

**Министерство образования и науки Российской Федерации**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
**(ФГБОУ ВО «АмГУ»)**

Факультет Социальных наук  
Кафедра Социальной работы  
Направление подготовки 39.03.02 – Социальная работа

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ  
Зав. кафедрой

\_\_\_\_\_ Н.М. Полевая  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 г.

**БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА**

на тему: Организация социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья (на примере ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г. Благовещенск)

Исполнитель

студент группы 861-узб

Т.И. Терещенко

Руководитель

доцент, канд. пед. наук

Е.С. Пайгина

Нормоконтроль

доцент, канд. соц. наук

Т.С. Еремеева

Благовещенск 2022

**Министерство образования и науки Российской Федерации**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
**(ФГБОУ ВО «АмГУ»)**

Факультет Социальных наук  
Кафедра Социальной работы  
Направление подготовки 39.03.02 – Социальная работа

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Зав. кафедрой

\_\_\_\_\_ Н.М. Полевая  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 г.

**ЗАДАНИЕ**

К выпускной квалификационной работе студента 861-узб группы  
Татьяны Ильиничны Терещенко

1. Тема выпускной квалификационной работы: Организация социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья (на примере ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г. Благовещенск) (утверждена приказом от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_)

2. Срок сдачи студентом законченной работы – до \_\_\_\_\_)  
(согласно индивидуальному графику бакалаврского проектирования)

3. Исходные данные к выпускной работе: материалы учебной и научной литературы, публицистические материалы, нормативно-правовые документы, статистическая отчетность, отчеты социальных учреждений, результаты исследования.

4. Содержание выпускной квалификационной работы: объект бакалаврской работы – дети с ограниченными возможностями здоровья; предмет исследования – организация социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, материалы социологических исследований – Анализ организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г. Благовещенск. Практические рекомендации: «Оптимизация социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья», рекомендации по социальной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья

5. Перечень материалов приложения: программа социологического исследования, инструментарий, предложения.

6. Консультанты по выпускной квалифицированной работе отсутствуют.

7. Дата выдачи задания – 16.11.2021 года.

Руководитель выпускной квалифицированной работы: Пайгина Евгения Сергеевна – кандидат педагогических наук, доцент.

Задание принял к исполнению: 16.11.2021 года \_\_\_\_\_ подпись студента.

## РЕФЕРАТ

Бакалаврская работа содержит 70 с., 4 рисунка, 6 приложений, 70 источников

ДЕТИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, ИНВАЛИДЫ, ТРУДНАЯ ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ СЕМЕЙ, СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА, РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ, СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА, КОММЕРЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Бакалаврская работа посвящена изучению социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, автор подробно характеризует методы и формы организации социальной работы, а также применение технологий. В работе рассматривается положение детей с ограниченными возможностями здоровья в Благовещенске, а также разработан ряд предложений по усовершенствованию данной деятельности.

Цель бакалаврской работы – изучение организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г. Благовещенск и разработка практических рекомендаций по ее оптимизации.

Материалы и результаты данной бакалаврской работы можно использовать в организации учебного процесса, при подготовке дипломных и курсовых работ студентов, обучающихся по специальностям социального профиля, а также в практической деятельности специалистов при организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в государственных учреждениях.

В бакалаврской работе использовались методы экспертного опроса, анкетирования, индукции, дедукции, анализа научной литературы и сравнительного анализа статистических данных.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
1 Характеристика детей с ограниченными возможностями здоровья как объекта социальной работы	9
1.1 Понятие и категории детей с ограниченными возможностями здоровья	9
1.2 Особенности социального положения детей с ограниченными возможностями здоровья	21
2 Организационные основы социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья	27
2.1 Теоретико-методологические основы социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья	27
2.2 Технологии социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья	36
3 Организация социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск	50
3.1 Исследование организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск	50
3.2 Практические рекомендации по оптимизации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск	58
Заключение	62
Библиографический список	64
Приложение А Программа социологического исследования «Анализ социальной работы с детьми с ограниченными возможностями	

стями здоровья в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск»	71
Приложение Б Анкета	79
Приложение В Показатели первичной детской инвалидности в Амурской области	82
Приложение Г Структура первичной инвалидности в 2020 году	83
Приложение Д Рекомендации по социальной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья	84
Приложение Е «Оптимизация социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья»	91

## ВВЕДЕНИЕ

Происходящая в нашей стране радикальная трансформация экономической и общественной жизни привела к чрезвычайной актуализации проблемы социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Дети с ограниченными возможностями здоровья – это дети-инвалиды либо другие дети в возрасте от 0 до 18 лет, не признанные в установленном порядке детьми-инвалидами, но имеющие временные или постоянные отклонения в физическом и (или) психическом развитии и нуждающиеся в создании специальных условий обучения и воспитания.

Тотальное разгосударствление, рыночные преобразования, с одной стороны, с другой – ухудшение состояния социальной экологии и, прежде всего, многократное возрастание рождаемости детей с ограниченными возможностями, способствовали формированию целой социальной группы – детей-инвалидов, в отношении которых необходимо создание специальной системы социальной защиты в целом и специфической государственной социальной политики в частности. Согласно статистической информации, численность детей с ограниченными возможностями здоровья в нашей стране увеличилась в 12 раз, а по прогнозам, уже в ближайшие десять лет число их достигнет 1,2 – 1,5 млн.

В современных условиях социальная работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья перерастает из разряда социально-медицинских проблем в общую социальную задачу, предполагающую, во-первых, системное взаимодействие для оптимизации этого процесса всего социокультурного окружения человека (семья, дом-интернат, школа и т.д.); во-вторых, активное использование всех направлений социально-регулирующего воздействия (медицинское, финансово-экономическое, психолого-педагогическое и т.д.). Именно поэтому на сегодняшний день актуальной научной и практической проблемой выступает исследование как системы социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, так и – направлений совершенство-

вания этого явления применительно к различным уровням общественной организации (федеральной, региональной, местной).

Основу методологии изучения составляют теоретические разработки ученых исследующих проблемы детей с ограниченными возможностями здоровья и особенности данного явления нашли частичное отражение в работах П.П. Блонский, П.Ф. Каптерев, Я. Корчак, К. Заблоский, К. Кирейчик и др.

Вопросам, затрагивающим теорию и практику социальной защиты детей с ОВЗ, посвящены работы В.М. Астапова, О.И. Лебединского, Б.Ю. Шапиро, Л.К. Грачева, Н.Ф. Дементьевой, Э.Ф. Устинова, Е.И. Холостовой, А.И. Осадчих, О.В. Павленко, Д.А. Туболева, Л.П. Храплина и др.

Проблемы распространенности инвалидности среди детей, ее структуры, организационные проблемы и региональные особенности данного явления нашли частичное отражение в работах М.Н. Никитиной, Р.К. Игнатьевой, Э.И. Танюхиной и А.Л. Свинцова, А.А. Баранова, Г.В. Тарасовой, А. Ахмедова и других ученых и других ученых.

***Степень разработанности проблемы определяется*** тем, что изучением данного вопроса занимались такие ученые, как Л.Н. Антонова, А.В. Быков, Е.И. Казакова, Ю.И. Левада, В.Е. Летунова, Л.Г. Гусякова, М.О. Егорова, П.Д. Павленок, В.А. Рейн, А.Н. Савинов, С.В. Тетерский, М.В. Фирсов, Е.И. Холостова, Т.В. Шеляк.

***Научная новизна бакалаврской работы*** заключается в анализе и обобщении теоретических и концептуальных основ организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, а также проведении эмпирического исследования, направленного на анализ социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

***Практическая значимость бакалаврской работы:*** материалы и результаты данной работы можно использовать в организации учебного процесса, при подготовке дипломных и курсовых работ студентов обучающихся по специальностям социального профиля, а также в практической деятельности специа-

листов, работающих в специализированных учреждениях социальной защиты и социального обслуживания населения.

**Объект бакалаврской работы** – дети с ограниченными возможностями здоровья.

**Предмет бакалаврской работы** – организация социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

**Цель бакалаврской работы** – изучение организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск» и разработка практических рекомендаций по ее оптимизации.

**Задачи бакалаврской работы:**

1. Охарактеризовать детей с ограниченными возможностями здоровья.
2. Изучить особенности социального положения детей с ограниченными возможностями здоровья.
3. Рассмотреть теоретико-методологические основы социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья.
4. Выделить технологии социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья.
5. Проанализировать организацию социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск
6. Разработать практические рекомендации по оптимизации организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск

В данной работе использовались **методы** индукция, дедукция, анализ документов, сравнительный анализ статистических данных, сравнение, обобщение, системно-функциональный анализ, анкетирование, экспертный опрос.



# 1 ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ КАК ОБЪЕКТА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

## 1.1 Понятие и категории детей с ограниченными возможностями здоровья

Согласно федеральному закону «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995 г.), инвалид характеризуется как лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты [23].

В Словаре по социальной работе человек с ограниченными возможностями определяется как тот, «кто не способен выполнять определенные обязанности или функции по причине особого физического или психического состояния или немощности. Такое состояние может быть временным или хроническим, общим или частичным» [19, с. 270].

«Ограничение жизнедеятельности – это полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью».

В 1980 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) приняла британский вариант трехзвенной шкалы ограниченных возможностей:

а) недуг – любая утрата или аномалия психологической, либо физиологической, либо анатомической структуры или функции;

б) ограниченные возможности – любое ограничение или потеря способности (вследствие наличия дефекта) выполнять какую-либо деятельность таким образом или в таких рамках, которые считаются нормальными для человека;

в) недееспособность (инвалидность) – любое следствие дефекта или ограниченных возможностей конкретного человека, препятствующее или ограничивающее выполнение им какой-либо нормативной роли (исходя из возрастных,

половых и социокультурных факторов) [2, с. 298].

*Дети с ограниченными возможностями* – это дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие детям вести полноценную жизнь. Синонимами данного понятия могут выступать следующие определения таких детей: «дети с проблемами», «дети с особыми нуждами», «нетипичные дети», «дети с трудностями в обучении», «аномальные дети», «исключительные дети». Наличие того или иного дефекта (недостатка) не предопределяет неправильного, с точки зрения общества, развития. Потеря слуха на одно ухо или поражение зрения на один глаз не обязательно ведет к отклонению в развитии, поскольку в этих случаях сохраняется возможность воспринимать звуковые и зрительные сигналы сохранными анализаторами.

*Каждой степени утраты здоровья ребенка соответствует перечень заболеваний, среди которых можно выделить следующие основные группы:*

1. *Нервно-психические заболевания* занимают второе место (32,8 %). Среди детей с данными болезнями 82,9% составляют дети с умственной отсталостью. Наиболее распространенные заболевания этой группы детские церебральные параличи, опухоли нервной системы, эпилепсия, шизофрения и другие эндогенные психозы, умственная отсталость (олигофрения или слабоумие различного генеза, соответствующие стадии идиотии или имбецильности), болезнь Дауна, аутизм.

Все эти болезни объединены в одну группу, однако, следует умственную и психическую неполноценность, на этом настаивает Международная лига обществ содействия умственно отсталым и другие организации, занимающиеся изучением этой категории людей и /или оказанием им помощи [14, с. 168].

Термин «умственная неполноценность» включает в себя два значимых компонента, которые «должны рассматриваться в соответствии с биологическим возрастом и соответствующим культурным фоном: интеллектуальная отсталость, находящаяся ниже среднего уровня и присутствующая с раннего-возраста; значительное ослабление способности приспособиться к социальным

требованиям общества» [61, с. 45].

У детей-инвалидов этой категории очень часто наблюдаются грубые нарушения всех сторон психической деятельности: памяти, внимания, мышления, речи, моторики, эмоциональной сферы. Однако после специальных упражнений и занятий они могут достигнуть неплохих результатов. Круг проблем таких детей требует, в основном, вмешательства специалистов в области педагогики и реабилитации (соответственно педагогов и социальных работников) в тесном контакте с семьей.

Термин «психическая неполноценность» употребляется для обозначения многочисленных сдвигов, которые оказывают влияние на эмоциональные функции и поведение. Оно характеризуется неуравновешиваемостью эмоций различных видов и степеней сложности, нарушенным (а не отсутствующим) пониманием и коммуникацией, а так же скорее ошибочно направленной, а не только несоответствующей приспособляемостью. Чаще всего такие заболевания возникают внезапно и принимают форму острого сдвига, являясь иногда результатом биохимических изменений или употребления наркотиков, переживания тяжелого или длительного стресса, психологических конфликтов, а так же в результате других причин.

В детстве чаще возникают сдвиги в области эмоций или поведения. Симптомам болезней могут предшествовать воспитательные, социальные или личные трудности. Душевные болезни могут принимать форму острых, хронических или протекающих толчками заболеваний, в зависимости от нее и от специфики проявления болезни назначается лечение. При этом обязательно вмешательствоспециалистов из области медицины и психиатрии [17, с. 155].

Однако бывает сочетание умственной отсталости с психической недостаточностью и другими осложнениями. Это создает определенные сложности при диагностике заболеваний и работе с такими детьми и требует от специалистов хорошей подготовленности, обученности. Осложнения могут появиться при рождении или позже. Можно выделить следующие причины их появления: плохой уход за детьми с умственной отсталостью, восприимчивость такого

ребенка к нагрузкам, стрессам, невниманию со стороны лиц, к которым они особенно привязаны и т.п.

*2. Заболевания внутренних органов.* В настоящее время они занимают лидирующее положение в структуре детской инвалидности, что вызвано переходом заболеваний в хроническую форму с тяжелыми функциональными нарушениями. Часто это связано с поздней выявляемостью нарушений и недостаточными мерами реабилитации.

В эту группу заболеваний входят различные заболевания, патологические состояния и пороки развития органов дыхания (в том числе и хронический туберкулез легких), почек и органов мочевого выделения, желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей (циррозы печени, хронический агрессивный гепатит, непрерывно-рецидивирующий язвенный процесс и т.п.), сердечно-сосудистой системы (в том числе пороки сердца и крупных сосудов), системы кроветворения (лейкозы, болезнь Верьегофа, лимфогранулематоз и т.п.), опорно-двигательного аппарата (полиартриты и т.п.).

Часто в силу своих заболеваний такие дети не могут вести активный образ жизни, сверстники могут избегать общения с ними и включения их в свои игры. Возникает ситуация рассогласованности между необходимостью осуществления нормальной жизнедеятельности ребенка и невозможностью ее полноценной реализации. Социальная депривация углубляется за счет длительного пребывания ребенка в специальных стационарах, санаториях, где ограничен социальный опыт и общение осуществляется между такими же детьми. Следствием этого является задержка развития социальных и коммуникативных навыков, формируются недостаточно адекватное представление об окружающем мире у больного ребенка [7, с. 48].

*3. Поражение и заболевания глаз,* сопровождающиеся стойким снижением остроты зрения до 0,08 в лучшем видящем глазу до 15 от точки фиксации во всех направлениях. Дети с заболеваниями этой составляли 20% от общего числа детей-инвалидов.

Психическое развитие детей с дефектами зрения в значительной степени

зависит от времени возникновения патологии и от времени начала специальной коррекционной работы, а это (психического развития) дефекты могут быть компенсированы за счет раннего и широкого использования функций сохранных анализаторов [19, с. 163].

М.Р. Романов характеризует такого ребенка как боязливого, малоконтактного. Поэтому он предлагает обогащать чувственный и практический опыт этих детей, постепенно включая его в круг здоровых сверстников. В работе с данной категорией детей рекомендуется так же использовать их особую чувствительность к музыке [16].

4. *Онкологические заболевания*, к которым относятся злокачественные опухоли 2 и 3 стадии опухолевого процесса после комбинированного или комплексного лечения, включающего радикальную операцию; неподдающиеся лечению злокачественные новообразования глаза, печени и других органов.

При онкологическом заболевании кризисные ситуации могут возобновляться или прерываться более или менее длительными периодами стабилизации, во время которой производится реабилитация больного. Особенности методов лечения в сочетании с возрастными и межличностными особенностями ребенка ведут к возникновению изменений сначала в физическом, а затем и в психическом его состоянии. Специалистами выяснено, что более половины (56%) родителей отмечают ухудшение характера своих детей в результате болезни, у 62% родителей появились трудности во взаимоотношениях с детьми. У такого ребенка отмечается отгороженность и замкнутость (25%), а также раздражительность, агрессия и другие проявления невротического характера (56%). У таких детей практически нет друзей, кроме таких же больных ребят, как и они. Таким образом, они как бы отгорожены от внешнего мира, что вызывает задержку в развитии социальных навыков, социальную дезадаптацию [20, с.90].

Хотелось бы отметить, что часто злокачественные опухоли приводят к летальному исходу. Это так же вызывает определенные трудности в общении и оказании помощи таким детям. До некоторых пор считалось, что дети, осо-

бенномаленькие, не чувствуют приближение смерти, однако, это не так. Д.Н. Исаев, который занимался изучением этой проблемы, подробно описывает чувства и переживания детей в раннем возрасте и отмечает, что очень большое влияние на отношение ребенка к смерти оказывают его близкие, окружение. Безусловно, важна в этот период и помощь специалиста, с которым больной мог бы поделиться своими переживаниями и страхами.

*5. Поражения и заболевания органа слуха.* По степени снижения слуха различают глухих и слабослышащих. Среди глухих можно выделить так же две группы в зависимости от наличия или отсутствия у них речи. Число детей с этим заболеванием относительно невелико, они составляют около 2% всех детей-инвалидов.

Особенности поведения ребенка с нарушенным слухом разнообразны. Обычно они зависят от причин нарушения. Например, у детей с ранним ограниченным повреждением мозга дефект слуха сочетается с повышенной психической истощаемостью и раздражительностью. Среди глухих встречаются замкнутые, «странные», как бы «пребывающие в своем мире» дети. У оглохших, наоборот, наблюдается импульсивность, двигательная расторможенность, иногда даже агрессивность [20, с.184].

*6. Хирургические заболевания и анатомические дефекты и деформации.*

*7. Эндокринные заболевания.*

Таким образом, существует довольно большой перечень заболеваний, приводящих к инвалидности. Эти болезни, несомненно «оставляют свой след» на поведении ребенка, его отношениях с окружающими и в других сферах его жизни, создавая определенные «барьеры» на пути детей-инвалидов и их семей к нормальной жизни, к их интеграции в общество.

Также, детей с ограниченными возможностями здоровья из неблагополучных семей можно считать детей с нарушением психофизического развития, нуждающихся в специальном (коррекционном) обучении и воспитании.

Интеллектуальная недостаточность, возникшая в результате первичного дефекта - органического поражения коры головного мозга, порождает вторич

ные нарушения - отклонения в деятельности высших познавательных процессов (активного восприятия и внимания, произвольных форм памяти, абстрактно-логического мышления, связной речи), которые становятся заметными в процессе социокультурного развития ребенка. Третичные недостатки - недосформированность психических свойств личности умственно отсталого ребенка проявляются в примитивных реакциях на окружающее, недоразвитии эмоционально-волевой сферы: завышенная или заниженная самооценка, негативизм, невротическое поведение. Принципиальным моментом является то, что вторичные и третичные нарушения могут влиять на первичный дефект, усугубляя его, если не проводится целенаправленная и систематизированная коррекционно-реабилитационная работа [17, с.146].

Важной закономерностью является соотношение первичного и вторичного дефектов. В связи с этим Л.С. Выготский писал: «Чем дальше отстоит симптом от первопричины, тем он более поддается воспитательному и лечебному воздействию. Получается на первый взгляд парадоксальное положение: недоразвитие высших психологических функций и высших характерологических образований, являющееся вторичным осложнением при умственной отсталости и психопатии, на деле оказывается менее устойчивым, более поддающимся воздействию, более устранимым, чем недоразвитие низших, или элементарных процессов, непосредственно обусловленное самим дефектом». Согласно этому положению Л.С. Выготского, чем дальше разведены между собой первичный дефект биологического происхождения и вторичный симптом (нарушение в развитии психических процессов), тем более эффективна коррекция и компенсация последнего с помощью психолого-педагогических и социокультурных средств.

В процессе атипичного развития проявляются не только негативные стороны, но и положительные возможности ребенка, которые являются способом приспособления личности ребенка к определенному вторичному дефекту. Например, у детей лишенных зрения, остро развивается чувство расстояния

(шестое чувство), дистантное различение предметов при ходьбе, слуховая память,

осязание и т.д. У глухих детей - мимическое жестовое общение [16, с.189].

Данная положительная оценка определенных проявлений своеобразного нетипичного развития - необходимое основание для разработки системы специального обучения и воспитания с опорой на позитивные возможности детей. Источником приспособления детей с ограниченными возможностями к окружающей среде являются сохраненные психофизические функции. Функции нарушенного анализатора заменяются интенсивным использованием функционального потенциала сохраненных систем. Глухой ребенок использует зрительный и двигательный анализаторы. Для слепого ведущими становятся слуховой анализатор, осязание, обонятельная чувствительность. Учитывая конкретность мышления умственно отсталых детей и относительно сохраненные резервы восприятия, в учебном процессе предпочтение отдается наглядному материалу, предметно-практической деятельности.

*В целом, на развитие ребенка с ограниченными возможностями будут влиять четыре фактора.*

1. Вид (тип) нарушения.

2. Степень и качество первичного дефекта. Вторичные отклонения в зависимости от степени нарушения могут быть - ярко выраженными, слабо выраженными и почти незаметными. Степень выраженности отклонения определяет своеобразие атипичного развития. Существует прямая зависимость количественного и качественного своеобразия вторичных нарушений развития нетипичного ребенка от степени и качества первичного дефекта.

3. Срок (время) возникновения первичного дефекта. Чем раньше имеет место патологическое воздействие и как следствие - повреждение речевых, сенсорных или ментальных систем, тем будут более выражены отклонения психофизического развития. Например, у слепорожденного ребенка отсутствуют зрительные образы. Представления об окружающем мире будут у него накапливаться с помощью сохраненных анализаторов и речи. В случае потери зрения в



дошкольном или младшем школьном возрасте ребенок сохранит в памяти зрительные образы, что дает ему возможность познавать мир, сравнивая свои новые впечатления с сохранившимися прошлыми образами. При потере зрения в старшем школьном возрасте представления характеризуются достаточной живостью, яркостью и устойчивостью, что существенно облегчает жизнь такого человека;

4. Условия окружающей социокультурной и психолого-педагогической среды. Успешность развития аномального ребенка во многом зависит от своевременной диагностики и раннего начала (с первых месяцев жизни) коррекционно - реабилитационной работы с ним.

Представления о ребенке с ограниченными возможностями связываются, прежде всего, с понятием здоровья и болезни, адаптации и дезадаптации, нормы и патологии.

Психическое здоровье в психологической литературе рассматривается как состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических явлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности реакцию поведения и деятельности.

Нарушения психического здоровья связаны как с соматическими заболеваниями или дефектами физического развития, так и с различными неблагоприятными факторами социального порядка и стрессами, воздействующими на психику.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на основе анализа многочисленных исследований в различных странах показали, что нарушения психического здоровья чаще отмечаются у детей, которые страдают от недостаточного общения с взрослыми и их враждебного отношения к ним, а также у детей, которые растут в условиях семейного разлада.

У большинства детей, посещающих реабилитационный центр, в те или иные периоды под влиянием определенных ситуаций могут проявляться нарушения эмоционально – волевой сферы или поведения. Например, возникнове-

ние беспричинных страхов, нарушения сна, нарушения, связанные с приемом пищи и др. Такие состояния можно определить как психические расстройства.

В ходе психического развития ребенка - инвалида возможны проявления различных патогенных факторов, способствующих развитию болезни организма и личности. Нарушения психического развития ребенка с ограниченными возможностями в результате расстройства созревания структур и функций головного мозга определяются понятием «дизонтогенез» психического развития.

Дизонтогенез психического развития в детском возрасте проявляется как задержка (ретардация) или приостановка развития и асинхрония (дисгармоничное психическое развитие). Это могут быть начальные признаки психических заболеваний, различная степень выраженности умственной отсталости или инфантилизма личности, пограничные состояния, приобщение к вредным привычкам и отклоняющемуся на этом фоне поведению. Исходя из практического опыта работы с детьми с ограниченными возможностями можно сделать вывод, что все названные особенности дизонтогенеза психического развития отрицательно сказываются на формировании социальной адаптации, уводя личность от нормального хода развития.

В понятие «психическое заболевание» входят как легкие, так и выраженные формы нарушений психики, которые обнаруживаются в расстройстве отражения реального мира и дезорганизации поведения (психозы - безумие, сумасшествие). К легким расстройствам, по сопровождающимся выраженными нарушениями психической деятельности, относятся разнообразные неврозы, не достигшие степени психоза и обусловленные органическими заболеваниями головного мозга, соматогениями, интоксикациями и др.

Изучение психического недоразвития важно не только в медико-биологическом, но и в социально-психологическом аспектах. Анализируя практический опыт работы с детьми с различными психофизическими отклонениями, можно сделать вывод, который подтверждается в специальной литературе, что чем раньше будет определено отклонение в развитии, тем скорее будет

произведено лечебно-педагогическое вмешательство, тем меньшими окажутся возможные последствия имеющегося дефекта.

При психопатиях имеются дефекты личностного развития, в основном в моральной сфере. Такие люди отличаются жестокостью, бесчувствием, бессовестностью. Поэтому в процессе воспитания необходимо культивировать в больных детях отсутствующие у них свойства и, в первую очередь, чувство вины за совершенный проступок [19, с.145].

Чувство неполноценности, возникающее у детей - инвалидов, возникающее с непониманием их проблем, мешает им жить, пользоваться возможностями человеческой жизни. У них формируются качества, не позволяющие эффективно взаимодействовать с социальной средой.

Понятие «адаптация» - это приспособление организма к внешним условиям. В современной социальной психологии данное понятие трактуется широко. Индивид, согласно А.В. Петровскому, изначально обладает стремлением к внутренней цели, в соответствии с которой приводятся в действие все без исключения проявления его активности. Эта внутренняя цель раскрывается в понятии адаптивная направленность всех психических процессов и поведенческих актов. Сюда входят процессы приспособления индивида к природной и социальной среде, процессы самоприспособления (саморегуляция, подчинение высших интересов низшим) и другие.

В числе основных факторов, определяющих степень успешности вхождения ребенка в социальную среду, выступают особенности самого ребенка и особенности микросоциальной среды, в которую он включается. К индивидуальным особенностям ребенка, от которых зависит эффективность его адаптации, относят его потребностно-мотивационную сферу (потребности, цели, мотивы, установки и т. п.), эмоциональные и интеллектуальные свойства, а также некоторые характерологические и типологические особенности.

Микросоциальная среда, в которую адаптируется ребенок - индивид, в качественном отношении исключительно разнообразна. Она может выступать для него как чуждая и близкая, благожелательная или агрессивная, благоприят-

ная или неблагоприятная. При вхождении ребенка или подростка в благоприятную среду создаются определенные предпосылки для реализации социальных потребностей: каждый с учетом своих индивидуальных особенностей находит для себя общие интересы, близких товарищей, приобретает определенный социально-психологический статус. Анализируя медицинские документы, можно увидеть, что большинство медицинских диагнозов детей - инвалидов сопровождаются социальной дезадаптацией разной степени тяжести.

У детей, имеющих те или иные жизненные ограничения, из-за дефектов развития затруднено взаимодействие в социальной среде, ограничена возможность адекватного реагирования, они испытывают трудности в достижении целей в рамках существующих норм. Эти трудности особенно заметными становятся в те моменты жизни, когда возникает необходимость изменения привычных стереотипов адаптивного поведения. Наиболее острым для ребенка с ограниченными возможностями периодом становится, например, начало обучения в школе, когда ему необходимо проявить способности к обучению и общению [16].

*В числе других причин, затрудняющих реализацию его социальных потребностей, могут быть:* нарушения интеллектуальных функций, асинхрония их формирования; нарушения в поведении, связанные с повышенной потребностью ребенка в движениях и неумением их контролировать; различные нейродинамические нарушения. Чаще всего их последствия проявляются в виде синдрома гипервозбудимости или психомоторной заторможенности, а также в форме нестабильности психических процессов (эмоциональной неустойчивости); личностные особенности детей, сформировавшиеся на предшествующих этапах развития (умение контактировать с другими людьми, владеть необходимыми навыками общения, способность определять для себя оптимальную позицию в отношении с ними), а также интегрированные личностные образования - самооценка и уровень притязаний.

Таким образом, у детей, имеющих те или иные жизненные ограничения, из-за дефектов развития затруднено взаимодействие в социальной среде, огра-

ничена возможность адекватного реагирования, они испытывают трудности в достижении целей в рамках существующих норм. Важным аспектом социально-психологической адаптации является принятие ребенком или подростком социальной роли в той микросреде, в которой он адаптируется. Практический опыт работы в условиях реабилитационного центра с детьми с различными психофизическими отклонениями показывает, что эффективность адаптации существенно зависит от того, насколько адекватно ребенок воспринимает себя и свои социальные связи: искаженное или недостаточно развитое представление о себе ведет к нарушениям адаптации, крайним выражением которого считается аутизм.

## **1.2 Особенности социального положения детей с ограниченными возможностями здоровья**

Дети с ограниченными возможностями здоровья – это особая социально-уязвимая группа, имеющая специфические в социальном плане особенности и требующая по отношению к себе особой социальной политики для решения их специфических проблем.

Периоды жизненного цикла семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья:

1. Рождение ребенка - получение информации о наличии у ребенка патологии, эмоциональное привыкание, информирование других членов семьи.

2. Школьный возраст - принятие решения о форме обучения ребенка, переживание реакций группы сверстников, организация его учебы и внешкольной деятельности.

3. Подростковый возраст - привыкание к хронической природе заболевания ребенка, возникновение проблем, связанных с пробуждающейся сексуальностью, изоляцией от сверстников и его отвержением (с их стороны), планирование будущей занятости ребенка.

4. Период «выпуска» - признание и привыкание к продолжающейся семейной ответственности, принятие решения о подходящем месте проживания

повзрослевшего ребенка, переживание дефицита возможностей для социализации члена семьи – инвалида.

5. Постродительский период - перестройка взаимоотношений между супругами (например, если ребенок был успешно «выпущен» из семьи) и взаимодействие со специалистами по месту проживания ребенка [17, с.351].

В зависимости от характера нарушения одни дефекты могут полностью преодолеваются в процессе развития, обучения и воспитания ребенка (например, у детей третьей и шестой групп), другие лишь сглаживаться, а некоторые только компенсироваться. Сложность и характер нарушения нормального развития ребенка определяют особенности формирования у него необходимых знаний, умений и навыков, а также различные формы педагогической работы с ним. Один ребенок с отклонениями в развитии может овладеть лишь элементарными общеобразовательными знаниями (читать по слогам и писать простыми предложениями), другой - относительно не ограничен в своих возможностях (например, ребенок с задержкой психического развития или слабослышащий). Структура дефекта влияет и на практическую деятельность детей. Одни нетипичные дети в будущем имеют возможность стать высококвалифицированными специалистами, другие всю жизнь будут выполнять низкоквалифицированную работу (например, переплетно-картонажное производство, металлоштамповка).

Специалисты, работающие с инвалидами, выделили следующие барьеры, с которыми сталкивается семья с ребенком с ограниченными возможностями здоровья и сам ребенок в нашей стране):

1. Социальная, территориальная и экономическая зависимость инвалида от родителей и опекунов.

2. При рождении ребенка с особенностями психофизиологического развития семья либо распадается, либо усилено опекает ребенка, не давая ему развиваться.

3. Выделяется слабая профессиональная подготовка таких детей.

4. Трудности при передвижении по городу (не предусмотрены условия для передвижения в архитектурных сооружениях, транспорте и т.п.), что приводит к изоляции инвалида.

5. Отсутствие достаточного правового обеспечения (несовершенство законодательной базы в отношении детей с ограниченными возможностями).

6. Сформированность негативного общественного мнения по отношению к инвалидам (существование стереотипа «инвалид – бесполезный» и т.п.).

7. Отсутствие информационного центра и сети комплексных центров социально-психологической реабилитации, а так же слабость государственной политики.

В России продолжается значительное снижение уровня детей с ОВЗ из неблагополучных семей, ухудшается их здоровье. Анализ социального положения детей с ОВЗ из неблагополучных семей по наиболее общим социально-демографическим и экономическим характеристикам свидетельствует о наличии *основных проблем в России*: неудовлетворительное состояние здоровья, мало обеспеченность, одиночество. Уровень и качество их жизни значительно ниже, чем у трудоспособной части населения, также

*Социальные условия жизни детей с ограниченными возможностями из неблагополучных семей характеризуются следующими основными проблемами.*

1. Ограничение жизнедеятельности, связанное с состоянием здоровья.

2. Материальное положение (высокая стоимость медицинского обслуживания, ограничение системы социального обеспечения и связанных с ними льгот). 3. Психическое здоровье (усиление отклонений в психике, что связано со снижением активности психических процессов).

В качестве показателей состояния здоровья широко используется самооценка. Другой показатель состояния здоровья активная жизнедеятельность, которая снижается у инвалидов в силу хронических заболеваний, ухудшение слуха, зрения, наличия ортопедических проблем.

*Материальное положение* единственная проблема, которая может соперничать по своей значимости со здоровьем. Граждане категории инвалид встре-

вожены своим материальным положением, уровнем инфляции, высокой стоимостью медицинского обслуживания. Семьи инвалидов испытывает затруднения в приобретении одежды и обуви. Именно в этой группе семей имеются живущие «впроголодь». Многие инвалиды продолжают работать, причем по материальным соображениям. Подобрать подходящую работу инвалиду достаточно сложно.

*Социально-медицинские проблемы детей с ограниченными возможностями* прежде всего делятся на сугубо социальные и сугубо медицинские. Но это деление не по существу, а по форме. Само положение инвалида не только в обществе, а в жизни таково, что отличает его по существу от всех других групп, и в зависимости от того, как данное конкретное общество относится к инвалидам, определяются и решаются соответствующие социально-медицинские проблемы [21, с. 70].

За редким исключением, каждый инвалид страдает рядом хронических соматических заболеваний (сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, гинекологических, урологических, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и др.). Если оставить в стороне заболевания, связанные с центральной нервной системой, то уже этого достаточно, чтобы причислить большинство инвалидов к категории «пограничных» больных. Из этого следует, что они нуждаются в наблюдении и лечебной коррекции у психиатра или психотерапевта. Каждый инвалид проживает непростую жизнь (трудно представить человека, который жил бы с недугом, не испытав ни страданий, ни стрессов). Однако в особенно тяжком положении находятся инвалиды в современной России, пережившие целый ряд глобальных социальных катаклизмов. Самое страшное для человека (после утраты иллюзий юности) пережить крах всех своих внутренних ценностей, потерять все то, на что ориентировался. Характер инвалида деформируется уже в силу старения. Эта деформация представляет собой достаточно сложный процесс (как человек жил, так он и стареет). До поры до времени все работающие (неважно, в какой области социальной занятости) сохраняют черты характера, имеющие наследственно е происхождение. С возрастом появляется



профессиональная деформация характера, так называемая акцентуация определенных черт характера - мнительности, вспыльчивости, ранимости, тревожности, педантичности, обидчивости, эмоциональной лабильности, истеричности, замкнутости, истощаемости, придирчивости, несправедливых оценок своих поступков и поступков окружающих, реактивный регресс умственных [23, с. 69].

*Одной из проблем детей с ограниченными возможностями здоровья остается недостаток полноценного общения даже со сверстниками, а с людьми более молодого возраста и детьми – тем более, У инвалидов часто возникают, в связи с этим, чувства опустошенности и не востребованности. Эти психологические проблемы, в свою очередь переходят в физиологические, начинают прогрессировать различные хронические заболевания.*

*Качество жизни детей с ограниченными возможностями зависит не только от психических особенностей граждан, но также и от социально-экономических (бытовых, материальных) условий, в которых проходит жизнь.*

*Социокультурный статус ребенка во многом определяется как наследственными биологическими факторами, так и социальной средой жизни ребенка. Процесс развития личности характеризуется единством и взаимодействием системы биологических и социокультурных факторов. Каждый ребенок имеет свои неповторимые врожденные свойства нервной системы (силу, уравновешенность, подвижность нервных процессов; быстроту образования, прочность и динамичность условных связей...). От этих индивидуальных особенностей высшей нервной деятельности (в дальнейшем - ВНД) зависят способности к овладению социальным опытом, познанию действительности, то есть биологические факторы создают предпосылки психического развития человека.*

Очевидно, что слепота и глухота есть факторы биологические, а не социальные. «Но все дело в том, - писал Л.С. Выготский, - что воспитателю приходится иметь дело не столько с этими биологическими факторами, сколько с их социальными последствиями». Сложность структуры атипичного развития заключается в наличии первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, и вторичных нарушений, возникающих под влиянием первичного дефекта

в ходе последующего своеобразного развития на патологической основе. Так, повреждение слухового аппарата до овладения речью будет первичным дефектом, а наступившая, как следствие немота - вторичным дефектом. Такой ребенок сможет овладеть речью только в условиях специального обучения и воспитания при максимальном использовании сохранных анализаторов: зрения, кинестетических ощущений, тактильно-вибрационной чувствительности.

*Психологические проблемы* возникают при изолированности детей с ограниченными возможностями от внешнего мира, как вследствие имеющихся недугов, так и в результате неприспособленности окружающей среды для инвалидов на кресло-колясках, при разрыве привычного общения в связи с выходом на пенсию, при наступлении одиночества. Все это ведет к возникновению эмоционально-волевых расстройств, развитию депрессии, изменениям поведения. С наступлением инвалидности возникают реальные трудности как субъективного, так и объективного характера, связанные с адаптацией к новым жизненным условиям. Инвалиду во многом затруднен доступ к образованию, трудоустройству, культурным и спортивным мероприятиям; общественный транспорт практически не приспособлен для инвалидов – все это еще в большей степени способствует возникновению у них ощущения оторванности от мира. Инвалид как бы обособлен от общества, остается один на один со своими собственными проблемами. Замкнутое пространство, ограниченность общения приводят к возникновению у инвалидов нервных расстройств, что вносит дополнительные трудности в их обслуживание [10, с. 55].

*В целом, основная проблема детей с ограниченными возможностями* – ограничение в возможностях вследствие наличия физических, психологических, социальных, культурных, законодательных и иных барьеров, обусловленных самим фактом инвалидности. Ограничение жизнедеятельности лица может выражаться в полной или частичной утрате им способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью.

Таким образом, сегодня дети с ограниченными возможностями относятся к наиболее социально незащищённой категории населения. Наиболее общие социально-демографические и экономические характеристики свидетельствуют о наличии основных проблем детей с ограниченными возможностями из неблагополучных семей в России: неудовлетворительное состояние здоровья, малообеспеченность, одиночество.

## 2 ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

### **2.1 Теоретико-методологические основы социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья**

Социальная работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья – это система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих ребенку условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Государственную политику в области социальной защиты инвалидов в РФ, определяет Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 18-ФЗ от 24 ноября 1995 г.[43].

Вся сложность и многоаспектность проблем детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей в значительной степени находит отражение в социально-экономических технологиях работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, в деятельности системы государственного социального обеспечения. Главная цель социально-педагогической деятельности в работе с ребенком с ограниченными возможностями здоровья помочь семье справиться с трудной задачей воспитания ребенка с ограниченными возможностями здоровья, способствовать ее оптимальному решению, несмотря на имеющийся объективный фактор риска; воздействовать на семью с тем, чтобы мобилизовать ее возможности для решения задач реабилитационного процесса. Иными словами,

цель социального работника – способствовать социальной абилитации и реабилитации семьи в ситуации рождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

За рубежом, где такая деятельность имеет достаточно длительную историю, принято различать понятия абилитации и реабилитации. Абилитация – это комплекс услуг, направленных на формирование новых и мобилизацию, усиление имеющихся ресурсов социального, психологического и физического развития человека. Реабилитацией в международной практике принято называть восстановление имевшихся в прошлом способностей, утраченных по причине болезни, травмы, изменений условий жизнедеятельности. В России реабилитация объединяет оба эти понятия, причём предполагается не узкомедицинский, а более широкий аспект социально-реабилитационной работы [17, с.97].

Главное, что должен учитывать социальный работник, – это то, что его деятельность является не узкоспециализированной, а предоставляет собой спектр услуг, предоставляемых детям, имеющим нарушения развития, и их семьям. Причём дети, развитие которых существенно нарушено, обычно сразу попадают в поле зрения специалиста, и потребности в создании системы профессиональной помощи, как правило, очевидны. Напротив, распознавание детей, которым лишь грозит риск нарушения развития, может быть затруднено, и характер и формы профессиональных услуг в этом случае также не представляются очевидными. Не только малый вес ребёнка при рождении или нездоровая обстановка в его семье могут стать причиной отставания его развития, поэтому реабилитация предполагает мониторинг развития ребёнка с целью своевременного обеспечения семьи социальной помощью сразу же после появления у него первых признаков нарушения развития.

*Выделяют следующие формы социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья:*

*1. Ранняя социально - реабилитационная работа по обеспечению социального, эмоционального, интеллектуального и физического развития ребёнка,*

имеющего нарушения, и попытка максимального раскрытия его потенциала для обучения.

*2. Предупреждение вторичных дефектов у детей с нарушениями развития*, возникающих либо после неудачной попытке купировать прогрессирующие первичные дефекты с помощью медицинского, терапевтического или обучающего воздействия, либо в результате искажения взаимоотношений между ребёнком и семьёй, вызванного, в частности, тем, что ожидания родителей (или других членов семьи) относительно ребёнка не оправдались. Проведение ранней социально-реабилитационной работы, помогающей членам семьи достичь понимания с ребёнком и приобрести навыки, более эффективно адаптирующие их к особенностям ребёнка, нацелено на предотвращение дополнительных внешних воздействий, способных усугубить нарушение детского развития [21, с.87].

*3. Социально-реабилитационная работа по абилитированию (приспособлению) семьи*, имеющей детей с ограниченными возможностями здоровья, чтобы максимально эффективно удовлетворять потребности ребёнка. Социальный работник должен относиться к родителям как к партнёрам, изучать способ функционирования конкретной семьи и вырабатывать индивидуальные программы, соответствующую потребностям и стилям жизни данной семьи.

Социальная работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья в различных формах реализуется в специально созданных центрах реабилитации детей с ограниченными возможностями. В центрах созданы все условия для проведения успешной реабилитации детей: углубленно изучаются причины и сроки возникновения отклонений в развитии детей с целью определения прогноза восстановления нарушенных функций (реабилитационного потенциала); налаживается тесное сотрудничество с родителями для обеспечения непрерывности реабилитационных мероприятий и социальной адаптации детей с ограниченными возможностями и их семей; используется передовой зарубежный и отечественный опыт реабилитации таких детей; разрабатываются, апробируются и внедряются в практику авторские методики.

#### *4. Воспитательно-образовательный процесс и социальная адаптация.*

Для детей дошкольного и младшего школьного возраста в центрах, для этого используются такие формы социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья как: сенсорная комната, комната социальной адаптации; класс трудотерапии по направлениям: кройки и шитья, вязания, машинописи, ручного труда; психологическая служба; компьютерный класс; кабинеты психоэмоциональной коррекции и логотерапевтический; зимний сад; музыкальный и спортивный залы [12, с.88].

*5. Медицинская реабилитация.* Созданы отделения физиолечения и массажа; зал лечебной физкультуры; плеоптоортоптический и процедурный кабинеты; кабинеты биологической обратной связи опорно-двигательный и кабинет коррекции зрения; кабинет лазерной терапии и рефлексотерапии; солярий; водогрязелечебница. В отделении физиолечения проводится электролечение; светолечение; магнитолазеротерапия; введении лекарственных веществ динамическими и синусоидальными модулированными токами по различным методикам; магнитотерапия; парафинозokerитовые аппликации; грязевые аппликации: гальваногрязь; подводный душ-массаж; ванны (хвойные, солевые); гипокситерапия.

В зале лечебной физкультуры проводятся индивидуальные и групповые занятия с применением различных тренажеров и укладок. Широко используется методика ДИПРИКОР (костюм «Адели», костюм «Гравистат» – современная модификация костюма «Адели»). Действие методики распространяется не только на двигательные возможности туловища и нижних конечностей, но и на особенности движения верхних конечностей и на артикуляционную мускулатуру у больных с различными формами дизартрии, снижая их интенсивность.

Центры оснащаются высокоэффективным медицинским оборудованием, реабилитационным оборудованием, инвалидными колясками, адаптационными средствами [19, с.273].

В центрах работают высококвалифицированные специалисты. Это психологи, логопеды, дефектологи, сурдопедагоги, социальные педагоги, специали-

сты по социальной работе, инструкторы по труду и физкультуре, музыкальные руководители, хореограф, инструктор по физкультуре, воспитатели, врачи разных профилей и медицинские сестры. Медицинская реабилитация в условиях центра направлена не только на восстановление утраченных функций, но и на развитие тех двигательных навыков, которые не сформировались к определенному возрастному периоду. Иными словами, реабилитация носит элементы абилитации и стимулирует не утраченные, а ранее не существовавшие, своевременно не развившиеся функции.

Цель медицинской реабилитации – создание единой системы реабилитации с соблюдением этапности, преемственности и непрерывности; повышение уровня и качества проведения комплекса мероприятий восстановительного лечения с учетом характера, особенностей ребенка, направленных на частичное или полное восстановление двигательных функций, нарушенных в результате травм, ортопедических и неврологических заболеваний

*6. Обеспечение благоприятного психологического климата.* Детям обеспечивается комфортная социокультурная среда образования; соблюдается охранительный гибкий режим, создана доброжелательная спокойная атмосфера, учитываются индивидуальные особенности каждого ребёнка. Для успешного обучения и развития детей специалисты в своей работе используют специализированные базовые и вариативные программы [25, с. 144].

*7. Очень распространена такая форма работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, как патронаж.* Центральный совет обучения и подготовки патронажных работников Великобритании определил патронаж как подотчетную профессиональную деятельность, которая позволяет инвалидам, семьям и общинам идентифицировать личные, социальные и ситуативные трудности, оказывающие на них отрицательное воздействие.

Патронаж помогает и дает им силы справиться с этими трудностями посредством поддерживающих, реабилитационных, защитных и коррекционных действий. Медицинские и хозяйственно-бытовые услуги не исчерпывают возможности патронажа, в его рамках могут осуществляться различные виды об-

разовательной, психологической, посреднической помощи, поэтому посещение клиента на дому является неотъемлемой формой работы социального педагога во взаимодействии с семьей.

Патронаж дает возможность наблюдать ребенка с ограниченными возможностями здоровья в его естественных условиях, что позволяет выявить больше информации, чем лежит на поверхности.

Таким образом, патронаж – одна из форм работы социального работника, представляющая собой посещение клиентов на дому с диагностическими, контрольными, адаптационно-реабилитационными целями, позволяющая установить и поддерживать связи с клиентом, своевременно выявлять проблемные ситуации, оказывая незамедлительную помощь. Патронаж делает социально-педагогическую деятельность более эффективной.

8. *Посредническая помощь социального работника* (звонки, письменные обращения в различные инстанции), наряду с образовательной помощью и психологической поддержкой, позволяет в ряде случаев найти источники для оплаты лечения и отдыха ребенка, получить единовременное материальное пособие в сложившихся неблагоприятных обстоятельствах, установить телефон на льготных основаниях и др., то есть в какой-то мере улучшить материальное положение семьи.

*В рамках различных форм социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья выделяют следующие методы:*

1. *Одним из ведущих методов работы социального работника с ребенком с ограниченными возможностями здоровья является составление контракта (договора).* Он составляется между профессионалом, оказывающим помощь, и клиентом – семьей или отдельным ее представителем.

Договор включает:

- а) описание ключевой проблемы или проблем, которые обе стороны надеются разрешить;
- б) цель и задачи проводимой работы;
- в) процедуры и методики, которые будут использованы;



г) требование к клиенту и специалисту, характеризующие роли каждого из них в процессе решения проблемы (для социального педагога это обычно встречи, беседы, письма, телефонные звонки);

д) временные рамки совместной деятельности и действия в случае, если соглашение будет нарушено одной из сторон.

2. *Метод консультации* представляет собой взаимодействие между двумя или несколькими людьми, в ходе которого определенные специальные знания консультанта используются для оказания помощи консультируемому в решении текущих проблем или при подготовке к предстоящим действиям [37, с.184].

Поскольку консультирование предназначено для оказания помощи практически здоровым людям, испытывающим затруднения при решении жизненных задач, оно способно найти широкое применение и в социально-педагогической

практике, нацеленной на реабилитацию семьи ребенка-инвалида.

Необходимость использования этого метода связана с тем, что значительная часть семей, имеющих ребенка-инвалида, находится в острых или хронических стрессовых состояниях, испытывающих трудности адаптации к своему новому статусу, имеют неустойчивую мотивацию к участию в реабилитационном процессе, сталкиваются со сложностями межличностного общения внутри семьи и с ближайшим окружением. И помимо новых знаний им необходимо специально организованное доверительное общение.

3. *Также могут применяться групповые методы работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья - тренинги.* Особенно распространены психологические и образовательные тренинги. Психологический тренинг представляет собой сочетание многих приемов индивидуальной и групповой работы, нацеленных на формирование новых психологических умений и навыков. В настоящее время цели проводимых тренинговых программ расширились, и тренинг перестал быть только областью практической психологии, заняв достойное место в социальное место в социальной работе, системе образования [37, с185].

Образовательные тренинги для родителей направлены, прежде всего, на развитие умений и навыков, которые помогают семьям управлять своей средой, ведут к выбору конструктивных жизненных и конструктивного взаимодействия. В образовательных тренингах активно используется, например, индивидуальные упражнения на управление своим телом, эмоциями; ролевые игры в малых группах; система домашних заданий, выступлений, дискуссий; приемы арттерапии, игротерапии, просмотр видеоматериалов и др.

Тренинг является одним из самых перспективных методов решения проблемы психолого-педагогического образования родителей. Эта проблема не теряет своей актуальности в течении последних лет. Особо остро она стоит в отношении родителей-инвалидов.

*Групповые методы работы* дают возможности родителям обмениваться друг с другом опытом, задавать вопросы и стремиться получить поддержку и одобрение в группе. Кроме того, возможность приписать на себя роль лидера при обмене информацией развивает активность и уверенность родителей.

Несмотря на высокие требования при соответствующей подготовки социальных работников именно групповые формы работы, в частности образовательные тренинги для родителей, эффективность которых доказана зарубежным опытом, войдут в разряд ведущих технологий социально-педагогического воздействия.

*4. Значительное место в реабилитационной работе занимает социально-трудовая реабилитация, проводимая и два этапа:*

Первый этап:

бытовая адаптация, как формирующая необходимые начальные навыки самообслуживания;

приобретение навыков освоения жизненно важного пространства (пользование приборами домашнего обихода, пользование транспортом, магазином);

ознакомление с профессиями через игровые формы или создание бытовых ситуаций.

Второй этап:

ориентация детей на определённый вид труда (учим детей шить, вязать, вышивать, печатать на пишущей машинке, пользоваться компьютером и т.д.);

музыкальные занятия, хореография, ритмика тоже способствуют решению задач профорientации и социализации личности ребенка.

5. Для более полного решения реабилитационных задач применяется методика биологической обратной связи - возврата человеку информации о функционировании его внутренних органов и систем. Это новое направление в реабилитационной аппаратуре, предназначенной для регенерации, усиления и возврата пациенту с двигательными нарушениями биопотенциалов работающей мышцы. В обычных условиях эта информация недоступна для пациента. Основная задача метода - научить больного управлять контролируемой мышцей [12, с.89].

6. Одним из наиболее эффективных методов психокоррекции детей стала песочная терапия. Песок обладает свойством пропускать воду. В связи с этим психотерапевты утверждают, что он поглощает негативную психическую энергию, стабилизирует эмоциональное состояние, а также является прекрасным средством развития творческих способностей ребёнка, тактильно - кинестетической чувствительности, мелкой моторики, коммуникативных способностей. Проводится психофилактическая работа по предупреждению невротических срывов. Особенно хорошо зарекомендовали себя сеансы психологической разгрузки в сенсорной комнате.

7. Одним из новейших методов социальной работы с детьми с детским церебральным параличом является кондуктивная педагогика. Этот опыт, родина которого – Венгерская республика, получил признание во многих странах мира. Основные задачи кондуктивной педагогики – это увеличение количества активных действий ребёнка и предупреждение возникновения вторичных дефектов; обучение детей различным способам координации в любых, видах деятельности; подготовка родителей к реабилитационной работе с детьми; создание условий, в которых ребёнок сможет наилучшим образом решить стоящую

перед ним задачу. Для каждого ребёнка с учётом его диагноза и возможностей определяется и обеспечивается соответствующий ритм выполнения заданий. Внедрение опыта кондуктивной педагогики во взаимосвязи с медицинским, психологическим и педагогическим опытом может способствовать дальнейшему совершенствованию реабилитационной работы с детьми с ДЦП.

Таким образом, одними из важнейших форм взаимодействия социального работника с детьми с ограниченными возможностями здоровья является: социальная, медицинская реабилитация, создание условий по предупреждению и абилитации (приспособлению ребенка инвалида, патронаж. Социальный работник своей деятельности использует такие методы как контакт, консультирование, тренинги, игротерапию. Также все эти методы и формы заимствованы в основном из зарубежного опыта, и поэтому говорить о целостных социально-педагогических технологиях пока еще рано – они находятся в стадии формирования и апробации.

В целом, социальная работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья из неблагополучных семей регулируется целым рядом нормативно-законодательных актов федерального и регионального уровней. Органы социальной защиты вносят изменения и дополнения по социальному обеспечению, предоставляют льготы и услуги, организуют материальную и другие виды помощи, санаторно-курортное лечение, корректировку действий, оформление детей с ограниченными возможностями здоровья в специализированные учреждения.

## **2.2 Технологии социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья**

Деятельность социального работника в системе социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья из неблагополучных семей включает *применение следующих технологий:*

- 1. Технология социальной адаптации детьми с ограниченными возможностями здоровья.*

Под социальной адаптацией понимают процесс включения индивида или группы в социальную среду, приспособления его к соответствующим правилам, системе норм и ценностей, практике и культуре организации, то под социальной дезадаптацией подростков понимают нарушение процесса социального развития, социализации индивида. Социальная дезадаптация проявляется в нарушении норм морали и права, в асоциальных формах поведения и деформации системы ценностных ориентации, в утрате социальных связей с семьей и школой, резком ухудшении нервно-психического здоровья, увеличении ранней подростковой алкоголизации, суициде.

Однако социальная дезадаптация — процесс обратимый, поэтому, по мнению многих ученых и практиков, можно не только предупреждать отклонения в социальном развитии детей и подростков, но и управлять процессом ресоциализации социально дезадаптированных детей и подростков.

Социальная адаптация дезадаптированного ребенка – процесс активного приспособления ребенка, находящегося в трудной жизненной ситуации к принятым в обществе правилам и нормам поведения, а так же процесс преодоления последствий психологической или моральной травмы [2].

Социальная адаптация осуществляется путем усвоения норм и ценностей данного общества. Основные проявления социальной адаптации – взаимодействие дезадаптированного ребенка с окружающим миром и его активная деятельность. Важнейшим средством достижения социальной адаптации являются общее образование и воспитание, трудовая и профессиональная подготовка. Процесс социальной адаптации проходит каждый человек в ходе своего индивидуального развития и профессионально трудового становления.

Полная социальная адаптация включает физиологическую, управленческую, экономическую, педагогическую, психологическую и профессиональную адаптацию.

Социальная адаптация дезадаптированного ребенка является одним из основных компонентов социальной защиты и показателем социальной защищенности детей с ОВЗ из неблагополучных семей. Социальная адаптация полагает

успешное освоение воспитанниками социальных ролей в системе общественных отношений. Процесс социальной адаптации происходит через формирование и развитие навыков ведения домашнего хозяйства, самообслуживания, трудовых умений и навыков [14, с. 175].

Под социальной адаптацией понимается либо собственно процесс включения индивида в социальные отношения (тогда различают активную и пассивную адаптацию), либо специально организованный образовательный процесс, способствующий данному включению. При этом рассматривать адаптацию исключительно как процесс приспособления неперспективно, так как он всегда будет сочетаться с факторами индивидуализации, сопротивления среды, осмысленной активности и т.д.

Правильная социальная адаптация детей с ОВЗ из неблагополучных семей включает материальную, моральную, нравственную, эмоциональную и познавательную компоненту.

*Процесс социальной адаптации состоит из нескольких этапов:*

Первый этап – подготовительный. Он протекает до момента включения воспитанника в социальную группу и связан с определением его статуса, проведением социальной диагностики, предполагающей ознакомление с его личностными особенностями.

Второй этап – включение в социальную группу, предполагающее помощь новому воспитаннику в адаптации к реальным условиям учреждения.

Третий этап – усвоение социально полезных ролей через участие в социальной деятельности, приобретение нового социального опыта, знаний, умений и навыков.

Четвертый этап – устойчивая социально – психологическая адаптированность, характеризующаяся способностью разрешить любую проблемную ситуацию, возникающую в естественных условиях социальной среды.

*Социальная адаптация дезадаптированных детей с ОВЗ из неблагополучных семей включает в себя следующие направления:*

1. Инновационное образование

2. Помощь несовершеннолетним матерям

3. Детская комната

4. Помощь повторным сиротам

Под социальной адаптацией дезадаптированных детей с ограниченными возможностями здоровья в контексте организованной образовательной деятельности будем понимать меры, позволяющие ребенку приобрести компетенции, необходимые для успешной социализации. То есть процесс вручения субъекту средств успешной социализации [5, с.190].

Вводя в систему оценки адаптации данные критерии, мы понимаем и основные цели организованной подготовки ребенка к выходу из детского дома в открытое общество:

обеспечить необходимой системой внутренней и внешней защиты от соответствующих зависимостей, обеспечить базовый уровень состояния здоровья и необходимый инструментарий для его поддержания и развития,

обеспечить правовую грамотность, дезавуировать ложные стереотипы о криминальном мире и романтике «хулигана и братка», отработать основные «точки напряжения», приводящие к нарушению закона;

создать условия для принятия ребенком ценности жизни, роста, развития, определения собственных целей, научиться с ним отношению к трудностям, неудачам, создать адекватный возможностям и условиям образ успеха.

*Основными формами работы по социальной адаптации дезадаптированных детей с ограниченными возможностями здоровья являются:*

выездные события: экскурсии, поездки, путешествия

комнаты социально-бытовой адаптации;

социальные квартиры, семейные центры на базе учреждения;

специальные занятия, лекции, тренинги, мастер-классы по развитию различных адаптационных компетенций;

проведение адаптационных сборов (лагерей) по специальным программам (инклюзивные и неинклюзивные);

передача детей в семью на время (гостевой режим);  
наставничество, шефство;  
профориентационные мероприятия, знакомящие детей с разными профессиями, производствами, специалистами;  
деловые игры, тренинги, обеспечивающие получение детьми разностороннего социального опыта;  
работы специальных кружков, секций, мастерских, обеспечивающих развитие адаптационно значимых компетенций  
издание специальной литературы, аудио и видеопродукции для детей, отражающих идеи социальной адаптации (справочники, комиксы, видеоролики и др.)  
создание системы социального лифта, обеспечивающего запрограммированный социальный, личностный и профессиональный рост воспитанника;  
адаптация через творчество, самореализацию и другие терапевтические техники иппотерапия, канис-терапия, садовая терапия и т.д.  
создание среды общения со сверстниками из семей;  
другие.

Деятельность специалистов по социальной адаптации дезадаптированных детей с ограниченными возможностями здоровья включает три основных составляющих социально-педагогической и психологической поддержки: образовательную, психологическую и посредническую [17, с. 185].

*Образовательная составляющая* поддержки семьи включает в себя три направления деятельности социального работника: обучение родителей (предотвращение возникающих семейных проблем и формирование педагогической культуры и психолого-педагогической компетентности родителей) и помощь в воспитании детей, а также просветительскую деятельность (лектории, семинары-практикумы и т. д.).



*Психологическая составляющая* поддержки семьи включает в себя два компонента: создание благоприятного микроклимата в семье в период кратковременного кризиса и коррекцию межличностных отношений.

*В посредническую составляющую* поддержки семьи входят три пункта: а) помощь в организации семейного досуга, б) помощь в координации (активизация различных ведомств и служб по совместному разрешению проблемы конкретной семьи и положения конкретного ребенка) и в) информирование (обеспечение семьи информацией по вопросам социальной защиты).

*Этапами реализации социальной адаптации дезадаптированных детей с ОВЗ из неблагополучных семей, в замещающих семьях являются:*

1. *Диагностический* – выявление и фиксация факта, сигнала проблемности – отсутствие ориентации членов семьи в ситуации, наличие трудностей в ее решении, недостаточность способностей и качеств, поиск внешних препятствий. Цель диагностического этапа – создание условий для осознания родителями и детьми сути проблемы, проявления ценностных противоречий и собственных смыслов. Одним из средств оказания поддержки является вербализация проблемы;

2. *Поисковый* – организация совместного с родителями поиска причин возникновения трудности, возможных последствий ее сохранения (или преодоления); взгляд на ситуацию со стороны. Целью поискового этапа является оказание поддержки и принятие родителями на себя ответственности за возникновение и решение проблемы с использованием данных диагностического этапа; помощь в выявлении связанных с проблемой фактов и обстоятельств, причин, которые привели к затруднению;

3. *Договорной* – проектирование действий специалистов и замещающих родителей (разделение функций и ответственности по решению проблемы);

4. *Деятельностной* – осуществление действий по решению проблемы;

5. *Рефлексивной* – совместное с родителями обсуждение успехов и неудач предыдущих этапов деятельности, констатация фактов разрешимости или

неразрешимости проблемы для ее переформулирования, осмысления новых вариантов выхода из ситуации [15, с. 184].

Итак, социальная адаптация ребенка в замещающей семье направлена на предотвращение семейного неблагополучия и преодоление трудностей воспитания в замещающей семье через организацию посреднической, диагностической, консультативной, просветительской и организационно-досуговой работы.

Отбор замещающих родителей (воспитателей) осуществляется последовательно. Стадия отбора кандидатов в приемные родители начинается с обращения лиц, желающих взять ребенка-сироту на воспитание, к инспектору по защите прав детей в районный отдел по вопросам материнства и детства, который предоставляет соответствующие юридические и медицинские документы.

Затем информация поступает к специалистам по социальной работе районного центра помощи семье и детям, которые проводят изучение формальных данных о кандидате – его материальное и финансовое положение. Особое внимание уделяется месту проживания приемных родителей: оно должно отвечать санитарно-гигиеническим нормам жилой площади, свое спальное место, места для хранения личных вещей, для приготовления уроков и т. д.

На основании этих данных, с помощью методов изучения личности и межличностных взаимодействий, проводится психодиагностика кандидатов в приемные родители. Выясняются истинные мотивы, побуждающие людей взять на воспитание приемного ребенка. Из практики выявлены следующие наиболее распространенные мотивы обращения кандидатов:

- а) отсутствие собственных детей;
- б) желание иметь ребенка противоположного пола;
- в) желание иметь второго ребенка (при невозможности иметь собственных);
- г) неистраченный родительский ресурс (свои дети выросли, хочется воспитать еще детей);

- д) желание кровного ребенка иметь брата (сестру);
- е) потеря кровного ребенка, желание восполнить утрату;
- ж) совместное воспитание ребенка в повторном браке;
- з) трудоустройство, желание иметь работу, профессиональная самореализация (для профессиональной замещающей семьи).

При положительном результате психодиагностики кандидаты в приемные родители проходят первичное обучение при районном центре социальной помощи семье и детям по психолого-педагогическим, медицинским и правовым вопросам [9, с.115].

*Следующей стадией* является подготовка заключения о возможности стать приемными родителями. Она осуществляется на основании документов, представленных кандидатами инспекторам по защите прав детей в течение 20 дней. Затем наступает стадия помощи кандидатам в приемные родители в подборе детей.

*Следующая стадия* – подготовка материалов дезадаптированных детей, выбранных к передаче в замещающие семьи. Учреждения, из которых передаются дети, подготавливают информацию о педагогических, психологических, личностных особенностях ребенка, отражающую наиболее яркие черты его индивидуальности.

Выбор ребенка для определенной замещающей семьи осуществляют на консилиуме специалисты, хорошо знающие особенности ребенка и работающие с ним. Кроме того, учитываются мотивы и пожелания кандидата в родители (воспитатели).

Таким образом, технологии социальной адаптации дезадаптированных детей с ОВЗ из неблагополучных семей предполагает полную социально – психологическая адаптированность, характеризующуюся способностью разрешить любую проблемную ситуацию, возникающую в естественных условиях социальной среды.

*Технология социальной коррекции детей с ограниченными возможностями здоровья. Социальная коррекция как технология социальной работы с детьми*

*с ограниченными возможностями здоровья* – это деятельность социального субъекта по исправлению тех особенностей психологического, педагогического, социального плана, которые не соответствуют принятым в обществе моделям и стандартам.

Коррекция предполагает работу с конкретными отклонениями и направлена, прежде всего, на самого ребенка. Коррекционное воздействие может идти в разных направлениях. Восстановление предполагает воссоздание тех качеств социального объекта, которые преобладали до появления отклонения. Компенсирование заключается в усилении тех качеств или той деятельности социального объекта, которые могут заменить утраченное в результате каких-то нарушений. Стимулирование направлено на активизацию положительных качеств, деятельности социального объекта, формирование определенных ценностных ориентации, установок отдельных клиентов, создание положительного эмоционального фона, отношений в микросоциуме. Исправление предполагает замену отрицательных свойств, качеств социального объекта на положительные.

Коррекционная работа с *детьми сограниченными возможностями здоровья*, прежде всего, будет направлена на развитие физических функций, которые могут компенсировать увечье, а работа с трудными подростками, в первую очередь, предполагает исправление негативных отрицательных свойств. Восстановление социальных связей и социального статуса будет приоритетным направлением в коррекционной работе с лицами, отбывшими срок наказания.

Центром любого коррекционного воздействия является конкретный клиент социальной службы. Этим объясняется распространение в повседневной практической деятельности психокоррекционных методов, связанных с личностно-ориентированной психотерапией, которая включает в себя разнообразные индивидуальные и групповые средства психологического воздействия. Они направлены на изменение отношения человека к тому, что происходит с ним и вокруг него, на выработку и развитие терпения, понимания, способности видеть положительное во всем и опираться на него [24, с. 176].

Коррекция девиантного поведения детей с ограниченными возможностями здоровья является социально-педагогическим и психологическим комплексом взаимосвязанных, взаимообусловленных операций и процедур, направленных на регуляцию мотиваций, ценностных ориентаций, установок и поведения личности, а через неё – на систему различных внутренних побуждений, регулирующих и корректирующих личностные качества, характеризующие отношение к социальным действиям и поступкам.

Известный отечественный учёный-педагог В. П. Кащенко ещё в 30-х годах разработал классификацию методов коррекции. Он объединил их в две группы: педагогические и психотерапевтические [13, с. 207].

*Педагогические методы:*

1. Метод общественного влияния (коррекция активно-волевых дефектов, коррекция страхов, метод игнорирования, метод культуры здорового смеха, коррекция навязчивых мыслей и действий, коррекция бродяжничества, самокоррекция).

2. Специальные или частнопедагогические методы (коррекция недостатков поведения, коррекция нервного характера)

3. Метод коррекции через труд.

4. Метод коррекции путём рациональной организации детского коллектива.

*Психотерапевтические методы:*

1. Внушение и самовнушение.

2. Гипноз.

3. Метод убеждения.

4. Психоанализ.

*Коррекционная работа детьми с ограниченными возможностями здоровья включает следующие этапы:*

1. Формулировка социально-педагогической и психологической проблемы.

2. Выдвижение гипотез о причинах девиантного поведения.

3. Диагностический этап.
4. Выбор методов и технологий коррекционной работы.
5. Использование методов, методик и технологий коррекционной работы.
6. Разработка программы.
7. Осуществление этой программы.
8. Контроль за ходом и эффективностью программы [18, с.146].

*В зарубежной и отечественной науке описаны общие принципы и методы коррекционной работы с трудновоспитуемыми детьми с ОВЗ из неблагополучных семей. Главные из них следующие:*

- принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач;
- единство диагностики и коррекции, коррекции и развития;
- единство возрастного-психологического и индивидуального в развитии;
- принцип коррекции «сверху вниз» (создание зоны ближайшего развития);
- принцип коррекции «снизу вверх» (тренировка уже имеющихся способностей);
- деятельностный принцип осуществления коррекции;
- нравственно-гуманистическая направленность психолого-педагогической помощи;
- понимание и сочувствие;
- прагматизм психолого-педагогического воздействия;
- своевременность психолого-педагогической помощи и поддержки;
- принцип возрастания сложности;
- учёт объёма и степени разнообразия материала и др.

Очевидно, что основой работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья должна стать программа, направленная на психологическую коррекцию девианта.

Психологическая коррекция детей с ограниченными возможностями здоровья – это система мероприятий, направленных на исправление недостатков

психологии или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия. Психокоррекции подлежат недостатки, не имеющие органической основы и не представляющие собой такие устойчивые качества, которые формируются довольно рано и в дальнейшем практически не изменяются

Основное отличие психокоррекции от воздействий, направленных на психологическое развитие человека, заключается в том, что психокоррекция имеет дело с уже сформированными качествами личности или видами поведения и направлена на их «переделку». Основная же задача развития состоит в том, чтобы при отсутствии или недостаточном развитии сформировать у человека нужные психологические качества.

В то же время коррекция может быть составной частью учебно-воспитательного процесса и выступать как целостное педагогическое явление, направленное на изменение формирующейся личности ребёнка.

В рамках единого педагогического процесса коррекция выступает как совокупность коррекционно-воспитательной и коррекционно-развивающей деятельности [10, с.118].

Коррекционно-воспитательная деятельность охватывает всю совокупность мер педагогического воздействия на личность ребёнка с отклонениями в поведении. Она направлена как на изменение познавательных способностей (особенно в младшем возрасте), так и его эмоционально-волевой сферы, улучшение индивидуальных личностных качеств, а так же на развитие его интересов и склонностей. Следует отметить, что учебная деятельность в подростковый период остаётся ведущим видом деятельности у абсолютного большинства детей и подростков. Коррекционная направленность внеурочной воспитательной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья состоит в том, что педагогически запущенным и трудновоспитуемым подросткам предоставляется возможность удовлетворить свои интересы, реализовать свои потребности, проявить свои способности, оценить самого себя и быть оцененным другими в ходе участия во внеклассной работе, наконец, попытаться найти опти-

мальный вариант взаимоотношений со сверстниками и учителями и выбрать приемлемую форму поведения [15, с.136].

Таким образом, используя те или иные приёмы и методы педагогического воздействия в коррекционной работе с детьми с *ограниченными возможностями здоровья*, необходимо учитывать и то, что методы исправления личности влияют как на сознание, чувства, поведение, так и на развитие личности в целом. Комплексное применение методов делает их средством перестройки личностной системы подростков.

### *3. Технология социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья*

Реабилитация может рассматриваться как система мер, направленных на решение задач достаточно широкого диапазона - от привития элементарных навыков до полной интеграции человека в обществе. А также и как результат воздействия на личность, её отдельные психические и физические функции. В отличие от адаптации, которая трактуется как приспособление с использованием возможностей организма, реабилитация понимается как восстановление, активизация. В процессе реабилитации компенсаторный механизм используется для преодоления существующего порока, а в процессе адаптации - приспособления к нему. Реабилитация - это система мер, имеющих своей целью возвращение ребенка-инвалида к активной жизни в обществе и общественно полезному труду. Этот процесс является непрерывным, хотя и ограничен временными рамками [17, с.189].

Следует различать различные виды реабилитации. Назовём их и дадим краткую характеристику. Медицинская реабилитация направлена на полное или частичное восстановление или компенсацию той или иной утраченной функции организма ребенка или на возможное замедление прогрессирующего заболевания. Психологическая реабилитация направлена на психическую сферу ребенка. Её цель преодоление в сознании ребенка-инвалида представления о его ненужности и никчёмности как личности. Профессиональная реабилитация предусматривает обучение или переобучение ребенка доступным для него



формам труда, поиск для него рабочего места, с облегченными условиями труда и сокращенным рабочим днем. Нормальные условия жизни подростка предусматривает бытовая реабилитация. Социальная реабилитация - это процесс восстановления способности ребенка к жизнедеятельности в социальной среде и условий жизнедеятельности личности, которые были ограничены или нарушены по каким либо причинам. Комплекс мер, направленных на обеспечение подростка причитающимися ему денежными выплатами защиту его законных интересов и прав обеспечивает социально - экономическая реабилитация. Социально - педагогическая реабилитация - это система мер воспитательного характера, направленная на формирование личностных качеств, активной жизненной позиции трудного подростка; на овладение необходимыми умениями и навыками по самообслуживанию, правилами поведения в обществе; на получение необходимого образования. Такая реабилитация детей-инвалидов реализуется, как правило, в специализированных учреждениях, которые называются реабилитационными центрами. В данных учреждениях социально - педагогическая реабилитация включает три основных этапа, диагностики; создания и реализации реабилитационной программы; постреабилитационной защиты ребенка. Основная цель деятельности таких учреждений - социальная защита и поддержка нуждающихся детей-инвалидов, их реабилитация и помощь в жизненном самоопределении.

Таким образом, перечисленные выше виды реабилитации взаимосвязаны друг с другом и дополняют друг друга. Имеют своей целью поддержать, помочь и защитить ребенка [19, с. 138].

При построении реабилитационной технологии с детьми с ограниченными возможностями здоровья в качестве базовых учитываются некоторые положения. Самое главное опора на положительные качества ребенка. Необходимо следовать путем создания для него «ситуации успеха», уметь найти положительное в поведении подростка, недопустимо категорическое осуждение трудного ребенка, высказывание мрачных прогнозов. Имея, как правило, хроническую неуспеваемость в школе, подростки не верят в свои силы, не видят буду-

шего. Необходимо формирование будущих жизненных устремлений, важно дальнейшее профессиональное самоопределение. В этом случае помощь социального работника вместе с психологом направлена на определение его будущей профессии. Необходимо включение подростка в значимую для него и общественно - полезную деятельность, а не чтение моралей, наставлений. Это сложная задача, так как зачастую требует изменения не только отношения к тому или иному виду деятельности, но и нормализацию отношений с коллективом несовершеннолетних.

Таким образом, существующие технологии работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья направлены на то, чтобы поставить направление социальной активности ребенка в общественно одобряемое или нейтральное русло; создание специальных служб социальной помощи таким детям.

### **3 ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ГБУЗ ДГКБ ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №3 Г.БЛАГОВЕЩЕНСК**

#### **3.1 Исследование организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск**

Детская городская клиническая больница оказывает помощь детям города Благовещенска с 1964 г. До 1995 года обслуживала детское население не только города, но и области. На базе ДГКБ в 1992 г. было организовано отделение детской гинекологии, первое на Дальнем Востоке. С 2000 г. при каждой детской поликлинике открыты и работают медико-социальные отделения, которые оказывают юридическую, психологическую и социальную помощь подросткам и детям города Благовещенска.

В настоящее время Детская городская клиническая больница в своей структуре имеет: стационар на 290 коек, из которых 90 коек дневного пребывания и 200 - круглосуточного (профиль коек: отоларингологический хирургиче-

ский, урологический, гинекологический, нефрологический, педиатрический, кардиологический, пульмонологический, гастроэнтерологический, неврологический и гематологический), четыре детских поликлиники с филиалами, отделение восстановительного лечения с 20 койками дневного пребывания, стоматологическую поликлинику, молочную кухню и кабинет инфекционных заболеваний.

*Основные виды деятельности поликлиники:*

*1 Амбулаторно-поликлиническая помощь* детскому населению (педиатрия, неврология, травматология и ортопедия, неонатология, детская хирургия, детская кардиология, детская эндокринология, офтальмология, отоларингология, пульмонология, гастроэнтерология, акушерство и гинекология, детская урология-андрология, аллергология и иммунология, инфекционные болезни). Специализированная помощь стала ближе и доступнее для детского населения. Проводятся процедуры на аппарате ТонзиЛор в отоларингологическом кабинете и электростимуляция зрительного нерва в офтальмологическом кабинете.

Поликлиника располагает широким спектром диагностических услуг: лабораторные услуги включают в себя общие клинические исследования, биохимические исследования, исследования гормонального статуса и экспресс-диагностику,

физиотерапевтическое отделение и лечебная физкультура, кабинеты массажа, ультразвуковой диагностики (имеется один переносной аппарат, которым проводится скрининговая диагностика девочкам подросткам при проведении углубленных медицинских осмотров в школах и ССУЗах),

функциональная диагностика (ЭКГ, холтеровское мониторирование, ЭХО-ЭГ), рентгенологическое обследование, лазеротерапия, аудиологический скрининг, восстанавливается ванный зал для оказания детям водолечебные процедуры.

*2 Стационарзамещающая помощь:*

работает отделение стационарзамещающей помощи, в него входят: стационар на дому, дневной стационар педиатрического, офтальмологического,

инфекционного, хирургического и неврологического профилей (далее – ДС). Также появилась возможность всему прикрепленному детскому населению в ДС офтальмологического профиля проводить электростимуляция зрительного нерва.

В ДС инфекционного профиля, оказывается специализированная медицинская помощь при гельминтозах детям и взрослым, так же и анонимно. Уникальным является дневной стационар. Проводится диагностика и лечение из средств обязательного медицинского страхования следующих паразитарных заболеваний: лямблиоз, энтеробиоз, аскаридоз, дифиллоботриоз, описторхоз и др.

Основная ценность учреждения – высокий кадровый врачебно-сестринский потенциал. Специалистами ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г. Благовещенск осуществляется курация семей, имеющих детей-инвалидов. Медсестры больницы регулярно выезжают с целью оказания консультативной, лечебной и организационно-методической помощи.

На базе ГБУЗ ДГКБ регулярно проводятся научные конференции, подготовлено 3 сборника научных работ с участием, как медицинских работников больницы, так и сотрудников кафедр Амурской государственной медицинской академии и лечебно-профилактических учреждений области. В тесном научном и практическом взаимодействии больница работает с кафедрами Амурской государственной медицинской академии: кафедрой педиатрии ФПК и ППС, кафедрой госпитальной хирургии, кафедрой гинекологии, кафедрой неврологии и кафедрой ортопедии и травматологии. В больнице активно работает Совет медицинских сестер, в составе которого 5 секторов: санитарно-профилактический, производственный, учебный, культурно-воспитательный и лечебного питания. В рамках Совета медицинских сестер работает Школа старших медицинских сестер и Совет наставников.

Таким образом, ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г. Благовещенск – является учреждением, осуществляющим специализированную медико-социальную работу с различными категориями детей, в том числе и детьми-инвалидами

*Для уточнения анализа организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья на базе ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г. Благовещенск проведено эмпирическое исследование. Разработана программа социологического исследования. Объектом исследования стали сотрудники ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г. Благовещенск, осуществляющие социальную работу с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Предметом исследования является социальная работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья (Приложение А).*

В рамках исследования были получены следующие результаты.

В г. Благовещенске проживает 546 семей, воспитывающих 879 детей с ограниченными возможностями здоровья. На базе ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 обслуживаются 190 детей-инвалидов, их них: 153 ребенка и 39 подростков. Все дети с ограниченными возможностями здоровья с различными заболеваниями, самостоятельно не обслуживаются. *Исследование показало (из данных социальных паспортов, заполняемых сотрудниками регистратуры клиники), что семьи с детьми с ограниченными возможностями здоровья испытывают множество проблем разного характера, в соответствии с рисунком 1: 35 % – это и материальные; 22 % - психологические (непонимание окружающих); 43 % - социальные (изолированность семей с детьми с ОВЗ; невозможность и нежелание родителей трудоустроиться; низкий уровень образования) трудности. Самостоятельно им решить эти проблемы очень сложно. Здесь необходима профессиональная комплексная поддержка таких семей.*

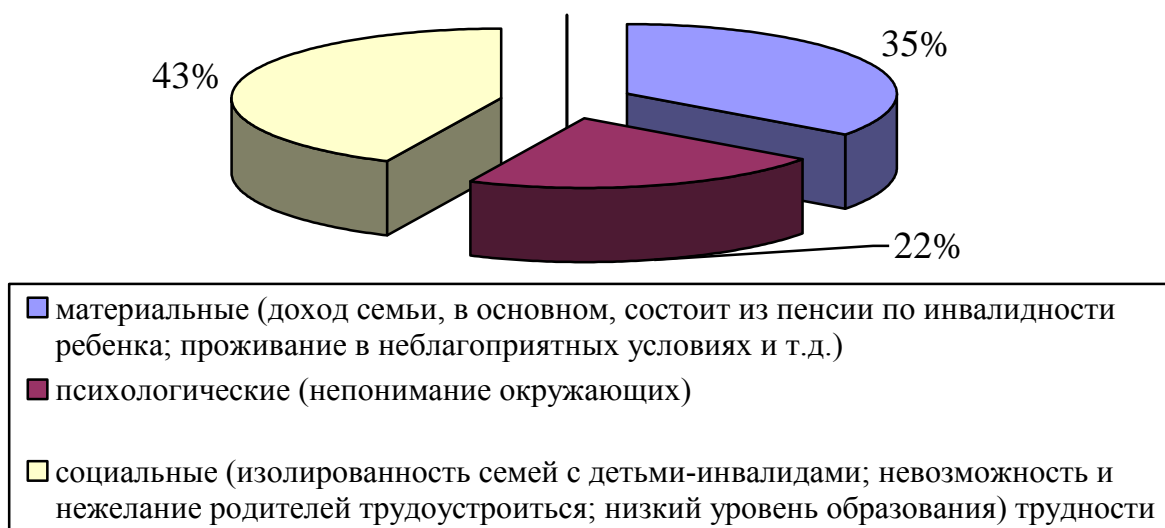


Рисунок 1 – Проблемы семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья

Экспертный опрос показал, что основными задачами по социальной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья являются, в соответствии с рисунком 2:

25 % опрошенных ответили, что это - преодоление изолированности семей, имеющих детей с ОВЗ; 17 % - образование новых социальных связей, получение социальных навыков; 25 % - социальная интеграция детей с ОВЗ в среде здоровых сверстников; 33 % - развитие программ отдыха и оздоровления детей с ОВЗ.

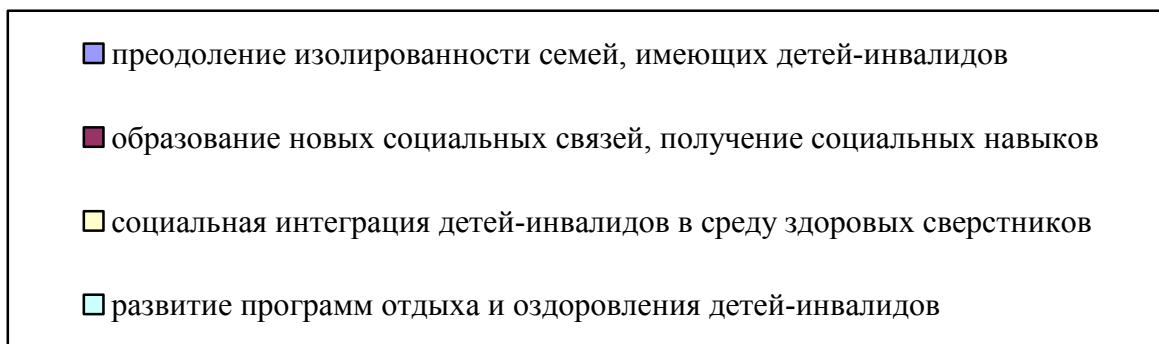
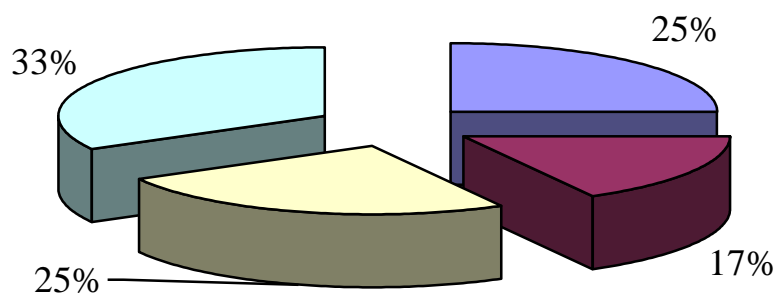


Рисунок 2 – Основные задачи по социальной работе с детьми с ОВЗ в отделении

*Согласно ответов респондентов, было установлено, что основными направлениями деятельности больницы являются в рамках медико-социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья являются:*

27 % - оказание специализированной консультативно-диагностической и лечебной помощи с применением высокотехнологичных методов лечения и диагностики;

13 % - оказание консультативной и организационно-методической помощи специалистам лечебно-профилактических учреждений области;

40 % - организация и оказание квалифицированной экстренной и плановой консультативной медицинской помощи при участии реанимационно-консультативного центра и силами специалистов больницы;

15 % - осуществление экспертизы качества лечебно-диагностического процесса;

5 % - участие специалистов в лицензионно-аккредитационных комиссиях.

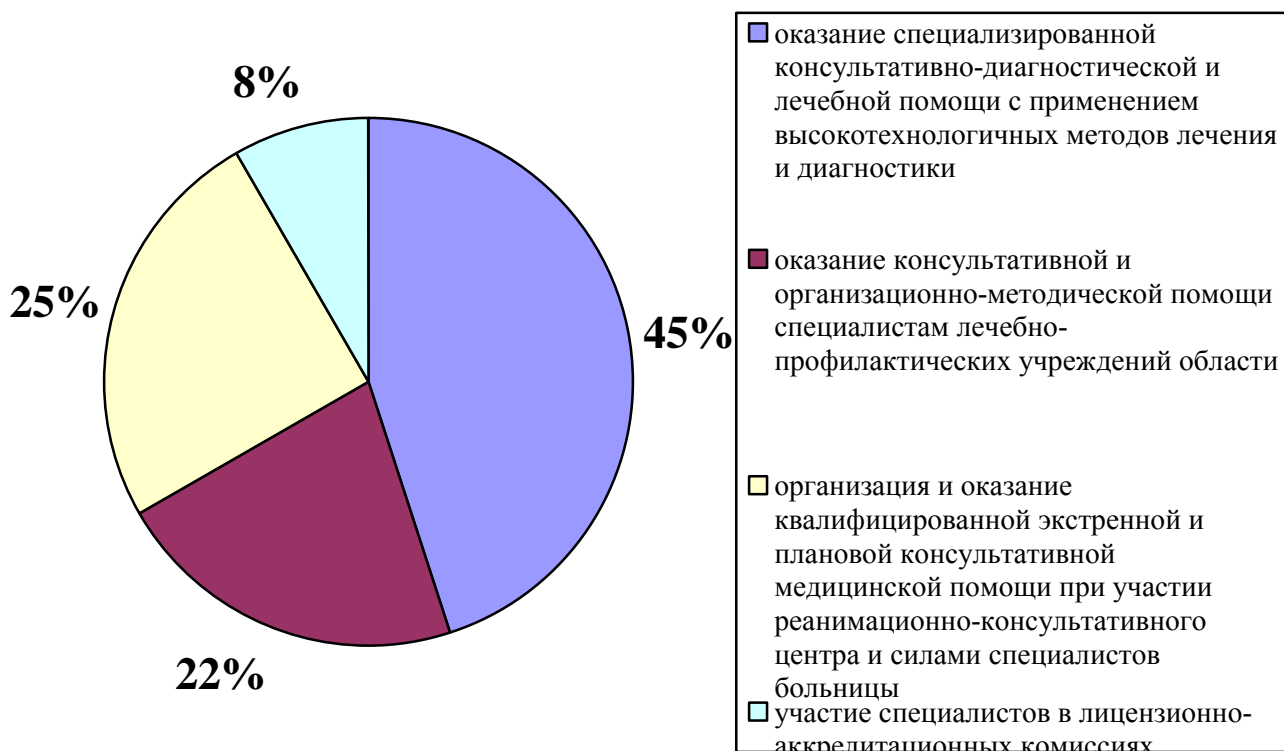


Рисунок 3 – Основные направления деятельности больницы являются в рамках медико-социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья

*Благодаря организованной работе сотрудниками ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск проводятся следующие мероприятия с детьми с ограниченными возможностями здоровья, в соответствии с рисунком 4:*

21 % опрошенных экспертов ответили, что это - патронаж семьи; 4% указали, что проводится - диагностика семьи; 8 % - правовая помощь и поддержка; 9% - предоставление информации об услугах, оказываемых учреждениями здравоохранения, образования, социальной защиты; 5 % - предоставление информации о проводимых в области и городе культурно-массовых мероприятиях; 18 % - услуги качественной психологической, консультативной помощи; 15 % - услуги «социального такси» для детей-инвалидов; 7 % - создание и ведение банка данных о семьях, имеющих детей-инвалидов; 10 % - предоставление со-



циальных услуг, в т. ч. предоставление услуг группы дневного пребывания для детей-инвалидов; 3 % - взаимодействие с другими структурами и службами, необходимыми для удовлетворения запроса семьи с ребенком с ОВЗ.

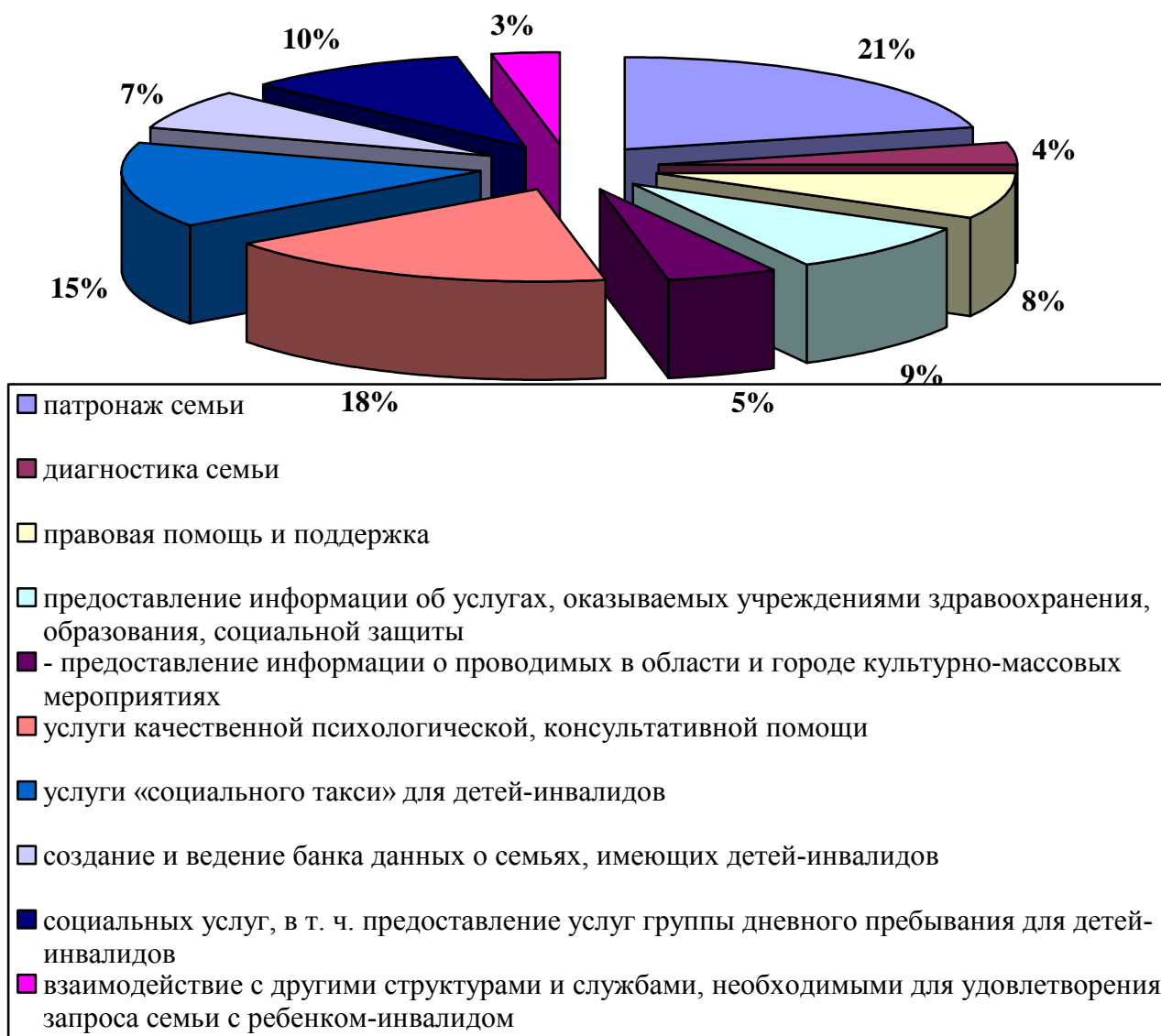


Рисунок 4 – Мероприятия по социальной работе с детьми с ОВЗ

Механизм отбора детей с ограниченными возможностями здоровья – получателей услуг говорит нам о том, что участниками являются все обратившиеся граждане, входящие в состав целевых групп, т.е. дети-инвалиды, проживающие в семьях. За 2013 год в Отделении прошли реабилитацию 59 детей, из них 41 ребёнок-инвалид, в том числе 38 детей-инвалидов.

При отделении реабилитации детей с ограниченными умственными и физическими возможностями функционирует группа дневного пребывания детей. В последнюю неделю каждого месяца, после реабилитационной смены, семьям с детьми-инвалидами предоставляются услуги группы дневного пребывания, за прошедший период услугой воспользовались 27 детей.

С детьми работают социальный работник, логопед, психолог, мастер по массажу, социальный педагог, воспитатель. В основном группу дневного пребывания посещают неорганизованные дети. Социальная поддержка оказывается и родителям детей-инвалидов: это педагогические, медицинские, психологические, юридические консультации, также с родителями работает психолог, проводя с ними беседы, тренинги, анкетирование. В рамках совершенствования реабилитационной помощи детям с высоким риском инвалидизации по заболеванию в условиях отделения восстановительной терапии ДГКБ проводилось внедрение и использование комплекса тренажеров, полученных больницей в 2011 году.

Выполнено 570 процедур на тренажере «Дидактическая черепашка» 42 детям из ортопедического отделения и центра детской политравмы (с переломами верхних конечностей, повреждениями сухожилий, резаными ранами, новообразованиями) и 96 пациентам неврологического отделения (ДЦП, миопатиями). Использование тренажера способствует формированию эффективной мотивации ребенка заниматься развитием мелких движений верхних конечностей за счет его яркости, красочности, разнообразия модулей, удобства и легкости в использовании. У всех детей отмечено улучшение мелкой моторики пальцев рук и суставов верхнего плечевого пояса, у 42% — уменьшение болевого синдрома, у 82% детей — увеличение амплитуды и объема движений пальцами кистей рук. У ребенка с оперированной гигромой кисти полностью восстановлен объем движений.

Таким образом, исследование социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в отделении реабилитации детей ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г. Благовещенск показал, что семья с ребенком с

ограниченными возможностями здоровья – это особая семья, семья с особым статусом. Возникшая в таких семьях потребность постоянного ухода за ребёнком в ряде случаев приводит к снижению уровня жизни семьи. Работа специалистов ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенскс ребёнкомс ограниченными возможностями здоровья даёт возможность таким семьям преодолеть изолированность своей семьи, получение социальных навыков, способствует интеграции детейс ограниченными возможностями здоровья в среду здоровых сверстников.

### **3.2 Практические рекомендации по оптимизации социальной работы с детьмис ограниченными возможностями здоровья в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск**

В рамках деятельности ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника№3 г.Благовещенск по организации медико-социальной работы с детьмис ограниченными возможностями здоровья проведено эффективное внедрение современных методик в результате оснащения отделения восстановительной терапии эффективным комплексом медицинских тренажеров и модулей для детей, начиная с раннего возраста, позволяющее расширить возможности реабилитационной помощи детям с серьезной врожденной и приобретенной патологией ЦНС и опорно-двигательного аппарата.

Отмечается повышение качества и эффективности комплексной терапии детей с онкологическими заболеваниями и детей-инвалидов и детей, имеющих высокий риск инвалидизации (страдающих врожденной и приобретенной хронической патологией опорно-двигательного аппарата и нервной системы).

Субъективное улучшение качества жизни пациентов, в лечении которых применяется комплексное использование восстановительных методик отмечено при клинико-лабораторной оценке результатов лечения. Для идентификации улучшения качества жизни детей-инвалидов и членов семей необходимо внедрение специализированных опросников на уровне амбулаторно-поликлинического звена.

*В целом, анализ данных полученных при анкетировании показал, что наря-*

*ду с эффективностью деятельности больницы существуют следующие проблемы:*

1. Для большинства детей с ограниченными возможностями здоровья остаются недоступными детские учреждения, соответственно необходима организация социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, проживающими дома, не находящимися в специализированных учреждениях

2. Многие семьи, в которых воспитываются дети с ограниченными возможностями здоровья, не имеют возможности для комплексного индивидуального лечения, реабилитации. Те же специальные стационарные учреждения, которые существуют, недостаточно финансируются, не укрепляется их материально-техническая база.

3. Все организации, занимающиеся социальной работой с детьми с ограниченными возможностями здоровья организуют досуг только в дни больших праздников. Возникла необходимость о систематическом проведении досуговых мероприятий.

4. Нехватка финансовых средств для обеспечения деятельности больницы и лекарственного обеспечения детей с очень тяжелыми группами заболеваний.

*В целях оптимизации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья предлагаются следующие рекомендации:*

*1. Формирование бригад профессионалов, выезжающих на дом к ребенку с ограниченными возможностями здоровья. Для эффективного проведения терапии оптимальным является (психолог, социальный работник, терапевт или педиатр, онколог), с включением услуг волонтеров для обслуживания семьи. Важная роль, по нашему мнению, в этих бригадах должна отводиться медицинским сестрам особой квалификации, получившим подготовку по социологии, основам социальной работы, психологии, биоэтике, курсу паллиативной терапии.*

*2. В рамках повышения эффективности работы разработаны рекомендации по социальной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья с выделением всех трех направлений этой работы - медицинского, пси-*

психологического, социального (Приложение Д).

3. *Совершенствовать специальные программы* подготовки и повышения квалификации врачей и медицинских сестер отделений клиник и диспансеров с включением в учебные планы разделов психологии, социологии, биоэтики.

4. *Организовать постоянно действующие психологические тренинги* данной направленности для врачей, медицинских сестер, социальных работников, волонтеров, работающих с больными как в условиях стационара, так и на дому.

5. *Внедрение Социальной программы «Оптимизация социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья»* (Приложение Е). Основная цель программы - формирование активной позиции семьи в преодолении трудной жизненной ситуации, адаптация семей имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья так, чтобы эти семьи могли удовлетворить потребности ребенка максимально эффективно. Изучение способа функционирования конкретной семьи и выработки индивидуальной программы, соответствующей семейным потребностям и стилям.

Итогом успешной реализация программных мероприятий будет являться:

1. Совершенствование процесса социальной интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в среду здоровых сверстников, оказать помощь в преодолении психологического барьера в общении детей с ограниченными возможностями здоровья и семей, имеющих детей-инвалидов.

2. Привлечение внимания общественности к проблемам семей, имеющих детей-инвалидов.

3. Повышение качества услуг по оздоровлению и реабилитации, предоставляемых детям-инвалидам в специализированных учреждениях области.

4. Создание систему служб, занимающихся проблемами семей, имеющих детей-инвалидов.

Таким образом, исследование социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск показало, что деятельность по оказанию помощи осуществля-

ется комплексно, всеми работниками отделения. Предложенные автором рекомендации позволяют усовершенствовать социальную работу с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дети с ограниченными возможностями здоровья являются особой социально незащищенной группой населения. Особенности детского здоровья и развития оказывают существенное влияние на формирование детской – инвалидности. Организация социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья очень актуальна, так как и в целом по России, не прекращается рост детской инвалидности, что требует особых мер по профилактике и социальной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья

В ходе написания бакалаврской работы решены поставленные задачи:

1. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограниченной жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты». Ограничение детей значительно ограничивает их жизнедеятельность, приводит к социальной дезадаптации вследствие нарушения их развития и роста, потери контроля за своим поведением, а также способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

2. Основными социальными проблемами детей с ограниченными возможностями здоровья являются: барьеры в осуществлении прав на охрану здоровья и социальную адаптацию, образование, трудоустройство, переход на платные медицинские услуги, платное образование, неприспособленность архитектурно-строительной среды к особым нуждам детей-инвалидов в зданиях общественной инфраструктуры (больницах, школах, средних и высших образовательных учреждениях), финансирование государством социальной сферы по остаточному принципу усложняют процессы социализации и включение их в общество.

3. Социальная помощь детям с ограниченными возможностями здоровья – это система гарантированных государством экономических, социальных и пра-

вовых мер, обеспечивающих ребенку условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества. Государственную политику в области социальной защиты инвалидов в РФ, определяет Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" № 181 -ФЗ от 24 ноября 1995 г.

4. Социальная работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья, которые состоят в оказании содействия ребенку с ограниченными возможностями здоровья и членам его семьи, предоставлении индивидуальной помощи через информирование, диагностику, консультирование, прямую натуральную или финансовую помощь, педагогическую и психологическую поддержку, помощь в адекватной адаптации к условиям среды, социализации и реабилитации, с целью обеспечения культурного, социального и материального уровня жизни.

5. Анализ социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г. Благовещенск показал, что семья с ребёнком с ограниченными возможностями здоровья – это особая семья, семья с особым статусом. Возникшая в таких семьях потребность постоянного ухода за ребёнком в ряде случаев приводит к снижению уровня жизни семьи. Работа специалистов ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г. Благовещенск с ребёнком с ограниченными возможностями здоровья даёт возможность таким семьям преодолеть изолированность своей семьи, получение социальных навыков, способствует интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в среду здоровых сверстников. Однако, результаты проведённого исследования подтверждают, что дети с ограниченными возможностями здоровья и их родители испытывают недостаток информации по вопросам получения поддержки (психологической, моральной и др. специалистов социальных служб).



## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Абакумова, А. П. Социальная работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья / А. П. Абакумова. – М.: Просвещение, 2019. – 276 с.
- 2 Акатов, Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья: психологические основы : учеб. пособие / Л. И. Акатов. – М.: ВЛАДОС, 2018. – 368 с.
- 3 Боровая, Л. П. Социально-психологическая помощь семьям, имеющих тяжело больных детей/ Л.П.Боровая // Социально-педагогическая работа. – 2017. №6. – С. 59
- 4 Букатова, Л.М. «Добро по кругу» /Л.М.Букатова // Библиотека . – 2016. – № 6. – С.564
- 5 Быков, А. В. – Психологическая служба в учреждениях социально-педагогической поддержки детей и подростков / А.В. Быков – М., – УРАО – 2016 – 100 с.
- 6 Быков, Д. А. Опыт создания реабилитационного комплекса для детей с ограниченными возможностями / Д. А. Быков // Педагогика. – 2019. – № 6. – С. 231.
- 7 Василькова, Ю. В. Социальная педагогика / Ю.В. Василькова, Т.А.Василькова. – М.: ВЛАДОС, 2020. – 321 с.
- 8 Гембаренко, В.Т. – Семья и ребенок с ограниченными возможностями / В.Т.Гамбаренко// Социальное обеспечение – 2016.– №3. – С.342.
- 9 Григорьев, А. Д. Очерки истории социальной работы / А.Д.Григорьев. – М.: Просвещение, 2019. – 223 с.
- 10 Гришина, Л. Г. Анализ инвалидности в Российской Федерации за 2000 – 2011 гг. и ее прогноз до 2015 года / Медико-социальная экспертиза и реабилитация / Л. Г Гришина, Н. Д. Таламаева, Э. К. Амирова. – М., 2017. – 244 с.
- 11 Дмитриев, А. В. Проблемы инвалидов / А. В. Дмитриев. – СПб.: Питер, 2019. – 245с.
- 12 Зайнышев, И. Г. Технология социальной работы: учебное пособие для

студентов высших учебных заведений /И. Г. Зайнышев . – М.: Гуманитарное издательство Владос, 2016. – 240 с.

13 Закон Амурской области от 14.12.2005 №103-ОЗ «О комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав» (в ред. Закона Амурской области от 12.10.2007 №400-ОЗ) изд. «Амурская правда», №2, 11.01.2009

14 Закон Амурской области от 21.01.2005 №424-ОЗ «О перевозке несовершеннолетних, самовольно ушедших из семей, детских домов, школ-интернатов, специальных учебно-воспитательных школ-интернатов, специальных учебно-воспитательных и иных детских учреждений, по территории Амурской области» изд. «Амурская правда» №17-18, 25.11.2005

15 Закон Амурской области от 19.01.2005 №409-ОЗ «Об обслуживании отдельных категорий граждан социальными службами Амурской области» (в редакции Закона Амурской области от 12.10.2007 №408-ОЗ) изд. «Амурская правда», №19-20, 26.01.2005.

16 Закон Амурской области от 13.12.2006 №261-ОЗ «О государственной гражданской службе Амурской области» (в редакции Закона Амурской области от 07.06.2007 №345-ОЗ) изд. «Амурская правда», № 240, 20.12.2006.

17 Закон Амурской области от 02.05.2007 № 326-ОЗ «Об областных стандартах качества предоставления бюджетных услуг» изд. «Амурская правда», № 80, 08.05.2007

18 Здоровоохранение и медицинское обслуживание в Амурской области: ЗАП. – Благовещенск: Амуроблкомстат, 2019. – 54 с.

19 Здоровоохранение и медицинское обслуживание в Амурской области: статистический сборник. – Благовещенск: Амуроблкомстат, 2018. – 106 с.

20 Колпакова, О. Использование инвалидных социальных технологий реабилитации детей в летний период / О. Колпакова// Социальное обеспечение – 2018– №6 . – С.183.

21 Коновалова, М. П. Социокультурная реабилитация детей с ограниченными возможностями в процессе информационно-библиотечного обслуживания / М. П. Коновалова. // Вестник Московского государственного университе-

та культуры и искусств – 2018. – №2. – С. 103.

22 Кулагина, Е. В. Семьи с детьми инвалидами: социально – экономическое положение / Е. В. Кулагина // Народонаселение. – 2019. – № 1. – С. 20 – 32.

23 Ляпидиевская, Г. В. – О создании в России сети реабилитационных центров для детей и подростков с ограниченными возможностями / Г. В. Ляпидиевская // Вестник психо-социальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2018–№2 – С. 448.

24 Малофеева, Т., Васин С. – Инвалиды в России // Proetcontra/ Т. Малофеева, С. Васин. – 2017– №3 –С. 205.

25 Настольная книга специалиста – Социальная работа с инвалидами. –М: ВЛАДОС, 2018. – 153с.

26 Низовцева, В.Г. – На первом месте – реабилитация / Г. Низовцева, Э. Илатовская // Социальное обеспечение. – 2016– №4 – С. 233.

27 Обухова, Л. Ф., Рябова Т. В. – Феномен эгоцентризма у подростков-инвалидов // Вопросы психологии / Л. Ф. Обухова, Т. В. Рябова. – 2018– №3 – С. 448.

28 Основы социальной работы: Учебник / отв. ред. П. Д. Павленок. – М.: Инфра, 2019. – 345с.

29 Олиференко, Л. Я. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска / Л. Я. Олиференко, Т. И. Шульга, И. Ф. Дементьева. – М: ВЛАДОС, 2016. – 345с.

30 Пособие по технологии работы с детьми с ограниченными возможностями / под ред. Гуслияковой Л. Г. – М.: – Социальное здоровье России, 2018. – 210с.

31 Постановление Правительства РФ от 18.08.2008 № 617 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации об образовательных учреждениях, в которых обучаются (воспитываются) дети с ограниченными возможностями здоровья».

32 Постановление губернатора Амурской области от 29.12.2006 №738

«Об утверждении комплексного плана мероприятий по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, защите их прав и законных интересов на территории Амурской области на 2007-2009 годы».

33 Постановление Правительства Российской Федерации от 18.08.2005 № 525 «О порядке расходования и учета средств федерального бюджета предусмотренных на финансирование деятельности, связанной с перевозкой между субъектами Российской Федерации, а также в пределах территорий государств-участников Содружества Независимых государств несовершеннолетних, самовольно ушедших из семей, детских домов, школ-интернатов, специальных учебно-воспитательных и иных детских учреждений» (Собрание законодательства РФ, 22.08.2005, № 34, ст.3517).

34 Постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 19.07.2000 № 52 «Об утверждении методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Центр социальной помощи семье и детям» (в редакции постановления Минтруда РФ от 26.03.2001, №28) изд. «Бюллетень Минтруда РФ», №8, 200.

35 Постановление Правительства РФ от 27.11.2000 №896 «Об утверждении примерных положений о специализированных учреждениях для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации», изд. «Собрание Законодательства РФ», 04.12.2000, № 49, ст. 4822.

36 Постановление Министерства труда и социального развития РФ от 29.03.2002 № 25 «Об утверждении Рекомендаций по организации деятельности специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации» (в ред. Постановления Минтруда РФ от 23.01.2004 № 2) изд. «Бюллетень Минтруда РФ», 2002, №5.

37 Постановление Минтруда РФ от 30.01.1997 № 4 «Об утверждении Порядка приема, содержания и выпуска лиц, находящихся в специализированном учреждении для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации» изд. «Бюллетень Минтруда РФ», 2011, № 4.

38 Постановление главного государственного санитарного врача Российской-

ской Федерации от 11.03.2003 №13 «О введении в действие санитарно - эпидемиологических правил и нормативов САНПИН 2.4.1201-03» изд. «Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти» 02.06.2003, № 43.

39 Постановление Госстандарта Российской Федерации от 24.11.2003 №327-ст «О принятии и введении в действие национального стандарта» «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг. ГОСТ Р 52143-2003» изд.М., ИПК Издательство стандартов, 2010.

40 Постановление Госстандарта Российской Федерации от 24.11.2003 №326-ст «О принятии и введении в действие национального стандарта», «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения. ГОСТ Р 52142-2003» М., ИПК Издательство стандартов, 2012.

41 Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27.12.2007 №566-ст Национальный стандарт РФ ГОСТ 52888-2012 «Социальные услуги детям».

42 Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27.12.2007 №561-ст Национальный стандарт РФ ГОСТ 52883-2010 «Требования к персоналу учреждений социального обслуживания».

43 Романов, М. Р. Реабилитация инвалидов / М. Р. Романов. - М.: Вагриус, 2017. – 175с.

44 Российская энциклопедия социальной работы / Под ред. А. И.Панова, Е. И. Холостовой. – М.: Институт социальной работы, 2016. – 364 с.

45 Российский статистический ежегодник: Стат.сб. /Госкомстат России. – М., 2018. – 568 с.

46 Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы / Ред. А. М. Панова. – М., 2017. – 200 с.

47Свистунова Е. Г. – Международное право о социальной защите и реабилитации инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация / Е. Г. Свистунова. – 2018 - №1. – С. 9 – 13.

48 Селенина Е. В. Социально-трудовая адаптация детей группы риска /

Е.В. Селенина // Вопр. психологии.– 2016. – № 6. – С. 49–58.

49 Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 №223-ФЗ (в редакции Федерального закона от 30.06.2008 №106-ФЗ) изд. "Собрание законодательства РФ", 01.01.1996 №1, ст. 16.

50 Социальную защиту – инвалидам: Всероссийский форум социальных работников. – М., 2015.–20 с.

51 Специальная педагогика / под ред. Назаровой Н. М. – М.: – Академия – 2018. – 400с.

52 Специальная педагогика: Учебн. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л. И. Аксенова, Б. А. Архипов, Л. И. Белякова и др. - М.: Издательский центр "Академия". – 2017. – С.155

53 Уфимцева Л. П., Окладникова Т. Н – Содержание психокоррекционной работы с соматически ослабленными школьниками // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы / Л. П. Уфимцева, Т. Н. Окладникова. – 2016 – №2 – с. 30 – 40.

54 Федеральный закон от 21.12.1996г. №159-ФЗ "О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей" (в редакции Федерального закона от 22.08.2004 №122-ФЗ) изд. "Собрание законодательства РФ", 23.12.1996, №52, ст. 5880.

55 Федеральный закон от 24.11. 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями изд. "Собрание законодательства РФ", 28.06.1999 №26, ст. 3177.

56 Федеральный закон от 10.12.1995 г. № 195-ФЗ "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации" (в редакции Федерального закона от 22.08.2004 №122-ФЗ) изд. "Собрание законодательства РФ", 11.12.1995, № 50,ст. 4872, "Российская газета", № 243, 19.12.1995.

57Хмеленко С. А. Нравственное зеркало общества - отношение к слабым // Мир библиографии / С. А. Хмеленко. – 2015. – № 5. – С. 36-38.

58Холостова Е. И. Технология социальной работы: Учебник / Е. И. Холостова. – М.: инфра-М, 2017. – 400 с.

59 Хрестоматия: обучение и воспитание детей группы "риска" / сост. Остапов В. М. – М.: Просвещение. – 2017. – 416с.

60 Хрестоматия по технологиям социальной работы / под ред. Гусяковой Л. Г. – Барнаул: АГУ. – 2018. –120с.

61 Чуптуева Л. Особые дети // Новая библиотека / Л. Чуптуева. – 2018. – № 4. – С.14-15.

62 Чупрунов А.В. Словарь основных понятий по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями / под ред. А.В.Чупрунов– Барнаул – Издательство АГУ – 2021 – 63с.

63 Федеральный закон от 24.07.1998 №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» (в редакции Федерального закона от 30.06.2007 №120-ФЗ), изд. «Собрание законодательства РФ», № 31, ст. 3802.

64 Федеральный закон от 8.06.2007 № 163249-4-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской федерации по вопросу о гражданах с ограниченными возможностями здоровья ", изд. «Собрание законодательства РФ», № 31, ст. 3823

65 Федоров А.В. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями / под ред. А.В.Федоров – М, - КТМУ – 2016 – 207с.

66 Федосеева И.П. Социально – экономическое положение Амурской области: Доклад. – Благовещенск: Амуроблкомстат, 2012. – 173 с.

67 Шульга Т.И. Работа с неблагополучной семьей: учебное пособие. М.: Дрофа, 2017 г. – С.168

68 Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М.: ГУ, 2017 г. – С.155

69 Фурсов П.Ф. Семейное воспитание ребенка и его значение//Избранные педагогические сочинения в 2 т. т.1 М.: Педагогика, 2018 г. – С. 179

70 Фастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. Учебное пособие для студентов ВУЗ. Под ред. В.И. Селиверстова. М.: ВЛАДОС, 2018 г.– С.155

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

Программа социологического исследования

***«Анализ организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г. Благовещенск»***

В течение последних нескольких лет в результате кардинальных преобразований в российском обществе произошли значительные изменения как в практике реабилитации, так и в социальной политике в отношении инвалидов. Принят ряд законодательных актов, направленных на социальную поддержку этой категории населения. Однако, как правило, подобные документы недостаточно учитывают роль социального окружения в формировании ограничения возможностей инвалидов.

Для всех детей, имеющих ограничения возможностей здоровья, процесс выравнивания возможностей означает свободу выбора, включенность и участие в жизни общества, что в конечном итоге означает признание права на уважение человеческого достоинства. Концепция независимой жизни рассматривает проблемы ребенка-инвалида в свете его гражданских прав, а не с точки зрения его патологии и ориентируется на устранение физических и психологических барьеров в окружающей среде.

Таким образом, актуальность исследования проблем социальной защиты детей с ограниченными возможностями здоровья, предопределяется в значительной степени не только научными задачами, но и потребностями практического совершенствования механизма социальной защиты в нашей стране в условиях продолжающейся общественной трансформации. Разработка и реализация этого механизма в нашей стране выступает, на наш взгляд, не менее актуальной задачей, чем такие глобальные проблемы, как построение правового государства и формирование гражданского общества.

***Объект исследования*** – сотрудники ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г. Благовещенск, осуществляющие социальную работу с детьми с ограниченными возможностями здоровья.



## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

**Предмет исследования** – организация социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

**Цель исследования** – изучение организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск.

### **Задачи исследования:**

1. Установление общих тенденций, проверка существующих теорий, их интерпретация или выдвижение новой концепции по решению социальных проблем детей с ограниченными возможностями здоровья.

2. Проанализировать основные направления, формы и методы организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

3. Определить перечень субъектов и содержание взаимодействия общественной организации, государственных и муниципальных органов власти, предприятий и учреждений различной формы собственности в рамках оказания социальной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья.

4. Выяснить мнение респондентов из числа представителей общественной организации об эффективности их работы по организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

**Гипотеза:** Социальная работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья будет эффективной, если своевременно будут использованы разнообразные формы и методы социальной работы, применяемые специалистами ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск, и скоординированы действия различных служб с целью успешной реабилитации и адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья.

### **Интерпретация основных понятий**

**Адаптация** – приспособление живого организма к постоянно изменяющимся условиям существования во внешней среде. Без адаптации невозможно было бы поддержание нормальной жизнедеятельности и приспособление к

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

различным факторам внешней среды: к температурным, климатическим, гипоксии, воздействию на организм инфекционных агентов, к различным условиям труда, быта и питания, к болезням, старости, инвалидности.

**Адекватное лечение** - соответствующее, верное, точное лечение.

**Болезнь** – нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными или морфологическими изменениями.

**Больница** – лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее населению стационарную, а при наличии поликлинического отделения - и внебольничную медицинскую помощь.

**Здоровье** – состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или анатомических дефектов (из Устава Всемирной организации здравоохранения). Различают здоровье населения и здоровье индивидуума. Здоровье населения характеризуется комплексом демографических показателей (рождаемость, смертность, детская смертность, уровень физического развития, заболеваемость, средняя продолжительность жизни). На здоровье населения влияют социально-гигиенические факторы - условия труда и быта, жилищные условия, уровень заработной платы, обеспеченность продуктами питания, культура и воспитание, качество и доступность медицинской помощи и д.р., а также климатогеографические, экологические и иные природные факторы. На многие из этих условий и факторов влияет (как положительно, так и отрицательно) общество.

**Инвалид** - (лат. - слабый, немощный) – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. Признание лица инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы (МСЭ), исходя из комплексной оценки состояния здоровья и степени ограничения жизнедеятельности в соответствии с классификациями и

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

критериями, утвержденными Минздравом Российской Федерации и Министерством труда и социального развития РФ от 29.01.97 г. № 30/1. В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности устанавливаются первая, вторая, третья группы инвалидности, а лицу в возрасте 16 лет - категория «ребенок-инвалид».

**Инвалидность** – любое ограничение или отсутствие (вследствие дефекта) возможности осуществлять определенный класс действий, таким образом, или в таких рамках, которые принято считать нормальными. Инвалидность служит интегральным показателем здоровья населения, условий жизни, быта, труда и в целом среды обитания.

**Дети с ограниченными возможностями**- дети с физическими и (или) психическими недостатками, имеющие ограничение жизнедеятельности, обусловленное врожденными, наследственными, приобретенными заболеваниями или последствиями травм, подтвержденными в установленном порядке.

**Малоимущие семьи с детьми-инвалидами** - семьи, у которых по не зависящим от них причинам среднедушевой доход ниже величины прожиточного минимума, установленного на момент обращения, либо которые оказались в трудной жизненной ситуации;

**Прожиточный минимум** - стоимостная оценка потребительской корзины, а также обязательных платежей и сборов;

**Социальные проблемы инвалидов (СПИ)**- это специфические проблемы определенного социально-демографического слоя людей, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности. СПИ - определяются состоянием здоровья, материальным положением, обеспечением занятости, а так же качеством медицинского и социального обслуживания, развитостью инфраструктуры. Одной из наиболее серьезных психологических проблем инвалидов является испытываемое ими одиночество.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

**Социальное обслуживание**- предоставление конкретных социальных услуг пожилым людям социальной службой для удовлетворения их жизненных способностей. **Общественное объединение** - определяется как добровольное, самоуправляемое, некоммерческое формирование, созданное по инициативе граждан, объединившихся на основе общности интересов для реализации общих целей, указанных в уставе общественного объединения.

**Социальная работа**- профессиональная деятельность, связанная с применением социологических, психологических и педагогических методов и приемов для решения индивидуальных и социальных проблем.

**Социальная служба** - предприятия и учреждения, независимо от форм собственности предоставляющие социально - бытовые, социально медицинские, Психолого-педагогические, социально - правовые услуги, оказывающие социальную поддержку и материальную помощь.

**Социальная защита инвалидов**— это система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

**Социальная реабилитация** - восстановление юридического, социального, профессионального статуса. Индивидуальный процесс социальной реабилитации представляет собой восстановление у человека навыка к социальному общению, актуализация личностью правил и норм, принятых в данном обществе. Правовая реабилитация - обретение человеком всех юридических прав и гарантий, принятых в данном обществе, бытовая реабилитация включает в себя реабилитацию профессиональную, производственную, семейного статуса. К социальной реабилитации относится также проблема психологической реабилитации, прежде всего в вопросе обретения личностью прежнего или предпочитаемого социального статуса. В социальной работе приоритетное значение имеет проблема юридической и профессиональной социальной реабилитации.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А  
*Операционализация основных понятий*  
*Структурная операционализация*

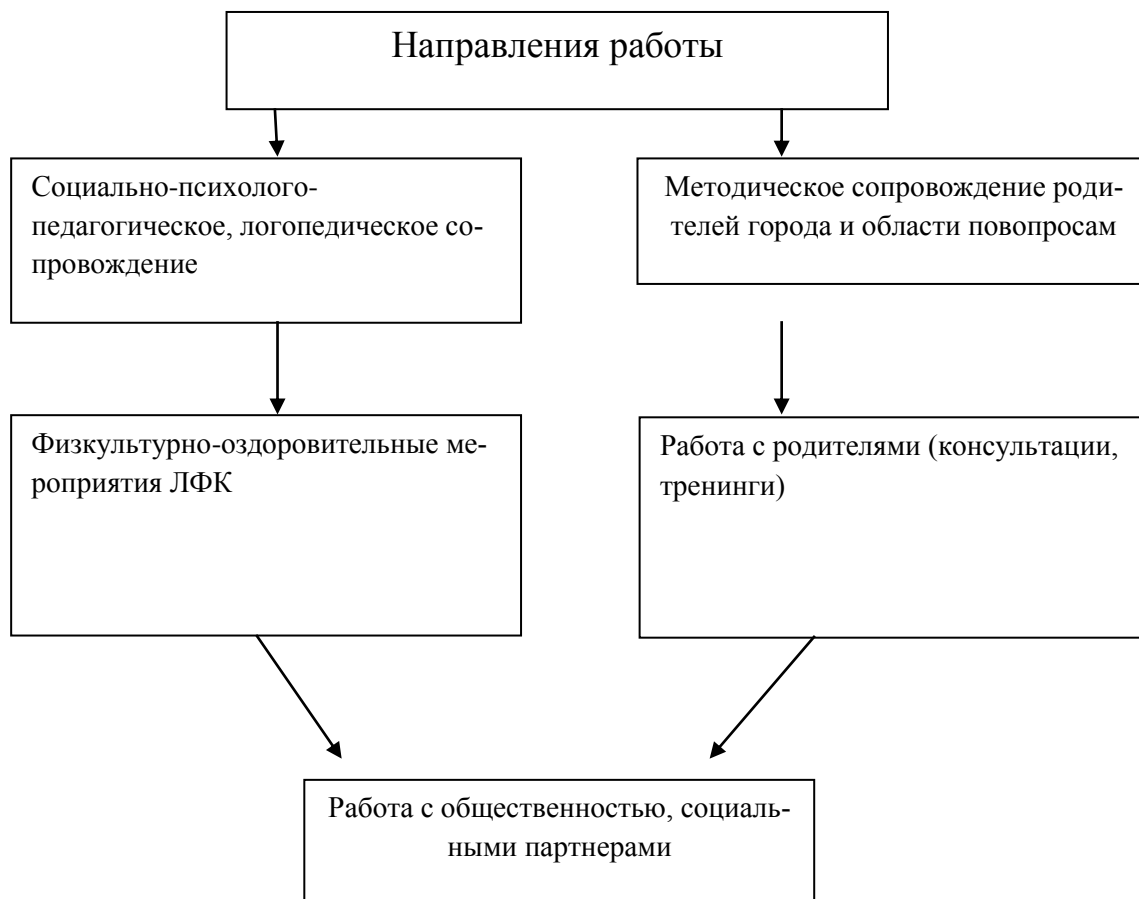
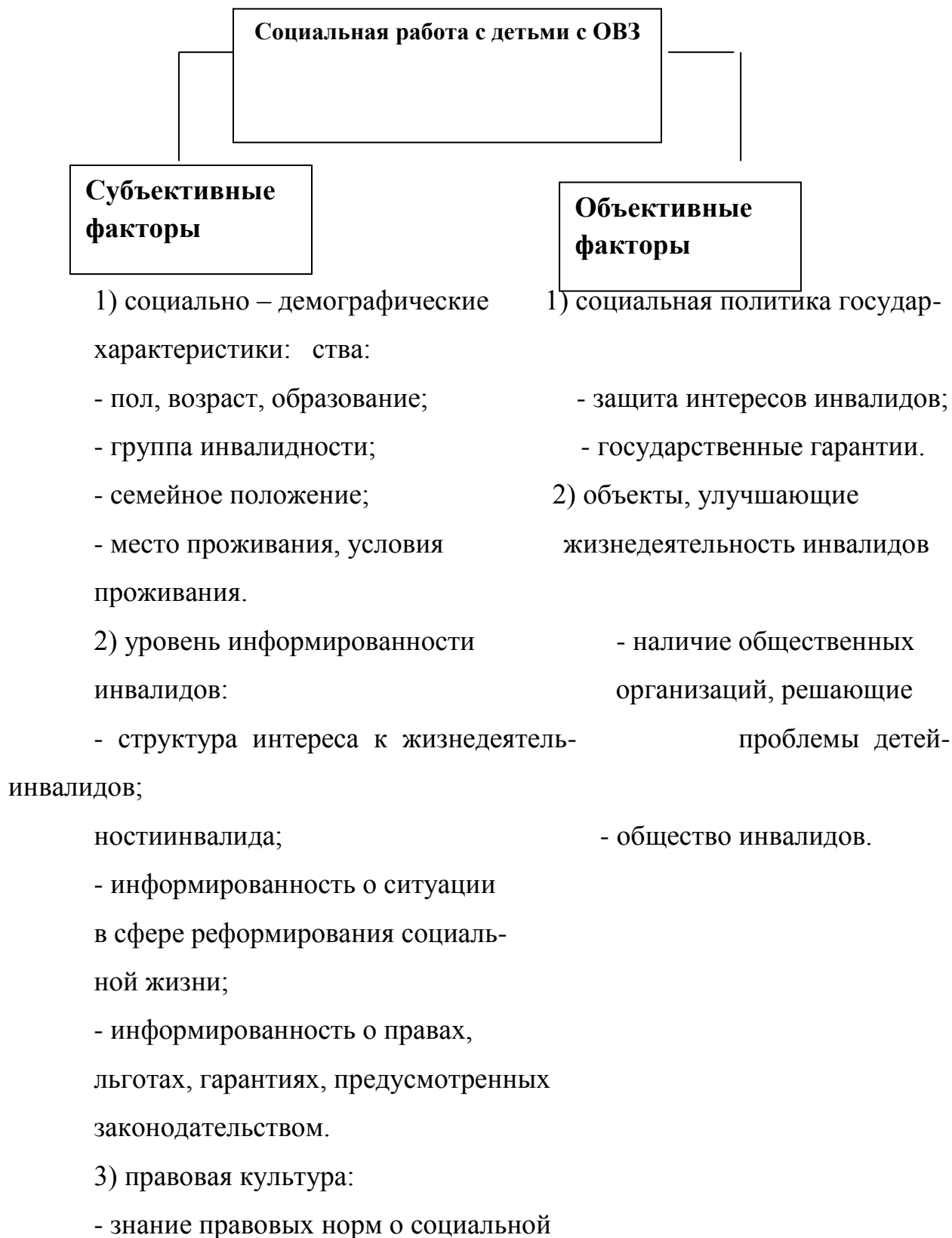


Рисунок А.1- Структурная операционализация

**Факторная операционализация**



защите и поддержке инвалидов;

- умение оценить степень риска;

- льготное, пенсионное,

компенсационное обеспечение.

4) отношения в микросреде инвалида:

- психологический климат в семье,

степень поддержки родственников;

- поддержка и взаимоотношения

друзей и окружающих инвалида людей.

5) источник разрешения социальных проблем:

- характер личности инвалида;

- степень целеустремленности;

- желание жить;

- мотивационные установки;

- ценностные ориентации инвалида.

#### Рисунок А.2 – Факторная операционализация

Выборочная совокупность формировалась из числа представителей 15чел., работающих в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск. Сроки исследования: ноябрь 2021 – декабрь 2021 г.

Таблица А.1 – План исследования

	Содержание деятельности	Сроки
Начальный этап	1.Разработка программы	04.11. -13.11.
Основной этап	2.Разработка инструментария	14.11. -28.11.
	3.Проведение исследования	1.12. - 10.12.
	4.Обработка первичной информации	11.12. -25.12.
Завершающий этап	5.Обработка, анализ и интерпретация данных, получение эмпирически обоснованных выводов	26.12. - 30.12.

**Метод исследования** – экспертный опрос.

**База исследования** – ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г. Благовещенск.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

### Анкета

*«Анализ социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3*

*г. Благовещенск»*

*Уважаемый эксперт!*

Проблема детей с ограниченными возможностями здоровья имеет свое особое значение, и Вы, как специалист, имеете компетентное мнение об этой проблеме и можете дать надежную, достоверную оценку ситуации. Просим Вас ответить на вопросы анкеты. Ваши ответы помогут правильно оценить социальную работу, а также сформулировать способы оптимизации.

Анкета анонимна. Результаты анкетирования будут использованы в обобщенном виде.

1. Как Вы считаете, насколько острой является проблема детей с ограниченными возможностями здоровья?

---

---

2. Какие основные проблемы детей с ограниченными возможностями здоровья выявляются?

---

3. Как Вы считаете, какие основные причины ставят детей с ограниченными возможностями здоровья в положение «трудного жизнеобеспечения»?

---

3. Какие, на Ваш взгляд, факторы социального неблагополучия детей с ограниченными возможностями здоровья отрицательно сказываются на их жизнедеятельности?



Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

---

5. Как Вы считаете, достаточно ли в Вашем учреждении организована социальная помощь нуждающимся детям с ограниченными возможностями здоровья и оздоровление семейной среды?

---

---

6. Какие формы и методы организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья применяются в Вашем учреждении?

---

---

---

7. Какие формы и методы организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья необходимо ввести в Вашем учреждении?

---

---

8. Какая существует система в Вашей организации по ликвидации факторов неблагополучия детей с ограниченными возможностями здоровья?

---

---

9. Что, по Вашему мнению, является наиболее важным в системе по ликвидации факторов неблагополучия детей с ограниченными возможностями здоровья в учреждении?

---

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

10. При проведении социальных мероприятий, проектов наблюдается ли ликвидация факторов препятствующих нормальной жизнедеятельности ребенка-с ограниченными возможностями здоровья?

11. Достаточно ли информации, позволяющей прогнозировать и препятствовать возникновению социальных проблем, характерных для детей с ограниченными возможностями здоровья?

---

12. Как можно оптимизировать систему организации социальной работы по улучшению социального положения детей с ограниченными возможностями здоровья? \_\_\_\_\_

*Просим заполнить вас личные данные:*

**Ваш пол:**

жен.

муж.

**Возраст:**

18-25 лет

26-40 лет

41-60 лет

более 60 лет

**Образование:**

неполное среднее/среднее

среднее специальное

незаконченное высшее

высшее

Стаж работы в данном учреждении:

Менее 1 года

От 1 до 3-х лет

От 3-х лет и более

*Благодарим за сотрудничество!*

ПРИЛОЖЕНИЕ В

**Показатели первичной детской инвалидности в Амурской области (согласно данным министерства здравоохранения)**

Таблица В.1 – показатели первичной инвалидности детей

	2016	2017	2018	2019	2020
	год	год	год	год	год
Число детей, впервые признанных инвалидами	590	864	629	490	514
Число переосвидетельствованных детей-инвалидов	2720	3021	4193	2300	2253
<i>Итого (дети)</i>	<i>3310</i>	<i>3885</i>	<i>822</i>	<i>2790</i>	<i>2767</i>
Число впервые признанных инвалидами в возрасте 18 лет и старше	12100	12659	9652	7566	7271
Число, переосвидетельствованных граждан в возрасте 18 лет и старше	24398	24524	36494	24724	21980
Итого (взрослые)	36498	37183	46146	32290	29251
Всего (детей и взрослых)	39808	41068	50968	35080	32018

## ПРИЛОЖЕНИЕ Г

### Структура первичной инвалидности в 2020 году:

#### Дети

Таблица Г.1 – Структура первичной инвалидности

<b>Группы болезней</b>	<b>%</b>	<b>Абс.число</b>
Психические болезни	35,6%,	183
Болезни нервной системы	19,1%,	<b>98</b>
Врожденные аномалии	17,1%,	<b>87</b>
Эндокринные заболевания	6,8%,	<b>35</b>
Болезни костно-мышечной системы	3,7%,	<b>19</b>
Новообразования	3,5%,	18
Болезни глаза	3,1%,	16
Прочие	11,1%.	<b>57</b>
<b>Взрослые</b>		
<b>Группы болезней</b>	<b>%</b>	<b>Абс.число</b>
Болезни системы кровообращения	52,9%	3846
Злокачественные новообразования	11,5%,	836
Болезни костно-мышечной системы	6,6%	480
Туберкулез	5,6%,	407
Травмы	4,5%,	327
Психические болезни	3,5%,	254
Прочие	Менее 3,0%,	112

## ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### Рекомендации по социальной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья

Многие из детей с ограниченными возможностями с самого рождения имеют длительный опыт эмоциональной травматизации. У них имеются разнообразные по степени тяжести эмоциональные нарушения, связанные с переживанием страха, тревоги, физической боли, что негативно сказывается на их поведении. Такое состояние может длиться годами и настолько затрудняет жизнедеятельность ребёнка, что значительно ограничивает возможности общения, снижает активность деятельности, патологически влияет на формирование личности. Поэтому для педагога-психолога школы определяющим фактором в работе с такими детьми, на наш взгляд, должно стать восстановление эмоционального контакта и налаживание доверительных отношений. Ребёнок не должен чувствовать себя объектом деятельности взрослых. Он должен стать полноправным субъектом, соучастником тех или иных мероприятий. *Это подразумевает ряд рекомендаций, которые необходимо учитывать при конструировании взаимоотношений с таким ребёнком:*

создавать атмосферу доверительного общения для того, чтобы ребёнок мог совершенно свободно выражать любые проблемы и чувствовать себя причастным к происходящим с ним событиям;

уметь внимательно слушать и анализировать рассказ ребёнка о событиях своей жизни;

чутко реагировать на малейшие изменения в поведении, не преуменьшать и не преувеличивать опасности, связанной с возникающими изменениями; владеть различными технологиями реабилитации; формировать социально-психологическую среду с наименьшими ограничениями, используя весь комплекс компенсирующих условий. Реабилитация носит социальный характер, так как её реализация

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

происходит в конкретных социальных условиях и направлена на достижение социального уровня активности личности. Применительно к ребёнку-инвалиду его социальная активность может достаточно полно выражаться в творческой деятельности. Творчество есть благодатная почва для самореализации, самостоятельности, активности, уверенности в собственных силах, адекватной самооценки больного ребёнка.

Следует отметить, что использование искусства как реабилитационного метода наиболее доступно для социального педагога, поскольку специальных медицинских знаний при этом не требуется. Следовательно, и социальный педагог коррекционной школы также может использовать арттерапию в реабилитационной деятельности.

Термин “арттерапия” по определению Е. И. Холостовой – это способы и технологии реабилитации лиц с ограниченными возможностями средствами искусства и художественной деятельности.

Основными видами арттерапии являются:

Музыкотерапия. Музыка издавна считается невербальной формой коммуникации, порою более результативной в области чувств и человеческих отношений, чем собственно речевое общение. Опыт многих специалистов нередко содержит примеры использования музыки в качестве средства, помогающего устранить изоляцию и создать контакт ребёнка-инвалида со средой, если у него присутствуют трудности общения со сверстниками, когда он хочет, но не может общаться с другими детьми и находится в постоянном “диссонансе” с социумом. Осваивая игру на простых музыкальных инструментах или просто слушая музыкальные произведения совместно с другими детьми, ребёнок учится общаться и получать удовольствие от общения.

Куклотерапия, целью которой является помощь в ликвидации болезненных переживаний, укрепление психического здоровья, улучшение социальной адаптации, разрешение конфликтов в условиях коллективной творческой деятельности. Использование игрушек помогает снять агрессию, способствует

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

творческому самовыражению, ослабляет отрицательные эмоции. С помощью куклотерапии решаются такие важные задачи, как преодоление стеснительности, расширение репертуара самовыражения ребёнка-инвалида, достижение эмоциональной устойчивости и саморегуляции, коррекция отношений в системе “родитель – ребёнок”. Поскольку мир ребёнка – это мир действия и деятельности, куклотерапия даёт возможность войти в этот мир. Сказкотерапия – метод, использующий сказочную форму для речевого развития личности, расширения сознания и совершенствования взаимодействия через речь с окружающим миром. Основной принцип сказкотерапии – целостное развитие личности, забота о душе (в переводе с греческого забота о душе и есть терапия). Сказка чрезвычайно многогранна, как и сама жизнь. Наблюдая за судьбами героев, воспринимая их язык, ребёнок-инвалид учится решать актуальные для него в данный возрастной период проблемы. С помощью сказки у детей развивается воображение, речевое творчество и воспитываются добрые чувства. В системе методов и средств воспитания добрых чувств сказка играет не последнюю роль по многим причинам: дети любят героев, они становятся им близкими, а значит, могут и должны стать примерами для подражания. Фольклор. Современные исследователи фольклора подчеркивают глубокий социально-педагогический потенциал. С помощью него можно: регулировать индивидуальное поведение, соотносить его с групповым и коллективным поведением; успешно адаптировать ребёнка-инвалида в социокультурном пространстве через принятие нравственно-ценностных норм; снимать социальную напряжённость и противоречия путём моделирования и изживания конфликта в игровых формах; активизировать эмоциональную сферу посредством возбуждения, подражания и заражения; достичь психологического равновесия с помощью ощущения раскрепощённости, способности смеяться над собой, подъёма и внутреннего преображения на общем празднике.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

Использование богатого арсенала средств русского фольклора погружает детей в атмосферу русской культуры и творчества. Единение с народными корнями, с истоками своего народа ведёт к эмоциональной активизации личности ребёнка-инвалида, развитию коммуникативных навыков, самореализации творческих способностей. Скрытые возможности народной культуры: сам тип фольклорной коммуникации с его эмоциональными особенностями, формирование установки на определённый способ действия позволили использовать элементы фольклора в реабилитационно-оздоровительной работе с детьми. Ещё одной рекомендацией, которая, на наш взгляд, позволила бы усилить реабилитационный эффект является иппотерапия. Иппотерапия – это комплексный многофункциональный метод реабилитации, представляет собой занятия инвалидов верховой ездой на лошадях по специальным методикам, различающимся в зависимости от заболевания клиента и задач, для решения которых она используется.

Авторы, которые занимаются этим видом реабилитации, выделяют пять факторов воздействия на организм занимающегося: движения, положения, управления, эмоционально-мотивационный и физкультурный факторы. Под фактором движения понимается три вида колебаний, которые возникают при движении лошади: вертикальные, горизонтальные и поперечные. Необходимость сохранения равновесия способствует включению в работу всех основных мышечных групп всадника.

Под фактором положения понимается реабилитационное воздействие на всадника, оказанное посадкой верхом, даже на неподвижной лошади. Положение всадника в седле должно быть симметрично. В другом положении на лошади усидеть очень трудно, вследствие чего мышцы тела всадника вынуждены включаться в работу. Таким образом, постепенно формируется правильная посадка.



## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

Сущность реабилитационного воздействия фактора управления заключается в самостоятельном управлении лошадью. Верховая езда – это искусство, а управление лошадью – это сложный процесс, в котором задействованы все конечности и туловище всадника одновременно. Этот фактор является ключевым воздействием иппотерапии на всадника с нарушением центральной нервной системы. Необходимость и огромное желание управлять лошадью побуждает всадников с физическими нарушениями преодолевать свои дефекты. Эффективное управление возможно только при правильной передаче команд от всадника к лошади. В случае передачи неправильной команды адекватная реакция лошади на неё невозможна. Таким образом, всадник с особенностями развития должен освоить приёмы управления лошадью, в процессе этого освоения он преодолевает свои психические и физические затруднения, что и составляет в конечном итоге реабилитационный эффект фактора управления.

Под физкультурным фактором понимается реабилитационное воздействие гимнастических упражнений, выполняемых всадником во время верховой езды. Гимнастические упражнения сами по себе оказывают реабилитационный эффект, присущий лечебной физкультуре, а в сочетании с нетрадиционной ситуацией, которой является верховая езда, этот эффект усиливается и изменяется.

Под эмоционально-мотивационным фактором понимается формирование позитивного эмоционального фона, возникающего под действием положительных эмоций в процессе занятий. Всадники с различным уровнем психического развития проявляют практически одинаковое желание к общению с лошадью и любят ездить верхом. Детям и взрослым просто нравится кататься на лошади и общаться с ней, им нравится атмосфера, возникающая в процессе занятий. Лошадь является посредником во взаимодействии с внешним миром: верховая езда способствует структурированию личности, приспособлению к реальности, обучает таких людей ориентироваться в пространстве и во времени. Желание

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

управлять таким прекрасным и грациозным животным порой творит чудеса.

Радость и положительные эмоции, возникающие во время занятий, сами по себе целебны. А высокий уровень мотивации к достижению поставленных целей способствует преодолению психических, физических ограничений и улучшению психофизического статуса ребёнка-инвалида.

***Для работы с родителями мы предлагаем следующие рекомендации:***

Наряду с уже используемой анкетой, можно применять социальный паспорт, который, на наш взгляд, поможет специалисту более полно узнать о семье ребёнка-инвалида, о взаимоотношениях в семье, о социальном статусе родителей и много другой информации.

“Дни открытых дверей” – присутствие на занятиях, совместная работа по освоению каких-либо необходимых навыков на уроках с логопедами. Родительские сообщения и доклады – они способствуют повышению грамотности в области и коррекционной педагогике, и психологии; пробуждают интерес и желание заниматься со своими детьми дома. Также можно предложить использовать в работе так называемые тематические опросники и проективные рисунки. Так как социальный педагог работает совместно с психологом, то обработать и предоставить результаты должен именно он. А уже по результатам исследования социальный педагог строит свою работу с родителями, в частности с матерью.

Совместно с родителями и детьми, социальному педагогу можно провести занятие на тему: “Путешествие по улицам родного города”, это может быть просмотр репродукций с достопримечательностями города, посещение музеев, выставок; беседа о зданиях, представляющих собой архитектурную ценность. По окончании экскурсий можно написать сочинение на тему: “В чем отличие нашего города от других?”

Для более тесного взаимодействия между родителями, детьми, педагогами, социальным педагогом и другими специалистами, необходимо организо

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

вать концерты: “Алло, мы ищем таланты!”, где могли бы участвовать все. Педагог-психолог может предложить родителям “Зарядку позитивного мышления” для того, чтобы они в домашних условиях попытались привести свои чувства и мысли в порядок, т.к. многие родители детей-инвалидов находятся в ситуации постоянного стресса из-за болезни ребенка (Приложение).

Проведение работы с родителями необходимо рассматривать как важнейший элемент в комплексной реабилитации детей с отклонениями в развитии, т.к. только при взаимодействии с семьей, социальный педагог может помочь ребенку-инвалиду. Особенно важно отметить, что реализация предлагаемых нами рекомендаций, будет эффективна в том случае, если педагог – психолог будет строить свою работу во взаимосвязи с социальным педагогом, медиками, логопедами и другими специалистами.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Е

### *СОЦИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА*

«Оптимизация социальной работы с детьми с ограниченными возможностями  
здоровья»

Разработчик

студент группы 861-узб

Т.И. Парфенова

Заказчик

ГБУЗ ДГКБ детская го-  
родская поликлиника №3  
г.Благовещенск»

Исполнитель

ГБУЗ ДГКБ детская го-  
родская поликлиника №3  
г.Благовещенск»

Благовещенск 2022

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

### СОДЕРЖАНИЕ

Паспорт социальной программы

Введение

1. Аргументация проблемы
2. Характеристика субъекта, объекта и предмета социальной программы
3. Цель и задачи Программы
4. Программные мероприятия
5. Объем и источники финансирования программы
6. Механизм контроля и коррекции программы
7. Ожидаемые конечные результаты реализации программы

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

ПАСПОРТ ПРОГРАММЫ

Таблица Е.1 – Паспорт программы

№	Наименование программы	«Оптимизация социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья»
1	Нормативно-правовая основа социальной программы	Декларации прав ребенка (резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1959 года) Конституция РФ, Семейный кодекс РФ, ФЗ РФ «Об основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», ФЗ РФ от 10.07.92 №3266-1 «Об образовании», ФЗ РФ от 24.07.98 №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», от 10.12.95 №195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации», от 17.07.99 №178-ФЗ РФ «О государственной социальной помощи», от 24.11.95 №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»
2	Субъект социальной программы	ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск»
3	Объект социальной программы	Семьи с детьми с ограниченными возможностями здоровья
4	Цель социальной программы	формирование активной позиции семьи в преодолении трудной жизненной ситуации, адаптация семей имеющих детей с ограниченными возможностями так, чтобы эти семьи могли удовлетворить потребности ребенка максимально эффективно.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Продолжение таблицы Е.1

5	Задачи социальной программы	<p>1. Содействие в формировании адекватного восприятия родителями своего ребенка, осознании имеющихся ограничений жизнедеятельности как особого варианта развития.</p> <p>2. Содействие семье в создании комфортной среды для развития ребенка.</p> <p>3. Формирование благоприятных межличностных и детско - родительских отношений в целях повышения реабилитационного потенциала семьи.</p> <p>4. Социально - психолого - педагогическое сопровождение семьи на основе партнерских взаимоотношений.</p> <p>5. Создание родительских объединений, ассоциаций с целью обмена опытом, формирования общественных инициатив, защите своих прав.</p> <p>6. Обеспечение возможностей повышения воспитательно-реабилитационной и право вой компетенции для всех членов семьи.</p> <p>7. Взаимодействие с общественными организациями, учреждениями, ВУЗами, ДОУ и иными образовательными учреждениями по вопросам участия и содействия в проведении реабилитационных мероприятий.</p>
6	План мероприятий по реализации социальной программы	<p>1 Начальный – январь-июнь 2022</p> <p>2 Основной – июль – ноябрь 2022</p> <p>3 Заключительный - декабрь- февраль 2023</p>

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Продолжение таблицы Е.1

7	Объем и источники финансирования социальной программы	
	Начальный	Областной и городской бюджет 25%
	Основной	Областной и городской бюджет, внебюджетные источники (благотворительные средства) 60%
	Заключительный	Областной и городской бюджет, внебюджетные источники (благотворительные средства) 15%
8	Сроки и этапы реализации социальной программы	11.01.2022 г. – 28.02.2023 г.
9	Ожидаемые результаты исполнения социальной программы	<p>1. Совершенствование процесса социальной интеграции детей-инвалидов в среду здоровых сверстников, оказать помощь в преодолении психологического барьера в общении детей с ОВЗ и семей, имеющих детей-инвалидов.</p> <p>2. Привлечение внимания общественности к проблемам семей, имеющих детей с ОВЗ.</p> <p>3. Повышение качества услуг по оздоровлению и реабилитации, предоставляемых детям с ОВЗ в специализированных учреждениях области.</p> <p>4. Создание систему служб, занимающихся проблемами семей, имеющих детей с ОВЗ.</p>
10	Система контроля за выполнением программы	<p>Отчет исполнения мониторинга эффективности программы</p> <p>Т.И. Парфенова</p>



## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

### ВВЕДЕНИЕ

Ограниченные возможности у детей означают существенное ограничение жизнедеятельности, она способствует социальной дезадаптации, которая обусловлена нарушениями в развитии, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении, овладении в будущем профессиональными навыками. Освоение детьми-инвалидами социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует от общества определенных дополнительных мер, средств и усилий (это могут быть специальные программы, специальные центры по реабилитации, специальные учебные заведения и т.п.), но разработка этих мер должна основываться на знании закономерностей, задач, сущности процесса социальной реабилитации.

В настоящее время процесс реабилитации является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Психологи, философы, социологи, педагоги, социальные психологи и т. д. вскрывают различные аспекты этого процесса, исследуют механизмы, этапы и стадии, факторы реабилитации.

Стремясь изменить эту негативную традицию, мы используем понятие «человек с ограниченными возможностями», которое стало все чаще использоваться в российском обществе.

Традиционный подход не исчерпывает всю полноту проблем той категории взрослых и детей, о которой идет речь. В нем ярко отражен дефицит видения социальной сущности ребенка. Проблема инвалидности не ограничивается медицинским аспектом, она в гораздо большей степени является социальной проблемой неравных возможностей.

Однако проблемы реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, особенно детей-инвалидов все еще не являются предметом специального исследования, хотя проблема реабилитации детей, подростков и взрослых с нарушениями психического и физического развития весьма актуальна, и в теоретическом, и в практическом отношении.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Программа представляет собой:

По классу – монограмма.

По виду - образовательное

По масштабу – средняя.

По типу – социальная.

По уровню - локальная

По длительности – краткосрочная.

Сроки реализации–11.01.2022 – 28.02.23

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

### 1 АРГУМЕНТАЦИЯ ПРОБЛЕМЫ

Дети - будущее любой страны. Отношение к детям наряду с отношением к старшему поколению наиболее точно определяет состояние и уровень развития общества. Как признано мировым сообществом и провозглашено Конвенцией ООН о правах ребенка, для защиты прав детей необходимы специальные механизмы.

Сегодня стало очевидным, что состояние семьи и детства отражают глубокий кризис организации общества, перекосы в области социальной политики государства. По ряду ключевых показателей положение детей постоянно ухудшается.

Особую озабоченность вызывают массовые нарушения конституционных прав детей-инвалидов. Следует подчеркнуть, что деятельность в этой сфере должностных лиц государственных органов не в полной мере соответствует провозглашаемой политике и Конвенции ООН о правах ребенка.

Эта проблема неоднократно поднималась в официальных российских и международных документах.

Указывалось на нарушение конституционного права на образование и социальную интеграцию детей-инвалидов; на отсутствие действенной государственной системы поддержки семей, воспитывающих детей-инвалидов, что остается серьезной проблемой и является одной из главных причин социального сиротства детей-инвалидов. Многие дети-инвалиды помещаются в детские интернатные учреждения, где нередко подвергаются жестокому обращению, унижающему человеческое достоинство.

К сожалению, приходится констатировать, что, несмотря на, казалось бы, значительную законодательную базу, список нарушений прав детей-инвалидов достаточно велик.

О нарушении права детей с ограниченными возможностями здоровья жить и воспитываться в семье свидетельствуют следующие данные

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

государственной статистики: 29 тысяч детей с ограниченными возможностями здоровья постоянно живут в домах-интернатах органов социальной защиты; 67 тысяч - в специальных (коррекционных) школах-интернатах органов образования; 5 тысяч - в домах ребенка. Таким образом, 17 процентов (101 тысяча) детей-инвалидов лишены семейной среды. При этом доля детей-инвалидов с отклонениями в умственном и психическом развитии детей, постоянно живущих в интернатных учреждениях, достигает 30 процентов и имеет тенденцию к увеличению.

Основная причина этого - неприемлемые социально-экономические условия, в которые поставлены многие семьи с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Государственная политика в отношении детей с выраженными аномалиями развития до сих пор была построена на приоритете "изъятия" их из общества, содержания в закрытых стационарных учреждениях. Государство упорно продолжает выделять гораздо больше средств на интернаты, чем на поддержку семьи или на альтернативное семейное устройство детей.

## 2 ХАРАКТЕРИСТИКА СУБЪЕКТА, ОБЪЕКТА И ПРЕДМЕТА СОЦИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

*Объектом программы являются* – семьи, воспитывающие детей с ограниченными возможностями здоровья. Семья, ближайшее окружение ребенка с ограниченными возможностями — главное звено в системе его воспитания, социализации, удовлетворения потребностей, обучения, профориентации.

Материально-бытовые, финансовые, жилищные проблемы с появлением ребенка с ограниченными возможностями увеличиваются.

*Субъектом данной программы является* ГБУЗ ДГКБ «детская городская поликлиника №3 г. Благовещенск». Детская городская клиническая больница оказывает помощь детям города Благовещенска с 1964 г. До 1995 года обслуживала детское население не только города, но и области. На базе ДГКБ в 1992 г.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

было организовано отделение детской гинекологии, первое на Дальнем востоке. С 2000 г. при каждой детской поликлинике открыты и работают медико-социальные отделения, которые оказывают юридическую, психологическую и социальную помощь подросткам и детям города Благовещенска.

*Предмет программы* - создание условий для привлечения семьи, воспитывающей ребёнка с ограниченными возможностями, в качестве равноправного партнёра и активного участника его реабилитации через возможности получения знаний по воспитанию, обучению, применению коррекционных методик.

### 3 ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ПРОГРАММЫ

Основная цель программы - формирование активной позиции семьи в преодолении трудной жизненной ситуации, адаптация семей имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья так, чтобы эти семьи могли удовлетворить потребности ребенка максимально эффективно. Изучение способа функционирования конкретной семьи и выработки индивидуальной программы, соответствующей семейным потребностям и стилям.

Задачи программы:

1. Содействие в формировании адекватного восприятия родителями своего ребенка, осознании имеющихся ограничений жизнедеятельности как особого варианта развития.

2. Содействие семье в создании комфортной среды для развития ребенка.

3. Формирование благоприятных межличностных и детско - родительских отношений в целях повышения реабилитационного потенциала семьи.

4. Социально - психолого - педагогическое сопровождение семьи на основе партнерских взаимоотношений.

5. Создание родительских объединений, ассоциаций с целью обмена опытом, формирования общественных инициатив, защите своих прав.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

6. Обеспечение возможностей повышения воспитательно-реабилитационной и правовой компетенции для всех членов семьи.

7. Взаимодействие с общественными организациями, учреждениями, ВУ-Зами, ДООУ и иными образовательными учреждениями по вопросам участия и содействия в проведении реабилитационных мероприятий.

### 4 ПРОГРАММНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Таблица Е.2 – Программные мероприятия

№ п/п	Этапы	Мероприятия	Сроки реализации	Ответственный
1	Начальный	включает разработку программы, заключение договоров с учреждениями города по реализации проекта, предоставление площади необходимой для реализации проекта, подбор ответственного персонала, оснащение оборудованием, составление рабочего графика, информирование населения города о начале реализации проекта (реклама по телевидению, радио, листовки), составление сметы.	Январь-июнь 2022	Заведующий, заместитель заведующего отделением  разработчик программы

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Продолжение таблицы Е.2

2	Основной (реализация программы)	<p>практическая реализация проекта: предоставление консультативной помощи, психолого - педагогическое сопровождение, создание родительских клубов, проведение тренингов, проведение «круглых столов» для родителей, а также:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Использование Интернет - ресурсов (форма дистанционного обучения родителей на сайте учреждения путём двусторонних контактов, общения с ведущими специалистами);</li> <li>- Организация смешанной формы обучения (дистанционное, посещение обучающих семинаров, приобретение записей занятий ш\ CD, DVD дисках, чтение брошюр, информационных бюллетеней и т.д.);</li> <li>- Индивидуальные консультации по вопросам развития ребенка;</li> </ul> <p>Организация совместных семейных мероприятий: посещение общегородских мероприятий, театров, музеев, выставок, выезд за город, и пр.;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Психологические тренинги:</li> <li>- Общественные акции;</li> </ul>	Июль-ноябрь 2022	Заведующий, заместитель заведующего отделением разработчик программы
---	---------------------------------	--	------------------	--

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Продолжение таблицы Е.2

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Занятия в системе "Ребенок-Родитель-Специалист"</li> <li>- Занятия в системе «Ребёнок-Семья - Специалист»</li> <li>- Мониторинг динамики развития ребёнка;</li> <li>- Мониторинг динамики социальной активности семьи;</li> <li>- Освещение в СМИ положительного опыта социальной активности семьи:</li> <li>- публикации опыта воспитания ребенка-инвалида в семье, публикации опыта применения реабилитационных технологий в домашних условиях;</li> <li>- обучение родителей методикам воспитания, ухода, реабилитации</li> </ul>		
3	Заключительный	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Сравнение данных мониторинга, статистических данных на начало и конец периода выполнения социальной программы.</li> <li>- Анализ ошибок и неточностей, выявленных в ходе реализации программы с целью их дальнейшей коррекции.</li> <li>- Анализ проделанной работы в период реализации программы, опубликование отчета.</li> <li>- Сдача программы.</li> <li>- Расформирование команды.</li> </ul>	Декабрь 2022- Февраль 2023	Заведующий, заместитель заведующего отделением разработчик программы



Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

5 ОБЪЕМ И ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Таблица Е.3 – Объем и источники финансирования

№ п/п	Этапы	Источник финансирования	Объем финансирования
1	Начальный	Областной и городской бюджет	25%
2	Основной	Областной и городской бюджет, внебюджетные источники (благотворительные средства)	60%
3	Заключительный	Областной и городской бюджет, внебюджетные источники (благотворительные средства)	15%
4	Итого:		100%

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

6 МЕХАНИЗМ КОНТРОЛЯ И КОРРЕКЦИИ ПРОГРАММЫ

Таблица Е.4 – Механизм контроля и коррекции программы

№ п/п	Мероприятие	Срок реализации	Ответственный
1	Составление Договоров	Январь -2022	Заведующий, заместитель заведующего отделением Студентка Т.И. Парфенова
2	Приобретение необходимого оборудования	Январь–февраль 2022 г.	Заведующий, заместитель заведующего отделением Студентка Т.И. Парфенова
3	Формирование информации о семьях воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья	Март- 2022г.	Заведующий, заместитель заведующего отделением
4	Составление плана мероприятий и ответственных за проведение мероприятий	Март – Апрель 2022 г.	Заведующий, заместитель заведующего отделением Студентка Т.И.Парфенова

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Продолжение таблицы Е.4

5	Распространение информации о начале реализации программы (реклама, листовки и т.д)	Май – 2022 г.	Заведующий, заместитель заведующего отделением разработчик программы
6	социально-педагогическое сопровождение семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья	Май – 2022 г.	Заведующий, заместитель заведующего отделением разработчик программы
7	правовое информирование семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья	Июнь - 2022 г.	Заведующий, заместитель заведующего отделением разработчик программы
8	Обучение реабилитационным технологиям семей с детьми-инвалидами	Весь период	Заведующий, заместитель заведующего отделением разработчик программы
9	психокоррекционная работа с семьями с детьми-инвалидами	август 2022 г.	Заведующий, заместитель заведующего отделением разработчик программы
10	социокультурная реабилитация	Сентябрь 2022-январь 2023 гг.	Заведующий, заместитель заведующего отделением разработчик программы
11	создание родительских объедине-	Весь период	Заведующий, заме-

	ний, клубов		ститель заведующего отделением разработчик про- граммы
--	-------------	--	---

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Продолжение таблицы Е.4

12	формирование толерантного отношения общества к проблемам семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья	Весь период	Заведующий, заместитель заведующего отделением разработчик программы
13	Развитие системы социальных услуг для семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья	Весь период	Заведующий, заместитель заведующего отделением разработчик программы
14	Подготовка и сдача отчета	Февраль - 2023 г.	Заведующий, заместитель заведующего отделением разработчик программы

### 7 ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

В процессе реализации социальной программы должны быть достигнуты поставленные цели и задачи.

Итогом успешной реализации программных мероприятий будет являться:

1. Привлечение внимания общественности к проблемам семей, имеющих детей-инвалидов.
2. Создание систему служб, занимающихся проблемами семей, имеющих детей-инвалидов.
3. Повышение качества услуг по оздоровлению и реабилитации, предоставляемых детям-инвалидам в специализированных учреждениях области.
4. Совершенствование процесса социальной интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в среду здоровых сверстников, оказать по-

мощь в преодолении психологического барьера в общении детей с ограниченными возможностями здоровья и семей, имеющих детей-инвалидов.