.В. Система критериев оценки качества лечебно-профилактической помощи // Здоровоохранение в условиях рыночной экономики / Под ред. Э.А. Нечаева, Е.Н. Жильцова. М.: Медицина, 1994. - С. 218 - 220.
40. Линденбратен А.Л. Методические основы и организационные технологии оценки качества и эффективности медицинской помощи: Автореф. дис. . д-

- ра мед. наук: 14.00.33 / НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранением. -М., 1994. 48 с.
41. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: ИЦ «Академия», 2002. – 384 с.
 42. Мавликаева Ю.А., Бронников В.А. Способ оценки эффективности комплексной реабилитации лиц с инвалидностью // <http://www.findpatent.ru/patent/240/2405434.html>
 43. Макклелланд Д. Мотивация человека. СПб.: Питер, 2007. – 672 с.
 44. Махичильян В.П. Методика измерений, анализа и оценки реабилитационных процессов и СМК // Все о качестве. Отечественные разработки. – 2009. – « 6 (63). – С. 13-43.
 45. Отчет по Государственному контракту № 16-К-13-132 от 03 июня 2016 года на оказание услуг по разработке методики оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей – инвалидов // Под ред. В.П. Шестакова. СПб.: ФГБУ СПб НЦЭПР ИМ. Г.А. АЛЬБРЕХТА Минтруда РФ, 2016. – 120 с.
 46. Принципы обеспечения качества: Отчет о совещании ВОЗ, г. Барселона, 17 19 мая 1983 г. - Копенгаген: ВОЗ, 1983. - 24 с.
 47. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности. Проблемы доступной среды и возможности занятости // Социс. - 2005.- №2.- С. 44-55.
 48. Самушия К.А. Опыт медицинской реабилитации на базе ТМО-1 г.Бобруйска // Предупреждение инвалидности и реабилитация инвалидов. - Минск, 1995.- С.174-175.
 49. Синк Д. Управление производительностью: планирование, измерение и оценка, контроль и повышение. М.:Прогресс, 1989. – 5 22 с.
 50. Смычек В.Б. Реабилитация больных и инвалидов. М.: Медицинская литература, 2009. – 560 с.
 51. Смычек В.Б., Хулуп Г.Я., Милькаманович В.К. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Минск: ЮНИПАК, 2005. – 420 с.
 52. Соколов А.В. Научно-методологическое обоснование нового принципа оценки эффективности восстановительных технологий // Вестник восстановительной медицины. 2004. - № 2. – С.7-11.
 53. Социальная квалиметрия, оценка качества и стандартизация социальных услуг / Под ред. И. С. Романычева, Н. Н. Стрельникова. М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2014. – 184 с.
 54. Стюарт-Котце Р. Результативность. М.: Альпина Паблишер, 2012. – 280 с.
 55. Топчий Л.В. Проблемы квалиметрии в социальной работе: подходы, критерии, логика оценки эффективности // Отечественный журнал социальной работы. 2009. - № 3. – С. 8-18.
 56. Топчий Л.В. Социальное обслуживание населения: ценности, теория,

- практика. М.: РГСУ, 2011. - 320 с.
57. Фальковская К.И. Эффективность социальной работы: теоретическое осмысление проблемы // Гуманитарные науки: теория и методология. – 2010. - №3. – С.89-93.
 58. Филленбаум Г. Здоровье и благополучие пожилых. М.: , 1987. – 58 с.
 59. Федотов Ю.В. Метод DEA: анализ свертки данных // Российский журнал менеджмента. – 2012. - № 2 (Т.10). – С.51-62.
 60. Фраттура Л. Инфографическое семейство индикаторов функционирования (FAFI): как измерить результативность на практике при использовании МКФ // Инвалидность и реабилитация. Мат-лы научно-практической конференции с международным участием. СПб.: Перо, 2016. – С.224-235.
 61. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. - М.: Медицина, 2002. - 440 с.
 62. Экспертно-реабилитационная диагностика способности контролировать свое поведение. Методические рекомендации. М.: Центральный научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов, 2000. – 9 с.
 63. Business Performance Measurement: Unifying Theory and Integrating Practice // Neely A. (ed.). Cambridge University Press: Cambridge, 2007. – 528 p.
 64. Lebas M., Euske K. A conceptual and operational delineation of performance. In: Neely A. (ed.). Business Performance Measurement: Unifying Theory and Integrating Practice. Cambridge University Press: Cambridge, 2007. – P.125–139.
 65. Neeley A., Adams C. The performance prism : The Scorecard for Measuring and Managing Business Success. Prentice Hall: NJ. The Economist. 2006. April, 15–21.