

**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  
Зам. зав кафедрой  
\_\_\_\_\_Н.М.Полевая  
«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_2017 г.

**БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА**

на тему: Организация медико-социальной работы с детьми-инвалидами (на примере ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск)

Исполнитель

студент группы 361-сб

А.Ю. Донгак

Руководитель

доцент, канд. соц. наук

Н.Ю. Щека

Нормоконтроль

ст. преподаватель

Т.С. Еремеева

Благовещенск 2017

**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

Зам. зав.кафедрой

\_\_\_\_\_ Н.М.Полевая  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г.

**ЗАДАНИЕ**

К выпускной квалификационной работе студента 361-сб группы  
Донгак Айдын Юрьевича

1. Тема выпускной квалификационной работы: Организация медико-социальной работы с детьми-инвалидами (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-инвалиды; предмет исследования – организация медико-социальной работы с детьми-инвалидами, материалы социологических исследований – Анализ организации медико-социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск, практические рекомендации: проект центра, практические рекомендации по социальной работе.

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

6. Консультанты по выпускной квалифицированной работе отсутствуют.

7. Дата выдачи задания – 01.09.2016 года.

Руководитель выпускной квалифицированной работы: Щека Наталья Юрьевна – кандидат социологических наук, доцент.

Задание принял к исполнению: 01.09.2016 года \_\_\_\_\_ подпись студента.

## РЕФЕРАТ

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

### АДАПТАЦИЯ, ИНВАЛИДНОСТЬ, ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ, СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА, ФОРМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ, СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

В работе исследованы мероприятия, направленные на организацию социальной работы с ребенком-инвалидом, в помощи повышения социального статуса и здоровья.

Цель работы – изучение организации медико-социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск и разработка практических рекомендаций по ее оптимизации

Основу исследования составляет актуальность проблем социальной реабилитации детей-инвалидов, которые предопределяется в значительной степени не только научными задачами, но и потребностями практического совершенствования механизма социальной защиты в нашей стране в условиях продолжающейся общественной трансформации.

На основании анализа статистических данных, анализа литературы и разработанной программы социологического исследования рассмотрена деятельность ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск по социальной реабилитации детей-инвалидов.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
1 Дети-инвалиды как объект социальной работы	9
1.1 Общая характеристика детской инвалидности	9
1.2 Правовые основы медико-социальной работы с детьми-инвалидами	15
2 Организация медико-социальной работы с детьми-инвалидами	27
2.1 Содержание организации медико-социальной работы с детьми-инвалидами	
2.2 Региональный опыт организации медико-социальной работы с детьми-инвалидами	27
3 Организация медико-социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск	51
3.1 Исследование организации медико-социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск	51
3.2 Практические рекомендации по оптимизации организации медико-социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск	58
Заключение	66
Библиографический список	
Приложение А Программа социологического исследования «Исследование организации медико-социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск	73
Приложение Б Анкета	81
Приложение В Показатели первичной детской инвалидности в Амурской области	83
Приложение Г Структура первичной инвалидности в 2016 году	84
	85

Приложение Д Проект центра

91

Приложение Е Практические рекомендации по медико-социальной работе с детьми-инвалидами

## ВВЕДЕНИЕ

Общество не может существовать без детей, как впрочем, и ребенок не может существовать без него. Общество без детских популяций - умирающее. Один из признаков общества - воспроизводство себя в новых поколениях. Неверно противопоставлять ребенка обществу, понимая под детским развитием процесс приспособления маленького человека к некой чуждой для него структуре. Однако неверно было бы не замечать того особого положения, занимаемого в ней ребенком. Особое оно потому, что современное общество - это общество взрослых.

Поэтому общество в лице взрослых берет на себя обязательства по обеспечению условий жизнедеятельности ребенка, осуществляя такую заботу либо непосредственно через институты образования и воспитания, различные льготы и пособия, либо опосредованно, через семью, которая также является общественным институтом.

В Российской Федерации в 2016 году детей и подростков, которые относятся к категории инвалидов, состояло на учете около 850 тысяч человек. За последние 20 лет уровень инвалидов с детства увеличился более чем в 3,6 раза и по прогнозам будет увеличиваться и в дальнейшем. Причин для этого много, главными являются: ухудшение условий жизни; ухудшение условий труда женщин; отсутствие условий и культуры здорового образа жизни; высокий уровень заболеваемости родителей и другие. Не развиты сети учреждений восстановительного лечения и реабилитации. Требуется совершенствования система обучения и воспитания детей-инвалидов. Не обеспечивается достаточная адаптация детей-инвалидов в обществе.

Вопросам, затрагивающим теорию и практику социальной работы с семьями, имеющими детей-инвалидов, 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. Игнатъевой, Э.И. Танюхиной и А.Л. Свинцова, А.А. Баранова, Г.В. Тарасовой, А. Ахмедова и других ученых. Вопросам, затрагивающим теорию и практику социальной защиты детей-инвалидов, 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.

*Научная новизна бакалаврской работы* заключается в анализе и обобщении теоретических и концептуальных основ социальной работы с детьми-инвалидами, а также некоторых проблем, связанных с реализацией социальной работы с детьми-инвалидами.

*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 специалистов, работающих в специализированных центрах, осуществляющих социальную работу с детьми-инвалидами.

*Объект бакалаврской работы* – дети-инвалиды.

*Предмет бакалаврской работы* – организация медико-социальной работы с детьми-инвалидами.

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

*Задачи бакалаврской работы:*

1. Дать общую характеристику детской инвалидности.
2. Изучить правовые основы медико-социальной работы с детьми-инвалидами
3. Рассмотреть содержание медико-социальной работы с детьми-инвалидами.

4. Выделить региональный опыт медико-социальной работы с детьми-инвалидами

5. Проанализировать организацию медико-социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск.

6. Разработать практические рекомендации по оптимизации медико-социальной работы с детьми-инвалидами 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 ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ КАК ОБЪЕКТ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

## 1.1 Общая характеристика детской инвалидности

Понятие детской инвалидности определено в Декларации о правах инвалидов, так инвалидами называют лиц, которые не могут самостоятельно обеспечивать полностью или частично свои потребности в жизнедеятельности, вести нормальную социальную жизнь, в связи с недостатком врожденного или приобретенного физического или умственного недуга.

Декларация, в которой регламентировано понятие в 1989 г. ООН имеет силу закона. В Декларации закреплены права детей-инвалидов, которые позволяют детям с отклонениями вести достойную и полноценную жизнедеятельность. Данные положения защищают права детей-инвалидов и отстаивают и право на достойную жизнь, дети могут быть уверены в себе, участвовать в общественной жизни общества, детям оказывается помощь со стороны государства, которая предоставляется бесплатно, учитываются финансовые возможности законных представителей детей. Обеспечивается право детей на образование, профессиональную подготовку, медицинское обслуживание, восстановление здоровья, на подготовку к трудовой деятельности, право на санаторно-курортное лечение и отдых, все эти направления позволяют ребенку-инвалиду произвести полное вовлечение в социальную жизнь, развивать личность, включая развитие культурное, духовное, физическое [1, с. 69].

Так, в 1971 г. Генеральной Ассамблеей ООН была принята Декларация о правах умственно отсталых лиц, в данном документе утверждены необходимые для максимальной степени осуществления прав инвалидов, включая право на медицинское обслуживание, лечение, образовательную деятельность, обучение по различным специальностям, процесс восстановления трудоспособности, развитие способностей, возможностей инвалидов. Следует отметить, что предоставляется право на труд или реализацию в любых направлениях работы, вести ее продуктивно, полноценно, для того, чтобы иметь возможность материально обеспечивать себя и удовлетворять жизненные потребности [1, с.78].

В 1973 году впервые введен в России статус ребенка-инвалида. В данный период к детям инвалидам относились, те, кто имеет физические и умственные ограничения, которые привели к процессу дезорганизации и дети стали дезадаптированными, были нарушены рост и развитие, невозможность к самообслуживанию, самостоятельно передвигаться, дезориентация, невозможность контролировать свое поведение, невозможность обучаться и вести трудовую деятельность, самореализоваться в будущем.

К детям с ограниченными возможностями относят детей с физическими и (или) психическими недостатками, имеющих ограничение жизнедеятельности, обусловленные врожденными, наследственными, приобретенными заболеваниями или последствиями травм, подтвержденными в установленном порядке. Изучая термин – дети с нарушениями в развитии - можно сказать, что к ним относят детей, у которых присутствуют физические и психические отклонения, которые могут привести к нарушениям как общим, так и частным. Когда происходит нарушение хотя бы одной функции, оно ведет к дальнейшим нарушениям всего организма и полной дезорганизации деятельности [15, с.90].

Изучая инвалидность среди детей, можно представить следующую структуру: заболевания психоневрологического характера - 62 %; болезни внутренних органов, нарушение зрения и слуха - 17 %; другие заболевания до 21 %.

Структура первичной инвалидности и причин можно выделить следующие основные: расстройства психики, врожденные аномалии, заболевания органов чувств и нервных систем, заболевания эндокринной системы и нарушений иммунитета.

Необходимо отметить, что для детей-инвалидов имеется норма, утверждающая, что дети инвалиды, если у них есть умственная отсталость должны жить в семьях, должны принимать участие в общественной жизни, проявлять себя. Государством предоставляется материальная помощь семьям, имеющих детей инвалидов. Если требуется помещение ребенка в специальное заведение, то создаются специальные условия, в которых жизнь обычных людей и такого ребенка ни чем не отличается, это сделано, чтобы ребенок лучше адаптировался в

социальной среде [11, с.193].

Дети-инвалиды ограничены в своей жизнедеятельности, они имеют ограниченный круг знакомых и близких. Обычно ведут замкнутый образ жизни.

Социокультурное окружение человека, это его семья не всегда могут принять ребенка и понять его, вследствие чего ребенок помещается в условия дома-интерната. Диагноз инвалидность, ограничение возможностей человека не относятся к разряду чисто медицинских явлений. Гораздо большее значение для понимания этой проблемы и преодоления ее последствий имеют социально-медицинские, социальные, экономические, психологические и другие факторы. Именно поэтому технологии помощи инвалидам - взрослым или детям - основываются на социально-экологической модели социальной работы. Согласно этой модели дети с ограниченными возможностями испытывают функциональные затруднения не только вследствие заболевания, отклонений или недостатков развития, но и неприспособленности физического и социального окружения к их специальным возможностям медленнее достигают определенных этапов жизненного цикла, а иногда вовсе не достигают [17, с.60].

Дети с ограниченными возможностями здоровья – дети, у которых нарушения в развитии предоставляют им возможность пользоваться социальными льготами и пособиями. Таких детей всегда называли детьми-инвалидами. Сейчас в психолого-педагогической литературе также часто используется термин «проблемные дети».

В основе педагогической классификации таких нарушений лежит характер особых образовательных потребностей детей с нарушениями в развитии и степень нарушения.

Здесь различают следующие категории детей с нарушениями в развитии:

1. Дети с нарушениями слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие).
2. Дети с нарушениями зрения (слепые, слабовидящие).
3. Дети с нарушениями речи.
4. Дети с нарушениями интеллекта (умственно отсталые дети).

5. Дети с задержкой психоречевого развития (ЗПР).
6. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
7. Дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы.
8. Дети с множественными нарушениями (сочетание 2-х или 3-х нарушений).

В зависимости от степени нарушения функций (с учетом их влияния на возможности социальной адаптации ребенка) у ребенка ограниченными возможностями определяется степень нарушения здоровья. Их четыре (степени):

1. Степень утраты здоровья определяется при легком и умеренном нарушении функций.

2. Степень утраты здоровья устанавливается при наличии выраженных нарушений функций органов и систем, которые, несмотря на проведенное лечение, ограничивают возможности социальной адаптации ребенка (соответствует 3 группе инвалидности у взрослых).

3. Степень утраты здоровья соответствует 2 группе инвалидности у взрослого.

4. Степень утраты здоровья определяется при резко выраженных нарушениях функций органов и систем, приводящих к социальной дезадаптации ребенка при условии необратимого характера поражения и неэффективности лечебных и реабилитационных мероприятий (соответствует 1 группе инвалидности у взрослого).

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

1. *Нервно-психические заболевания.* 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 [14, с. 153].

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.

*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 Верьегафа, 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 [20, с.90].

*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, с детской инвалидностью связан широкий круг социальных проблем. Дети-инвалиды – это особая социальная группа людей, имеющая существенно важные в социальном плане особенности и требующая по отношению к себе особой социальной политики для решения их специфических проблем. Решение социальных проблем детей-инвалидов, связанных с включением их в общество может быть только комплексным, с участием органов управления социальной защиты населения, экономики, здравоохранения, культуры, образования, транспорта, строительства и архитектуры, а также в разработке единой, целостной системы социальной реабилитации. При комплексном взаимодействии различных государственных и общественных структур можно достичь такого уровня адаптации детей с ограниченными возможностями, что они смогут в будущем трудиться и вносить свой посильный вклад в развитие экономики страны.

## **1.2 Правовые основы медико-социальной работы с детьми-инвалидами**

*Правовая база по медико-социальной работе представлена следующими нормативно-правовыми актами.*

*К международной правовой базе следует отнести:*

- Всемирную программу действий 1) отношении инвалидов от 3 декабря 1982 г. [12];
- Конвенцию о правах ребенка от 20 ноября 1989 г.;
- Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов

от 20 декабря 1993 г. [14];

- Конвенцию о правах инвалидов от 3 мая 2008 г. Положения указанных нормативных актов свое внимание на следующих вопросах:

- обязательность информационного обеспечения решения проблем инвалидности и инвалидов;

- получение врачами и другим медицинским персоналом надлежащей подготовки в целях осуществления квалифицированных консультаций родителей детей-инвалидов,

- в программы реабилитации следует включать широкий диапазон мер, в частности, консультирование инвалидов и членов их семей, развитие самообеспечения и предоставление таких услуг, как предоставление рекомендаций;

- инвалиды и их семьи должны иметь возможность участвовать в разработке и осуществлении мер, связанных с их реабилитацией;

- следует поощрять участие инвалидов и их семей в работе по реабилитации;

- к процессу реабилитации на всех этапах следует привлекать родительские группы и организации инвалидов;

- государствам следует также обеспечивать материальную поддержку и социальную защиту лицам, которые взяли на себя заботу об инвалиде;

- инвалидам следует обеспечивать возможность проживать совместно со своими семьями. Следует содействовать тому, чтобы реабилитационные услуги включали консультирование семьи по вопросам инвалидности и ее влияния на семейную жизнь. Семьи, имеющие инвалидов, должны иметь возможность пользоваться патронажными услугами, а также иметь дополнительные возможности для ухода за инвалидами.

*Положения Конвенции о правах ребенка [45] предполагают:*

- ответственность, права и обязанности родителей, опекунов или других лиц, несущих по закону ответственность за ребенка должным образом управлять и руководить ребенком;

- обязательность оказания родителям и законным опекунам надлежащей

помощи в выполнении ими своих обязанностей по воспитанию детей;

- обязательность принятия мер для обеспечения того, чтобы дети, родители которых работают, имели право пользоваться предназначенными для них службами и учреждениями по уходу за детьми;

- осуществление обмена соответствующей информацией в области профилактического здравоохранения, медицинского, психологического и функционального лечения неполноценных детей, включая распространение информации о методах реабилитации, общеобразовательной и профессиональной подготовки, а также доступ к этой информации.

*Среди положений Конституции Российской Федерации [54] следует выделить нормы, закрепляющие:*

- признание России социальным государством с обеспечением государственной поддержки семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов;

- обозначение тезиса о том, что забота о детях, их воспитание - равное право и обязанность родителей;

- полная дееспособность наступает с 18 лет.

В рамках семейного законодательства следует отметить нормы СК РФ [19], устанавливающие определенные права ребенка и обязанности родителей:

- защита прав и интересов детей возлагается на их родителей. Родители являются законными представителями своих детей и выступают в защиту их прав и интересов в отношениях с любыми физическими и юридическими лицами, в том числе в судах, без специальных полномочий (абзацы 1,2 пункта 1 статьи 64 СК РФ);

- за неисполнение родителями или иными законными представителями несовершеннолетних обязанностей по содержанию и воспитанию несовершеннолетних предусмотрена административная (статья 5.35 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях [47]) и уголовная (статья 156 Уголовного кодекса Российской Федерации [12]);

- законные представители защищают права, свободы и законные интересы несовершеннолетних, не достигших возраста четырнадцати лет, а также

граждан, признанных недееспособными в рамках соответствующих процессов (гражданского [19], уголовного (161Э, арбитражного [4]).

*В соответствии с нормами части 3 статьи 1 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» категория «ребенок-инвалид» (ред. от 29.12.2015) устанавливается лицам в возрасте до 18 лет. Понятие «реабилитационный процесс» в данном случае может рассматриваться с двух точек зрения. В первом случае его необходимо идентифицировать с понятием «реабилитация инвалидов» в части реализации индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов, как процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности, во втором, - с комплексом мероприятий, осуществляемых как в отношении всей семьи, так и в отношении отдельных его членов.*

Нормы Семейного законодательства не содержат смыслового наполнения понятия «Семья». По общему представлению семья есть не что иное, как совокупность лиц, проживающих совместно и ведущих общее хозяйство. В данной связи представляется, что в отношении несовершеннолетнего, не имеющего ста) полностью дееспособного лица, семьей будет считаться как минимум один из его законных представителей, проживающий совместно с ним и считающийся его законным представителем. К законным представителям (физическим лицам) детей-инвалидов следует относить родителей, усыновителей (Глава 19 Семейного кодекса Российской Федерации (далее СК РФ», опекунов, попечителей).

Положениями Концепции «Совершенствование медико-социальной и психологической реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства» [55] отмечается отсутствие системы этапности и преемственности в работе с семьями детей-инвалидов и инвалидов с детства. К главным принципам работы реабилитационных Центров (как федерального, так и регионального уровней) положения Концепции относят этапность, преемственность, работу не только с детьми-инвалидами и инвалидами с детства независимо от возраста, но и с их

семьями. В связи с этим в структуре учреждений, осуществляющих медико-социальную и психологическую реабилитацию детей-инвалидов, на региональном и местном уровне должна быть предусмотрена:

- патронажная служба;

- школа для родителей;

попечительские (общественные) советы родителей детей-инвалидов и инвалидов с детства независимо от возраста при стационарных учреждениях различной ведомственной подчиненности.

В патронажную службу должны входить патронажные работники (врачи, сестры, социальные работники), прошедшие специальную подготовку, осуществляющие помощь детям в своем районе (области) на всех этапах реабилитации. Патронажная служба также должна быть организована при реабилитационных центрах, задачей которых является проведение минимальных диагностических и реабилитационных мероприятий в домашних условиях. Для семей детей-инвалидов и инвалидов с детства независимо от возраста при центрах и в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях должны организовываться школы для родителей, целью которых является обучение семей навыкам реабилитационной помощи в домашних условиях.

Концепцией предполагается разработка информационно-методической документации для комплексного сопровождения инвалида на разных этапах его развития для семьи: при рождении, при поступлении в лечебно-реабилитационные учреждения, специальные дошкольные учреждения, школу, про ведение общественно-просветительской работы с целью пропаганды возможности полноценной жизни инвалидов в обществе.

*Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации" (ред. от 21.07.2011 № 252-ФЗ) выделены дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, в том числе, дети-инвалиды, дети с ограниченными возможностями здоровья, то есть имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии, для которых предусмотрены мероприятия по социальной адаптации (процесс активного приспособления)*

соблюдения ребенка, находящегося в трудной жизненной ситуации, к принятым в обществе правилам и нормам поведения, а также процесс преодоления последствий психологической или моральной травмы) и социальной реабилитации (мероприятия по восстановлению утраченных ребенком социальных связей и функций, восполнению среды жизнеобеспечения, усилению заботы о нем).

Родители ребенка (лица, их заменяющие) призваны содействовать ему в осуществлении самостоятельных действий, направленных на реализацию и защиту его прав и законных интересов, с учетом возраста ребенка и в пределах установленного законодательством Российской Федерации объема дееспособности ребенка.

Особое значение приобретают нормативные акты, регламентирующие отношения по предоставлению разного рода услуг. В соответствии с нормами семейного законодательства ребенок вправе выражать свое мнение при решении в семье любого вопроса, затрагивающего его интересы, а также быть заслушанным в ходе любого судебного или административного разбирательства. Учет мнения ребенка, достигшего возраста десяти лет, обязателен, за исключением случаев, когда это противоречит его интересам. При мерный круг случаев, при которых в рамках реализации индивидуальной программы реабилитации (ИПР) должно быть затребовано согласие законных представителей ребенка-инвалида, приведен.

*К основной нормативной правовой базе, регламентирующей процесс реабилитации инвалидов, следует отнести положения Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (в редакции от 29.12.2015, действующий в 2016 г.).* Нормы этого закона предусматривают участие членов семьи в процессе реабилитации ребенка-инвалида. Так нормы статьи 11 предполагают участие лиц, представляющих интересы инвалидов (В нашем случае, законных представителей) в реализации ИПР в части оплаты отдельных мероприятий либо отказа от их осуществления. К одному из критериев участия законных представителей детей-инвалидов в реабилитационном процессе можно отнести степень их участия в разработке и реализации ИПР ребен

ка-инвалида.

Порядок разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) к участию законных представителей в части разработки ИПР, в том числе:

- в доведении до сведения законного представителя самой ИПР;
- в выдаче одного экземпляра ИПР законному представителю на руки;
- в обязанности специалистов бюро объяснить законному представителю цели, задачи, прогнозируемые результаты и социально-правовые последствия реабилитационных мероприятий и сделать соответствующую запись в акте освидетельствования о дате проведения собеседования;
- в даче отказа законного представителя подписать сформированную индивидуальную программу реабилитации инвалида (ребенка-инвалида);
- в праве обжалования решения бюро в порядке, предусмотренном Правилам и признания лица инвалидом, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. № 95 "О порядке и условиях признания лица инвалидом".

*В рамках осуществления Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» мероприятий по медицинской реабилитации нельзя не отметить положения части 5 статьи 22 Основ законодательства об охране здоровья граждан [13], устанавливающих, что одному из родителей или иному члену семьи по усмотрению родителей предоставляется право в интересах лечения ребенка находиться вместе с ним в больничном учреждении в течение всего времени его пребывания независимо от возраста ребенка. Лицу, находящемуся вместе с ребенком в больничном учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения, выдается листок нетрудоспособности.*

В части обеспечения детей-инвалидов техническими средствами реабилитации и услугами участие законных представителей сводится к следующему:

- подаче соответствующих заявлений;
- сопровождению ребенка инвалида и (или) проживанию с ним;

- получению компенсаций;
- отказу от обеспечения.

*В соответствии с Федеральным законом от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»* (с изм., внесенными в Федеральный закон от 29.12.2015 № 388-ФЗ) в состав предоставляемого гражданам набора социальных услуг включается предоставление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение. При предоставлении социальных услуг дети-инвалиды имеют право на получение на тех же условиях второй путевки на санаторно-курортное лечение и на бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно для сопровождающего их лица. Законный представитель может направляться с ребенком на санаторно-курортное лечение при отсутствии противопоказаний для санаторно-курортного лечения у его сопровождающего.

Участие законных представителей детей инвалидов в реабилитационном процессе может косвенно осуществляться при вынесении решений психолого-медико-педагогических комиссий, которые создаются в целях выявления детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) отклонениями в поведении, проведения их комплексного обследования и подготовки рекомендаций по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания.

Основными направлениями деятельности комиссии являются:

а) проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей в возрасте от 0 до 18 лет с целью своевременного выявления недостатков в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей;

б) подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций;

В) оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) детей, работникам образовательных учреждений, учреждений социального обслуживания, здравоохранения, других организаций по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) отклонениями в поведении;

г) оказание федеральным государственным учреждениям медико-социальной экспертизы содействия в разработке индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида [19].

Неотъемлемой частью реабилитационного процесса ребенка-инвалида является, во-первых, участие законных представителей в процессе как в соответствующих учреждениях так и в семье. Во-вторых, немаловажное значение приобретает предоставление законным представителям и иным родственникам детей-инвалидов консультационных, профессиональных, реабилитационных и иных услуг, осуществление которых обусловлено наличием в семье ребенка-инвалида.

*Нормами статьи 14 Федеральный закон "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" от 28.12.2013 N 442-ФЗ* устанавливается, что социальные службы оказывают помощь в профессиональной, социальной, психологической реабилитации инвалидам, лицам с ограниченными возможностями. Из всего спектра услуг, можно выделить круг услуг, оказываемых членам семей детей-инвалидов. Эти социальные услуги могут и должны оказываться не только учреждениями социального обслуживания, но и иными учреждениями, в том числе, и реабилитационной направленности.

*Государственная программа РФ Доступная среда на 2011-2020 годы (утвержденная версия).*

Цели Программы – создание правовых, экономических и институциональных условий, способствующих интеграции инвалидов в общество и повышению уровня их жизни

Задачи Программы:

обеспечение равного доступа инвалидов к приоритетным объектам и ус

лугам в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения;

обеспечение равного доступа инвалидов к реабилитационным и абилитационным услугам, включая обеспечение равного доступа к профессиональному развитию и трудоустройству;

обеспечение объективности и прозрачности деятельности учреждений медико-социальной экспертизы.

*Постановление Правительства Амурской области от 18 апреля 2013 г. № 185 "Об организации паспортизации и классификации объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения".*

В рамках данного постановления определяется перечень объектов социальной инфраструктуры, находящихся в государственной собственности области, и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов, оказываемых органами исполнительной власти области, подлежащих паспортизации и классификации с целью их объективной оценки для разработки мер, обеспечивающих их доступность для инвалидов и других маломобильных групп населения.

*Приказ Минтруда России №627 от 25 декабря 2012 г. Об утверждении методики, позволяющей объективизировать и систематизировать доступность объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения, с возможностью учета региональной специфики*

Методика, позволяющая объективизировать и систематизировать доступность объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения, с возможностью учета региональной специфики (далее – методика) разработана по результатам (на основе) анализа и экспертной оценки международных и федеральных нормативно-правовых, организационных и методических документов, а также зарубежного и российского опыта в сфере формирования доступной среды жизнедеятельности для инвалидов.

Методика паспортизации и классификации объектов призвана стать основой для организации:

мониторинга состояния доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности для инвалидов с учетом их потребностей, в т.ч. с использованием автоматизированных информационных систем;

разработки планов и программ адаптации среды жизнедеятельности: обустройства объектов социальной инфраструктуры и развития услуг с учетом потребностей инвалидов; их оперативного контроля и оценки эффективности;

развития сферы услуг и организаций, их предоставляющих, с учетом потребностей инвалидов и других маломобильных групп населения для обеспечения их доступности; а также для соответствующего информирования и консультирования этой категории граждан;

подготовки и распространения информационно-справочных материалов для специалистов и граждан (как на бумажном, так и на электронном носителе) - для размещения в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – сеть «Интернет»), в том числе путем создания и обновления карт доступности объектов и услуг на уровне субъектов Российской Федерации.

*Приказ Минтруда России №626 от 25 декабря 2012 г. Об утверждении методики формирования и обновления карт доступности объектов и услуг, отображающих сравнимую информацию о доступности объектов и услуг для инвалидов и других маломобильных групп населения.*

*Определены и описаны порядок отражения на карте информации:*

об адаптации (приспособленности) объектов приоритетных сфер жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения с учетом особых потребностей инвалидов различных категорий (с учетом основных видов нарушений здоровья);

о степени доступности объекта (в частности, по оценке: объект доступен полностью, частично доступен, условно доступен);

о комплексной оценке состояния доступности основных структурно-функциональных зон объекта (доступность участка – прилегающей территории,

входа, путей движения в здании, зоны целевого назначения, санитарно-гигиенических помещений, информации на объекте) как универсальной – для всех маломобильных граждан, так и для отдельных категорий инвалидов – с учетом особенностей нарушений здоровья;

представлена возможность прокладки доступного маршрута (с определением расстояния и времени в пути), а также с указанием средств адаптированного общественного транспорта до объекта.

В целом, нормами российского законодательства предусмотрена целая система мер, обеспечивающая включение родителей в процесс реабилитации ребенка, предполагающая как права, так и ответственность родителей. В целом, организация социальной работы с детьми-инвалидами 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-инвалидов в специализированные учреждения.

## 2 ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ

### **2.1 Содержание организации медико-социальной работы с детьми-инвалидами**

Медико-социальная работа с детьми-инвалидами – 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.

Целью социально-медицинской работы с детьми-инвалидами является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физиологических и психопатологией, а также социальным неблагополучием.

Социально-медицинскую работу можно условно разделить на профилактическую и патогенетическую.

Социально-медицинская работа, имеющая профилактическую направленность – это предупреждение социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья; формирование установок на здоровый образ жизни; обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья; участие в разработке целевых программ медико-социальной помощи на различных уровнях; социальное администрирование; обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Социально-медицинская работа, имеющая патогенетическую направленность, предусматривает организацию медико-социальной помощи; проведение медико-социальной экспертизы; осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов; проведение коррекции психического статуса клиента; создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры; обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий и др. *Медицинский аспект комплексной программы*

*реабилитации* предусматривает меры лечебно-диагностического и восстановительного характера. Их цель – восстановление нарушенных или утраченных функций. Основой медицинской программы реабилитации является комплексное использование взаимодополняющих средств и методов лечения, физического воздействия, рефлексотерапии, трудотерапии, психотерапии и других.

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].

*Выделяют следующие формы медико-социальной работы с детьми-инвалидами:*

*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-инвалидов, чтобы максимально эффективно удовлетворять потребности ребёнка. Социальный работник должен относиться к родителям как к партнёрам, изучать способ функционирования конкретной семьи и выработать индивидуальные программы, соответствующую потребностям и стилям жизни данной семьи.

Социальная работа с детьми-инвалидами 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); налажено тесное сотрудничество с родителями для обеспечения непрерывности реабилитационных мероприятий и социальной адаптации детей с ограниченными возможностями и их семей; используется передовое зарубежное и отечественное опыт реабилитации таких детей; разрабатываются, апробируются и внедряются в практику авторские методики. В центре воспитываются дети, имеющие патологию опорно-двигательного аппарата, органов слуха, речи, зрения.

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-инвалидами 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; во-

догрязелечебница. В отделении физиолечения проводится электролечение; светолечение; магнитолазеротерапия; введении лекарственных веществ динамическими и синусоидальными модулированными токами по различным методикам; магнитотерапия; парафинозокеритовые 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, социальный педагог, специалист 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 семьей, 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 образовательной, психологической, посреднической помощи, поэтому посещение клиента на дому является неотъемлемой формой работы социального педагога во взаимодействии с семьей.

Патронаж дает возможность наблюдать семью в ее естественных условиях, что позволяет выявить больше информации, чем лежит на поверхности.

*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-инвалидами выделяют следующие методы:*

*1. Одним из ведущих методов работы социального работника и семьи ребенка-инвалида является составление контракта (договора). Он составляется между профессионалом, оказывающими 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 семьей (семьями) – 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, с. 185].

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 профориентации 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 ста*

*ла 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 психопрофилактическая работа по предупреждению невротических срывов. Особенно хорошо зарекомендовали себя сеансы психологической разгрузки к сенсорной комнате.

*7. Одним из новейших методов социальной реабилитации детей 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 и методов взаимодействия социального работника с семьёй ребенка-инвалида 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.

## **2.2 Региональный опыт организации медико-социальной работы с детьми-инвалидами**

В Европейских странах социально-реабилитационная работа, предполагающая участие родителей, используется немногим более десятка лет. При этом те, кто применяет эту модель на практике, убеждаются в ее преимуществах по сравнению со старой моделью, когда специалисты все свое внимание и все усилия направляли лишь на ребенка, зачастую не проявляя интереса к мнению родителей.

В настоящее время существует много организаций в сферах образования, здравоохранения, социальной защиты, которые занимаются разработкой и внедрением различных форм работы с родителями детей, имеющих ограниченные возможности здоровья. Единой программы такой деятельности не существует в первую очередь потому, что они появились по частичной инициативе ряда специалистов, причем представляющих разные направления.

В связи с этим имеет смысл проанализировать опыт работы с родителями, накопленный учреждениями различной ведомственной принадлежности.

Специалистами Межрегионального центра восстановительной медицины и реабилитации под руководством профессора Ефимова А.Л. разработана методика семейной реабилитации, что является продолжением амбулаторно-поликлинической формы. Как отмечают специалисты центра на восстановление организма после острых заболеваний или обострения хронических требуется в 3-5 раз больше времени, чем на лечение в больнице. На практике у большинства больных от одного стационарного лечения до другого наблюдается «мертвый сезон» разной длительности, что приводит к потере функциональных результатов предыдущих этапов реабилитации [18, с.165].

Мероприятия семейной реабилитации в виде индивидуальной программы назначаются врачом-специалистом в соответствии с полученным после тщательного обследования диагнозом и реабилитационным прогнозом. Назначения делаются на определенный период (обычно 2-3 мес.). Важный момент - заполнение специально разработанных анкет больными (или родителями) на началь-

ном этапе и в процессе реабилитации, что служит психологическим стимулом к дальнейшему реабилитационному труду.

Методика семейной реабилитации хорошо зарекомендовала себя во взрослой и детской практике при заболеваниях нервной системы и опорно-двигательного аппарата. Реабилитация проводится в семье и членами семьи. Члены семьи (родители) обучаются выполнению необходимых процедур. Динамика восстановления контролируется и корректируется специалистами и демонстрируется больному или родителям ребенка. Семья, превращается в микроцентр реабилитации, практическую помощь которому призваны оказывать службы соцзащиты.

Как отмечают специалисты Межрегионального центра технология семейной реабилитации значительно расширяет ресурсы здравоохранения страны тем, что:

- резко возрастает медицинская культура населения;
- снижаются затраты на реабилитацию;
- процесс реабилитации во много раз становится эффективней.

Центр Семейной Реабилитации в Новосибирске – это медицинское учреждение нового типа, поскольку его основной задачей является комплексный подход к здоровью всей семьи. По мнению специалистов Центра очень сложно лечить кого-либо из членов семьи, не учитывая состояние здоровья его ближайших родственников или их образа жизни. Основу работы Центра составляет семейная диспансеризация и реабилитация, которые направлены на изучение состояния здоровья всей семьи, с разработкой программ лечения всех ее членов, внедрением в семью принципов здорового образа жизни [2, с.167].

Работа с семьей, имеющей детей, страдающих онкологическими заболеваниями в условиях стационара в Научно исследовательском институте Детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина направлена на психологическую помощь в снижение семейного стресса и предотвращение дистресса. Общие цели психологической работы в таких случаях заключаются в том, чтобы помочь родителям и другим чле-

нам семьи в адаптации к ситуации болезни и ее лечения. Способствовать тому, чтобы родители и другие родственники оптимальным образом заботились о ребенке, не игнорируя при этом свои личные потребности. Базовой целью работы является психологическое консультирование родителей детей, находящихся на стационарном лечении, оказание родителям психологической помощи в адаптации к актуальной ситуации болезни и условиям стационара.

В Тушинской детской городской больнице в инфекционных отделениях действуют свои условия пребывания в стационаре родителей и детей. Дети до 1 года госпитализируются вместе с родителями. На период пребывания в больнице родители обеспечиваются питанием. Дети-инвалиды независимо от возраста госпитализируются с родителями

с 1960 г. в Москве и Московской области существуют 2 стационара для детей с нарушениями речи: Московский областной психоневрологический санаторий для детей с речевыми расстройствами и речевой стационар при Московском психоневрологическом диспансере для детей и подростков. В этих стационарах существует практика приглашения родителей на открытые занятия с детьми и ознакомление их с простейшими приемами закрепления логопедической работы. Автоматизация приобретенных речевых навыков не всегда удается в сроки пребывания ребенка в стационаре. Это побудило специалистов искать новые формы работы с родителями, в результате которых они смогли бы и в дальнейшем создать необходимые условия для постоянной тренировки речи своего ребенка. Эта работа стала неотъемлемой частью лечебно-педагогического комплекса. Она распадается на несколько этапов.

1 этап - организационный. При поступлении детей в логопедическое учреждение осуществляется знакомство родителей с особенностями режима стационара, в процессе которого рассказывается о родительских днях, о сроках пребывания ребенка в стационаре, в общих чертах о содержании работы с детьми. В этот же период организуется родительский коллектив.

II этап - обучающий - предусматривает систему работы с родителями в процессе лечебно-педагогического воздействия на ребенка. С этой целью для

родителей организуются беседы о сущности и проявлениях определенного речевого нарушения, о его причинах, лечении и предупреждении и об особенностях воспитания ребенка-логопата в семье.

III этап - завершающий направлен на подведение итогов работы с родителями. Внимание персонала в этот период направлено на то, чтобы стимулировать и конкретизировать работу с ребенком в домашних условиях. Этот этап охватывает время перед выпиской ребенка из стационара.

Для того чтобы, систематизировать деятельность родителей, при стационаре организован родительский комитет. Актив родительского комитета совместно с администрацией стационара организует всю работу родителей во время пребывания их детей в стационаре. Все это, в свою очередь, имеет важное значение для повышения эффективности лечебно-педагогического воздействия на детей-логопатов [18, с.155].

В НИИ Педиатрии РАМН на базе отделения по выхаживанию и реабилитации недоношенных детей первого года жизни разработана модель ранней комплексной (психолого-медико-педагогической) помощи детям группы риска и их родителям в условиях стационара и детской поликлиники. При поступлении в стационар родителям выдается анкета-опросник, которая включает в себя серию вопросов, направленных на изучение:

- социального статуса семьи;
- педагогической компетентности родителей;
- ориентировки семьи на виды помощи после выписки из стационара.

Особое внимание отводится индивидуальной беседе с матерью и ближайшими родственниками ребенка, во время которой уточняются и конкретизируются вопросы анкетирования. Это помогает получить более полную и индивидуальную картину отношения родителей к проблемам своего ребенка, позволяет лучше понять степень готовности родителей к участию в процессе медико-педагогической реабилитации ребенка. Таким образом, беседа превращается в начальный инструктаж родителей, конструируется модель их поведения, вызывается стремление приобрести специальные знания, которые помогли бы

им в дальнейшем более заинтересованно и предметно относиться к рекомендациям специалистов. Дополнительный эффект проводимых бесед выражается в повышении уровня доверия матери к сотрудникам отделения.

*На основании результатов, полученных в ходе анкетирования специалистами, определяются дальнейшие направления работы с семьей. Основные из них следующие:*

- лекции для родителей, посвященные знакомству с этапами психического развития ребенка; методами воспитания и обучения; организацией предметно-развивающего пространства для ребенка в семье; условиями реабилитации, лечения, ухода за малышом в стационаре и дома. В процессе лекций используются видео и фотоматериалы моментов взаимодействия детей с близкими взрослыми и педагогом, демонстрируются развивающие упражнения, соответствующие соматическому и физиологическому состоянию детей первых месяцев жизни. При этом отмечается важность наблюдения за реакциями своего ребенка и изменениями в его поведении для создания оптимальных условий развития;

- консультирование семьи (родственников), направленное на формирование адекватной позиции к проблемам ребенка, на создание позитивного взаимодействия между членами семьи и активное участие в воспитании ребенка. Педагогу-дефектологу важно ориентировать усилия родителей не только на дальнейший прогноз психического развития ребенка, но и на взаимодействие с ним в настоящий момент, на создание предметно-развивающей среды, учитывающей особенности ребенка и значимости систематического проведения коррекционно-педагогических занятий в условиях семьи;

- психолого-педагогическое обследование ребенка в присутствии матери. По результатам обследования педагог-дефектолог намечает стратегию и содержание коррекционной работы с ребенком и с семьей;

- индивидуальные практические занятия педагога-дефектолога с ребенком, которое проводятся в присутствии матери в целях обучения ее правильному и содержательному взаимодействию со своим ребенком. Педагог-дефектолог определяет нагрузку, соразмерную физическим возможностям ре-

бенка, указывает на положительные и специфические особенности, сильные и слабые стороны в развитии малыша, устанавливает количество занятий в течение дня и продолжительность каждого из них, обеспечивает родителей необходимыми рекомендациями и описанием конкретных индивидуальных занятий и приемов работы с ребенком;

- наблюдение специалиста за характером взаимодействия родителей со своим ребенком, направленное на изучение содержания общения родителей с малышом, темпа и динамики психомоторного развития в процессе целенаправленного коррекционного обучения.

Анализируя опыт работы учреждений санаторно-курортного типа необходимо отметить опыт санатория «Карачарово» (Тверская область), где функционирует отделение "Мать и дитя", где отдыхают и проходят полный курс лечения и дети и родители. Основной профиль отделения - хронические заболевания органов дыхания, нарушение осанки, патологии вегетативной нервной системы, заболевания желудочно-кишечного тракта [13].

В Республике Татарстан в санатории «Бакирово» также работает отделение «Мать и дитя», где получают лечение дети от 1 до 14 лет вместе с родителями. В этих учреждениях также накоплен значительный опыт работы с родителями детей-инвалидов.

В данном направлении в Санкт-Петербурге активно работает Институт Раннего Вмешательства. Специалисты института оказывают информационную и консультативную поддержку семьям, а также проводят регулярные занятия с ними [14]. Основной целью таких занятий для родителей является возможность приобрести необходимые навыки в игровой деятельности и по уходу за ребенком с учетом его особенностей.

Основные формы работы с родителями:

- интервью, которые проводятся перед началом программы помощи, а затем повторяется ежегодно. В беседе с родителем оценивается общее состояние родителя, выявляются особенности развития ребенка.

- домашний визит - стандартная форма работы с детьми в возрасте до 6 месяцев и их родителями, которая осуществляется 1 раз в неделю. В программу входит обучение родителей навыкам игровой деятельности и ухода за ребенком с учетом его особенностей, психологическая и информационная поддержка родителей;

- семейный клуб «Быть вместе». Его основная идея и цель – подготовить почву для интеграции детей с нарушениями в развитии в среду обычных детей. Такой семейный клуб позволяет обмениваться опытом родителям, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья;

- лекотека (библиотека игрушек). Семьи, которые посещают занятия, могут взять напрокат игрушки, необходимые для занятий дома. Здесь собран фонд игрушек, специальной и методической литературы по играм и игрушкам. Педагог лекотеки консультирует и помогает в подборе дидактического материала, проводит занятия и лекции с родителями. В Калуге на базе реабилитационного центра «Ивма» реализуется целевая программа реабилитации детей-инвалидов и членов их семей, которая включает несколько блоков [40].

#### 1. Информационно-методический блок:

- создание благоприятной информационно-методической среды обеспечения выживания, защиты и развития детей-инвалидов и их семей;

- создание достоверной системы учета детей-инвалидов, позволяющей получать информацию об уровне детской инвалидности, ее динамику, проблемы, потребности и интересы детей и их семей;

- использование родителями существующей электронной сети информационного обмена по проблемам детской инвалидности;

- освоение новых информационных и диагностических технологий при работе с детьми-инвалидами.

#### 2. Блок духовного развития:

- помощь родителям в духовном развитии, воспитание детей-инвалидов в духе добра, порядочности, чести и достоинства;

- организация культурно-досуговой деятельности детей и их семей в атмосфере любви, заботы и внимания.

Кроме этого центр осуществляет:

- обучение родителей совместно с ребенком в трудовых мастерских;
- гуманитарную помощь семьям, имеющим детей-инвалидов;
- повышение реабилитационной культуры родителей и заинтересованных лиц по направлениям интегрированного подхода к проблемам детской инвалидности:

- основам общей психологии и педагогики;
- основам практической психологии и коррекционной педагогики;
- основам парамедицинских знаний;
- основам экологии, гелиоэкологии и валеологии;
- основам организации культурно-досуговой деятельности детей с ограниченными возможностями.

Также в центре осуществляется работа по программе «Лидер», где родитель получает информацию о социальной политике, социальных программах, привлекается к определению приоритетных аспектов работы со своим ребенком.

В рамках программы проводятся культурно-просветительные мероприятия, где создаются условия для приобретения ребенком опыта общения, организуются клубные мероприятия, авторами которых становятся родители совместно с детьми, а также сам ребенок (помощь родителей носит скрытый характер).

В отделении социального сопровождения и патронажа на дому Центра социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Выборгского района Санкт-Петербурга осуществляется психолого-педагогическая диагностика ребенка и его семьи, оказывается психологическая помощь семьям, воспитывающим ребенка с ограниченными возможностями, осуществляется консультирование по вопросам семейного воспитания и развития ребенка.

Основными направлениями работы с семьей является;

- обучение родителей навыкам ухода за ребенком и способам формирования у него навыков самообслуживания;
- предоставление маме свободного времени, организация досуга ребенка в домашних условиях;
- создание позитивной социально-психологической среды в условиях центра для раскрытия потенциала ребенка и семьи.

Одним из направлений работы Центра социальной реабилитации детей-инвалидов Красногвардейского района (Санкт-Петербург) является посещение родителями сенсорной комнаты для психологической разгрузки и проведение сеансов семейной терапии. Благодаря данному направлению происходит снятие нервно-психического напряжения, улучшается общее самочувствие всех членов семьи [17].

Аналогичные направления работы используются специалистами социально-реабилитационного и научно-методического центра «Семья» в Московской области. Здесь работает отделение социально-психологической помощи, которое осуществляет свою деятельность в рамках различных программ, в частности программа «Медико-психолого-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями и членов их семей», «Программа психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих ребёнка-инвалида». Для этого организованы следующие формы работы:

- «Женский клуб» для матерей, имеющих ребенка с ограниченными возможностями, в рамках которого организована работа групп взаимоподдержки и личностного роста, проводится тренинг «В поисках жемчужины» направленный на познание и открытие женщинами себя, снятие напряжения и телесных зажимов, повышение спонтанности и творческое самовыражение, а также индивидуальные консультации психолога;
- «Семейная гостиная» - для различных категорий семей, где используются такие формы работы, как консультирование супружеских пар, родительские лектории.

В программе психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих

вающих ребенка-инвалида, особая роль отводится социально-педагогическому патронированию - направленному сопровождению. Оно рассчитано на семьи, которые не могут самостоятельно решить свои проблемы, справиться с психологическими нагрузками, а часто и выразить их. Цель патронирования семьи - не вмешиваться в ситуацию и не указывать, как необходимо поступать, а в том, чтобы «организовать и реализовать сотрудничество с ней, направленное на самопознание её членов, самоуправление межличностными отношениями, на поиск внешних и внутренних ресурсов для необходимых преобразований, а также возможностей их эффективного использования».

Специалисты Московского Городского реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями «Радуга» активно включают родителей в реабилитационный процесс [16]. В зависимости от степени социальной компетентности родителей, наличия положительного опыта и других мотивов, а также профессиональной компетентности специалистов, взаимодействие может происходить в рамках различных моделей:

- модель «зависимого взаимодействия» подразумевает явное доминирование специалистов в определении стратегии и тактики сопровождения ребенка с ограниченными возможностями. Родители предоставляют специалистам необходимую информацию и являются исполнителями выданных рекомендаций. Специалист, в свою очередь, выступает в роли профессионала, оказывающий необходимую помощь семье и ребенку;

- модель «соисполнительская» подразумевает взаимодействие: специалист передает часть функций родителям, которые активно вовлекаются в диагностическую и реабилитационную деятельность. В рамках данной модели родители осваивают умения и навыки, связанные с созданием развивающих условий для конкретного ребенка, но зачастую теряют собственную родительскую позицию, подчиняясь профессиональной системе;

- модель «распределенного сотрудничества» предусматривает равноправное взаимодействие специалиста и родителей. Обмен опытом между ними становится основной формой взаимодействия с целью решения общих задач в

рамках реабилитационного процесса.

В Центре Лечебной педагогики (Москва) в рамках школьного проекта «Дорога в мир» действует программа регулярных субботних прогулок. Семьи с детьми вместе со специалистами и волонтерами ходят в парки, кафе, музеи, детские театры или на аттракционы.

Организуются родительские группы - цель - создание пространства психологической поддержки семей и повышение родительской компетентности. Эти занятия ведут психолог и руководитель группы, в которой занимаются дети. Проводятся индивидуальные и семейные консультации.

В Центре психолого-медико-педагогического сопровождения проекта «Лекотека» реализуется комплексная психолого-педагогическая поддержка семей, воспитывающих детей со сложными нарушениями развития [15]. Работа проводится в рамках следующих направлений:

1. Изучение особенностей родительско-детского взаимоотношения (используются метод клинической беседы, метод наблюдения за взаимоотношением ребенка и родителя).
2. Обучение родителей навыкам общения и основным принципам взаимоотношения с ребенком, имеющим нарушения развития.
3. Тренинговые занятия с родителями
4. Индивидуальная работа с родителями.
5. Групповые занятия с родителями.

В сфере образования также накоплен значительный опыт работы с родителями. На факультете «Психология образования» Московского городского психолого-педагогического университета осуществляется обучение по образовательной программе для родителей «Игра и игрушка». По окончании курса родители могут использовать богатейший потенциал игры и игрушек для улучшения отношений с ребенком, правильно их выбрать, адекватно использовать игровые методы и материалы в развивающей и коррекционной работе.

В целях создания новых моделей психолого-медико-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья при лаборатории

дошкольного воспитания детей с проблемами развития в Институте коррекционной педагогики Российской академии образования в 1994г. был открыт Университет для родителей, в котором проводится психолого-медико-педагогическое обследование ребенка и консультирование его семьи. Осуществляется проведение специальных занятий с малышом, направленных на формирование возрастных психологических новообразований, коррекцию и предупреждение вторичных отклонений развития. Параллельно с этим матери проходят специальную подготовку с выдачей официального документа, который позволяет им в дальнейшем работать в реабилитационных центрах. Так, например, по окончании обучения матери детей-инвалидов работают воспитателями в реабилитационном центре Солнечногорска (Московская область).

В Москве при Академии повышения квалификации и переподготовки работников образования открыта заочная школа специальной подготовки для матерей детей-инвалидов с тяжелой умственной отсталостью на страницах журнала «Социальная защита» по программе «Воспитание, обучение и интеграция в общество детей с тяжелыми нарушениями интеллекта». Матери изучают материал заочно, после чего сдают экзамен в Академии. Прошедшие успешно обучение получают удостоверение государственного образца, действительное на всей территории России.

В Мурманске осуществляется работа в рамках программы «Образование родителей, имеющих детей с отклонениями в развитии дошкольного возраста», где важный акцент сделан на обучение родителей. По мнению специалистов, педагогическое просвещение родителей лишь часть целостной системы работы с ними, а не самоцель работы с семьей. При этом педагогическая помощь родителям должна выступать в качестве компонента социальной политики государства.

Программа Родительской Школы "Пойми ребенка" в Интернет - портале Самопознание.ру основывается на освоении наиболее эффективных методов детской психодиагностики и психотерапии. Она ориентирована на тех родителей, которые интересуются детской психологией и психотерапией и хотят уз-

нать об этом больше, хотят лучше понимать и чувствовать своих детей, если они ощущают утрату контакта со своим ребенком и хотят исправить это, но у них нет времени читать много литературы в поисках ответов на вопросы [13].

В дошкольных образовательных учреждениях также активно организуется работа с родителями. Например, в ДООУ №5 Выборгского района работает школа успешного родителя - проект сопровождения и просвещения семей, имеющих детей дошкольного возраста, в условиях дошкольного образовательного учреждения комбинированного типа.

Специфика данного проекта заключается в том, что участие в нем принимают все сотрудники дошкольного учреждения (заведующая, старшие воспитатели, психологи, логопеды, медицинские сестры, инструкторы по физическому воспитанию, воспитатели), а также родители и их дети, которые являются не пассивными участниками, а активно участвуют в проекте. Формы работы с родителями: анкетирование, тестирование, лекторий, мини-тренинги, совместные работы родителей с детьми.

В ДООУ №98 (Сыктывкар) с родителями организуется индивидуальное консультирование, «Родительские гостиные», семинары, в ходе которых родители получают навыки продуктивной совместной деятельности с детьми, на практике знакомятся с методами и приемами коррекционно-оздоровительного воздействия на сенсорную, интеллектуальную и аффективно-волевою сферу ребенка [15].

На базе Специальной (коррекционной) школы №4 Василеостровского района Санкт-Петербурга работает Клуб родителей детей-инвалидов "Велонта" по следующим направлениям: психотерапевтическое, социально-тренинговое, правовое, интеграционное внутри вышеуказанных направлений используются следующие формы работы с родителями;

- индивидуальные консультации по вопросам развития ребенка;
- организация выездных мероприятий; посещение театров, музеев, Выставок;
- образовательные семинары;

- психологические тренинги;
- общественные акции;
- пресс-клубы и круглые столы;
- публикации опыта воспитания ребенка в семье;
- встречи с представителями власти;
- занятия в системе «Ребенок-Родитель-Специалист»;
- участие в экспертизе динамики развития ребенка.

Общественные организации родителей детей-инвалидов также проводят большую работу с семьей.

Так Санкт-Петербургской городской ассоциацией общественных объединений родителей детей-инвалидов осуществляется информационное и методическое сопровождение социально-реабилитационных мероприятий городской целевой медико-социальной программы «Дети-инвалиды) [15]. В аспекте рассматриваемой программы ассоциацией решаются следующие задачи:

- формирование и поддержка информационно-методической базы по вопросам организации и проведения в городе социально-реабилитационных мероприятий для детей с ограниченными возможностями и их семей;
- формирование и поддержка информационно-аналитической и справочной базы данных по различным аспектам жизнедеятельности детей с ограниченными возможностями и их семей;
- выявление и изучение проблем социальной защиты семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, подготовка предложений по их решению;
- организация разработок и внедрение инновационных методов и форм социально-реабилитационной работы с детьми с ограниченными возможностями и их семьями;
- формирование с помощью средств массовой информации положительного, социально-значимого отношения в обществе к детям с ограниченными возможностями и их родителям.

Также ГАООРДИ организует лагеря отдыха для детей-инвалидов и чле

нов их семей, информационно-методическую поддержку родителей, проводит школу для родителей детей с редкими генетическими заболеваниями.

Проводя итоги анализа работы различных организаций, занимающихся активным включением семьи в реабилитационный процесс, можно выделить следующие составляющие в работе с семьей:

1. Информационная: обеспечение семьи информацией по вопросам социальной защиты, получения технических средств реабилитации, ее программах, учреждениях реабилитации и другое.

2. Образовательная: обучение родителей сотрудничеству с ребенком, методам и приемам воспитания, обучения, реабилитации, проведения лечебных процедур.

3. Консультационная: проведение индивидуальных и групповых консультаций различными специалистами.

4. Коррекционно-реабилитационная: проведение коррекционных занятий с детьми и родителями.

5. Организационная: организация семейного досуга, клубов по интересам, летнего отдыха и другое.

Таким образом, региональный опыт социальной работы с детьми-инвалидами показывает тенденцию развития сети учреждений и общественных организаций, оказывающих социальную помощь и поддержку детям-инвалидам, а также дает основание для формирования целостной социальной программы решения проблем детей-инвалидов на местном уровне с учетом применения опыта других субъектов.

### 3 ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ В ГБУЗ ДГКБ ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №3 Г.БЛАГОВЕЩЕНСК

#### **3.1 Исследование организации медико-социальной работы с детьми-инвалидами 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 хирургический, 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 детьми-инвалидами:*

*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 г.Астрахани 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.

*Для уточнения анализа организации медико-социальной работы с детьми-инвалидами в на базе ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск было проведено эмпирическое исследование. В процессе написания бакалаврской работы была разработана программа социологического исследования. Объектом исследования стали сотрудники ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск, осуществляющие медико-социальную работу с детьми-инвалидами. Предметом исследования является медико-социальная работа с детьми-инвалидами (Приложение А).*

В рамках исследования были получены следующие результаты. В г. Благовещенске проживает 546 семей, воспитывающих 879 детей-инвалидов. На базе ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 обслуживаются 190 детей-инвалидов, их них: 153 ребенка и 39 подростков. Все дети-инвалиды инвалиды с различными заболеваниями, самостоятельно не обслуживаются. *Исследование показало (из данных социальных паспортов, заполняемых сотрудниками регистратуры клиники), что семьи с детьми-инвалидами испытывают множество проблем разного характера, в соответствии с рисунком 1:*

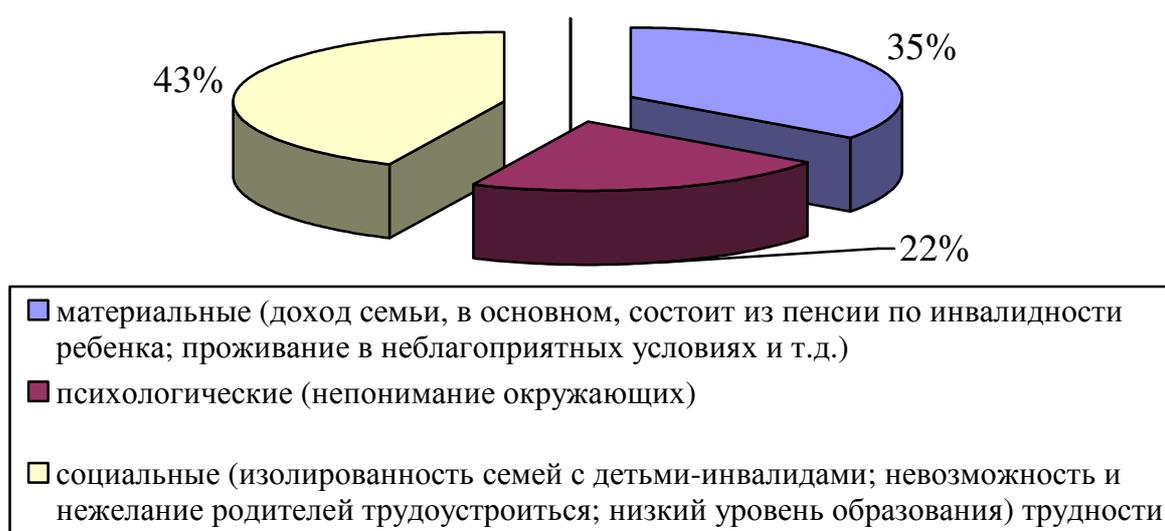


Рисунок 1 – Проблемы семей с детьми-инвалидами

35 % – это и материальные (доход семьи, в основном, состоит из пенсии по инвалидности ребенка; проживание в неблагоприятных условиях и т.д.);

22 % - психологические (непонимание окружающих);

43 % - социальные (изолированность семей с детьми-инвалидами; невозможность и нежелание родителей трудоустроиться; низкий уровень образования) трудности. Самостоятельно им решить эти проблемы очень сложно. Здесь необходима профессиональная комплексная поддержка таких семей.

*Экспертный опрос показал, что основными задачами по социальной работе с детьми-инвалидами являются, в соответствии с рисунком 2:*

25 % опрошенных ответили, что это - преодоление изолированности семей, имеющих детей-инвалидов; 17 % - образование новых социальных связей, получение социальных навыков;

25 % - социальная интеграция детей-инвалидов в среду здоровых сверстников;

33 % - развитие программ отдыха и оздоровления детей-инвалидов.

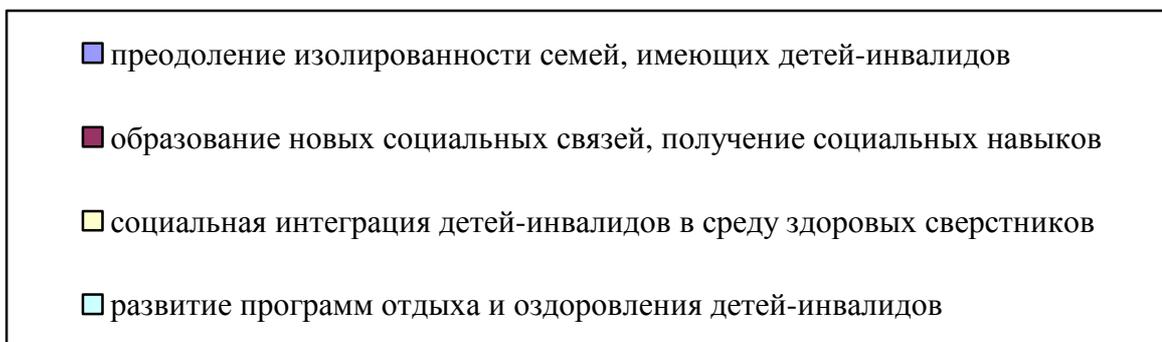
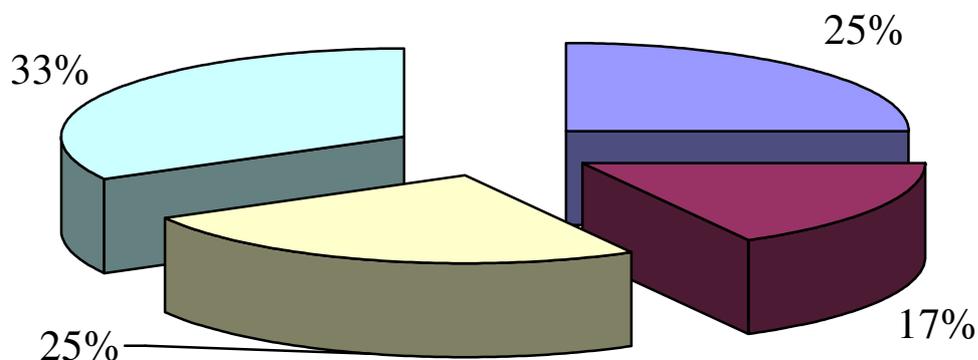


Рисунок 2 – Основные задачи по организации социальной работы с детьми-инвалидами в отделении

Согласно ответов респондентов, было установлено, что основными направлениями по организации деятельности больницы являются в рамках медико-социальной работы с детьми – инвалидами являются: 45 % - оказание специализированной консультативно-диагностической и лечебной помощи с применением высокотехнологичных методов лечения и диагностики;

22 % - оказание консультативной и организационно-методической помощи специалистам лечебно-профилактических учреждений области;

25 % - организация и оказание квалифицированной экстренной и плановой консультативной медицинской помощи при участии реанимационно-консультативного центра и силами специалистов больницы;

8 % - участие специалистов в лицензионно-аккредитационных комиссиях.



Рисунок 3 – Основные направления организации деятельности больницы

Благодаря организованной работе сотрудниками ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск проводятся следующие мероприятия с детьми-инвалидами, 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 социальных 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-инвалидом.

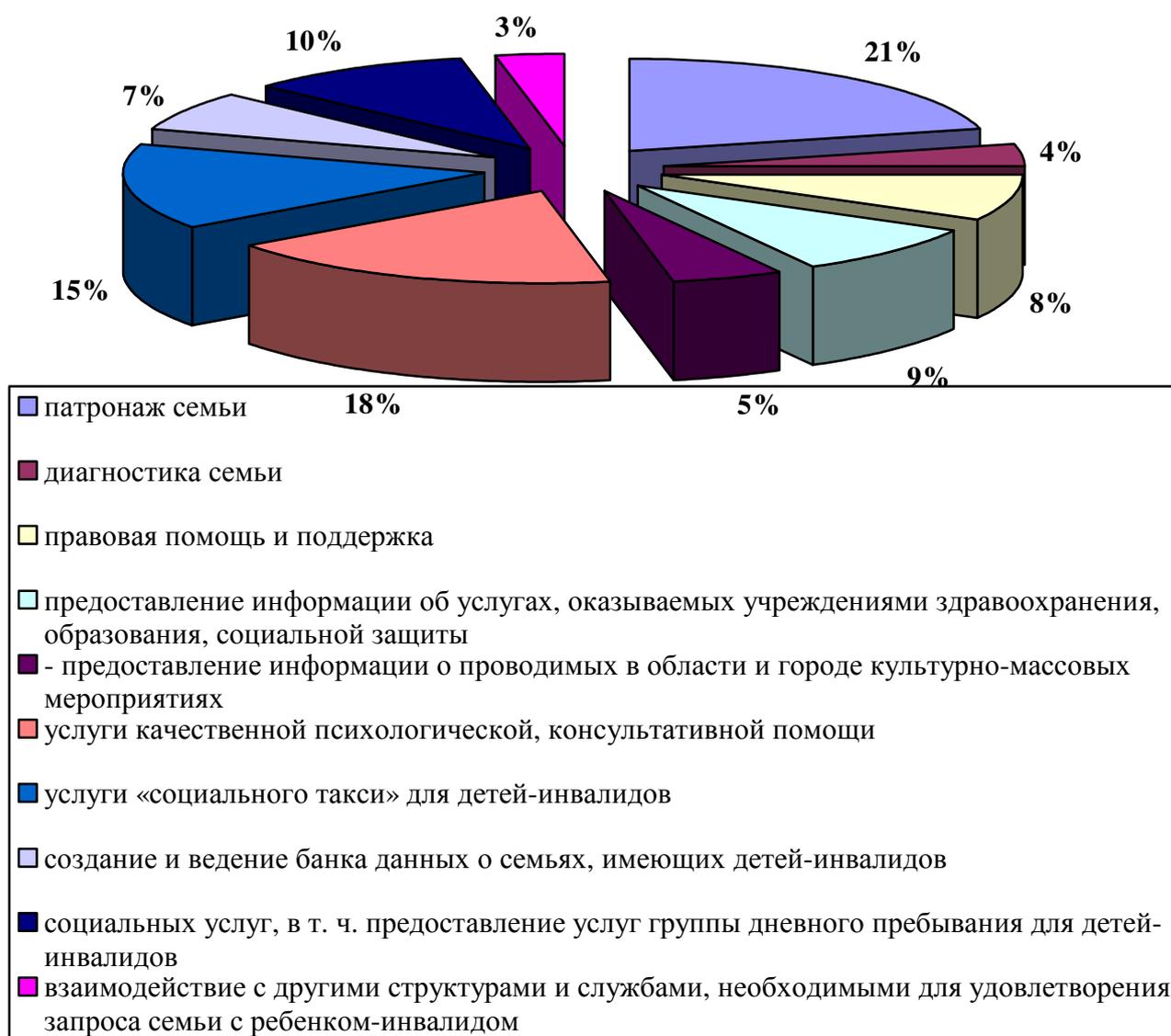


Рисунок 4 – Мероприятия по социальной работе с детьми-инвалидами

Механизм отбора детей-инвалидов – 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 2016 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 восстанов

лен объем движений.

Таким образом, исследование медико-социальной работы с детьми-инвалидами в отделении реабилитации детей ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск показал, что семья с ребёнком-инвалидом – 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-инвалидом даёт возможность таким семьям преодолеть изолированность своей семьи, получение социальных навыков, способствует интеграции детей-инвалидов в среду здоровых сверстников.

### **3.2 Практические рекомендации по оптимизации организации медико-социальной работы с детьми-инвалидами 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 детьми-инвалидами 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 наряду с эффективностью деятельности больницы существуют следующие проблемы:*

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

2. Многие семьи, в которых воспитываются дети-инвалиды, 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 медико-социальной работой с детьми-инвалидами 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 медико-социальной работы с детьми-инвалидами предлагаются следующие рекомендации:*

1. *Открытие Центра реабилитации для детей-инвалидов (Приложение Д).*

*Цели работы Центра:*

оказание комплекса квалифицированных социально-психологически социально-медицинских, социально-педагогических, физкультурно-оздоровительных, профессионально-реабилитационных и профессионально-ориентационных услуг детям - инвалидам от 2 до 18 лет и инвалида трудоспособного возраста. для формирования (восстановления) социального статуса, достижения социальной адаптации к жизни в обществе и семье, а также формирования позитивной мотивации к трудовой деятельности, рационального тру

доустройства и достижения материальной независимости.

организация комплексного социального (диагностического) обследования ребенка и его семьи. Определение видов и объемов требуемой помощи, определение реабилитационного потенциала и прогноза развития ребенка;

разработка и реализация реабилитационных программ с учетом индивидуальной программы реабилитации инвалида и данных обследования; медицинское и социальное сопровождение семей;

проведение мероприятий профессиональной реабилитации инвалидов числе профессиональной ориентации и обучения первичным трудовым навыкам детей с ограниченными возможностями. Оказание содействия инвалидам в получении профессионального образования и трудоустройства

организация досуговых, культурно-массовых, спортивно-оздоровительных мероприятий для инвалидов и их семей.

Центр охватывает все стороны реабилитации и социализации ребёнка инвалида от 2-18 лет и старше, не только его, но и членов семьи.

*2. Создание общественной организации, направленной на защиту прав и интересов детей-инвалидов и их родителей.*

Целью Организации является осуществление пропаганды, социальной поддержки и защиты семьи, материнства и детства, направленной на:

осуществление самостоятельной и совместной информационной общественно-воспитательной, просветительской, досуговой деятельности;

правовое просвещение и защита прав и законных интересов беременных женщин, семей, детей;

правовое просвещение и защита прав и законных интересов инвалидов и их семей, обеспечение им равных с другими гражданами возможностей, решение задач их общественной интеграции;

создание благоприятных условий для реализации творческого, научного потенциала, общения, взаимосвязи, обмена опытом сотрудничества родителей, беременных женщин, детей, инвалидов;

содействие медицинской, профессиональной и социальной реабилитации

инвалидов и их семей, внедрению и реализации индивидуальных программ реабилитации инвалида (ИПР);

содействие улучшению систем связи по обмену информацией между специалистами в области семьи, материнства, детства и родителями, беременными женщинами, инвалидами и их семьями;

проведение исследований и разработок новых медицинских и образовательных технологий;

содействие формированию общества равных возможностей;

оказание помощи семьям, беременным женщинам, детям, инвалидам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации;

развитие волонтерского движения и потенциала добровольчества как ресурса развития гражданского общества и укрепления общественно государственного партнерства в решении социальных проблем;

разработка и внедрение в добровольческую практику стандартов в сфере оказания добровольческих услуг, создание, разработка принципов, механизмов и технологий работы с волонтерами, кураторами и лидерами групп;

благотворительная деятельность, а также деятельность в области содействия благотворительности и добровольчества, а также проведение акций милосердия и благотворительных мероприятий.

Заболевания (нозологии) детей инвалидов, по которым осуществляется работа - Дети-инвалиды со всеми видами заболеваний.

*3. Разработка интернет-сайта.* Необходимо искать новые способы доносить информацию до клиентов социальной работы. Одним из таких решений может стать создание интернет-портала. при данном учреждении задачами которого будет: предоставление информации о деятельности Центра; оказание on-line помощи детям и родителям, в том числе и неполным семьям; предоставление наиболее полной информации о неблагополучных семьях.

Данный интернет сайт предоставляет наиболее полную информацию о детях, о деятельности центра.

Таким образом, привлечение внимания общественности к проблемам се

мей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, занимающейся проблемами детей-инвалидов будет способствовать повышению качества услуг по оздоровлению и реабилитации детей-инвалидов.

*4. Формирование бригад профессионалов, выезжающих на дом к ребенку-инвалиду. 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.*

*5. В рамках повышения эффективности работы разработаны рекомендации по социальной работе с детьми-инвалидами с выделением всех трех направлений этой работы - медицинского, психологического, социального (Приложение Е).*

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

*7. 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.*

В целом, исследование медико-социальной работы с детьми-инвалидами в ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск показало, что деятельность по оказанию помощи осуществляется комплексно, всеми работниками отделения. Предложенные автором рекомендации позволяют усовершенствовать социальную работу с детьми-инвалидами.

Таким образом, достигнута цель бакалаврской работы – изучена организация медико-социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск и разработаны практические рекомендации по ее оптимизации

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дети-инвалиды являются особой социально незащищенной группой населения. Особенности детского здоровья и развития оказывают существенное влияние на формирование детской – инвалидности. Организация медико-социальной работы с детьми-инвалидами 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-инвалидами.

В ходе написания бакалаврской работы решены поставленные задачи:

1. Понятие детской инвалидности определено в Декларации о правах инвалидов, так инвалидами называют лиц, которые не могут самостоятельно обеспечивать полностью или частично свои потребности в жизнедеятельности, вести нормальную социальную жизнь, в связи с недостатком врожденного или приобретенного физического или умственного недуга. Декларация, в которой регламентировано понятие в 1989 г. ООН имеет силу закона. В Декларации закреплены права детей-инвалидов, которые позволяют детям с отклонениями вести достойную и полноценную жизнедеятельность..

2. Нормами российского законодательства предусмотрена целая система мер, обеспечивающая включение родителей в процесс реабилитации ребенка, предполагающая как права, так и ответственность родителей. В целом, организация социальной работы с детьми-инвалидами регулируется целым рядом нормативно-законодательных актов федерального и регионального уровней.

3. Медико-социальная работа с детьми-инвалидами – 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. Целью социально-медицинской работы с детьми-инвалидами является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физиологических и психопатологией, а также социальным неблагополучием.

4. Региональный опыт социальной работы с детьми-инвалидами показывает тенденцию развития сети учреждений и общественных организаций, оказывающих социальную помощь и поддержку детям-инвалидам, а также дает основание для формирования целостной социальной программы решения проблем детей-инвалидов на местном уровне с учетом применения опыта других субъектов.

5. Исследование медико-социальной работы с детьми-инвалидами в отделении реабилитации детей ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск показал, что семья с ребёнком-инвалидом – 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 поли-клиника №3 г.Благовещенск с ребёнком-инвалидом даёт возможность таким семьям преодолеть изолированность своей семьи, получение социальных навыков, способствует интеграции детей-инвалидов в среду здоровых сверстников.

5. Анализ социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск показал, что семья с ребёнком-инвалидом – 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-инвалидом даёт возможность таким семьям преодолеть изолированность своей семьи, получение социальных навыков, способствует интеграции детей-инвалидов в среду здоровых сверстников. Однако, результаты проведённого исследования подтверждают, что дети-инвалиды и их родители испытывают недостаток информации по вопросам получения поддержки (психологической, моральной и др. специалистов социальных служб).

6. В рамках деятельности ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск по организации медико-социальной работы с детьми-инвалидами проведено эффективное внедрение современных методик.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Абакумова, А. П. Социальная работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья / А. П. Абакумова. – М.: Просвещение, 2013. – 276 с.
- 2 Акатов, Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья: психологические основы : учеб. пособие / Л.И. Акатов. – М.: ВЛАДОС, 2012. – 368 с.
- 3 Боровая, Л. П. Социально-психологическая помощь семьям, имеющим тяжело больных детей/ Л.П.Боровая // Социально-педагогическая работа. - 2012. – №6. – С. 163.
- 4 Букатова, Л.М. «Добро по кругу» /Л.М.Букатова // Библиотека . – 2014. – № 6. – С. 264
- 5 Быков, А.В. Психологическая служба в учреждениях социально-педагогической поддержки детей и подростков / А.В. Быков. – М., – УРАО – 2013 – 100 с.
- 6 Быков, Д. А. Опыт создания реабилитационного комплекса для детей с ограниченными возможностями / Д. А. Быков // Педагогика. – 2013. – № 6. – С. 231.
- 7 Василькова, Ю. В. Социальная педагогика / Ю.В. Василькова. – М.: ВЛАДОС, 2012. – 321 с.
- 8 Гембаренко, В.Т. Семья и ребенок с ограниченными возможностями / В.Т. Гембаренко // Социальное обеспечение – 2012. - №3. – С.342.
- 9 Григорьев, А. Д. Очерки истории социальной работы / А.Д.Григорьев. – М.: Просвещение, 2013. – 223 с.
- 10 Гришина, Л. Г. Анализ инвалидности в Российской Федерации / Л.Г. Гришина. – М., 2012. – 244 с.
- 11 Дмитриев, А. В. Проблемы инвалидов / А. В. Дмитриев. – СПб.: Питер, 2013. – 245с.
- 12 Зайнышев, И. Г. Технология социальной работы: учебное пособие для студентов высших учебных заведений /И. Г. Зайнышев . – М.: Гуманитарное

издательство Владос, 2013. – 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, 2012. – 54 с.

19 Здоровоохранение и медицинское обслуживание в Амурской области: статистический сборник. – Благовещенск: Амуроблкомстат, 2012. – 106 с.

20 Колпакова, О. Использование инвалидовных социальных технологий реабилитации детей в летний период / О. Колпакова // Социальное обеспечение – 2016 – №6. – С.183.

21 Коновалова, М. П. Социокультурная реабилитация детей с ограниченными возможностями в процессе информационно-библиотечного обслуживания / М. П. Коновалова // Вестник Московского государственного университета культуры и искусств – 2012. – №2. – С. 107.

22 Кулагина, Е. В. Семьи с детьми инвалидами: социально – экономическое положение / Е. В. Кулагина // Народонаселение. – 2013. – № 1. – С. 202.

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. 2015 – №2 – С. 448.

24 Малофеева, Т. Инвалиды в России / Т. Малофеева. – 2013 – №3 –С. 205.

25 Малов, И.И. Настольная книга специалиста / И.И. Малов.– М: ВЛАДОС, 2014. – 153с.

26 Низовцева, В.Г. – На первом месте – реабилитация / Г. Низовцева // Социальное обеспечение. – 2012 – №4 – С. 233.

27 Обухова, Л. Ф., Рябова Т. В. – Феномен эгоцентризма у подростков-инвалидов // Вопросы психологии / Л. Ф. Обухова, Т. В. Рябова. – 2010 – №3 – С. 448.

28 Основы социальной работы: Учебник / отв. ред. П. Д. Павленок. – М.: Инфра, 2011. – 345с.

29 Олиференко, Л. Я. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска / Л. Я. Олиференко. – М: ВЛАДОС, 2014. – 345с.

30 Пособие по технологии работы с детьми с ограниченными возможностями / под ред. Гуслияковой Л. Г. – М.: Социальное здоровье России, 2013. – 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 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, 2013. – 175с.

44 Российская энциклопедия социальной работы / под ред. А. И.Панова, Е. И. Холостовой. – М.: Институт социальной работы, 2011. – 364 с.

45 Российский статистический ежегодник: Стат.сб. /Госкомстат России. – М., 2012. – 568 с.

46 Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы / ред. А. М. Панова. – М., 2014. – 200 с.

47 Свистунова, Е.Г. Международное право о социальной защите и реабилитации инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация / Е. Г. Свистунова. – 2012 – №1. – С. 113.

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

Е. В. Селенина // Вопр. психологии.– 2015. – № 6. – С. 158.

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., 2011.– 20 с.

51 Специальная педагогика / под ред. Назаровой Н. М. М.: Академия – 2013. – 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". – 2014. – С.155

53 Уфимцева Л. П., Окладникова Т. Н – Содержание психокоррекционной работы с соматически ослабленными школьниками // Вестник психо-социальной и коррекционно-реабилитационной работы / Л. П. Уфимцева, Т. Н. Окладникова. – 3024 – №2 – С. 140.

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. № 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.

57 Хмеленко, С. А. Нравственное зеркало общества - отношение к слабым // Мир библиографии / С. А. Хмеленко. – 2015. – № 5. – С. 238.

58 Холостова Е. И. Технология социальной работы: Учебник / Е. И. Холостова. – М.: инфра-М, 2014 – 400 с.

59 Хрестоматия: обучение и воспитание детей группы риска / сост. Остапов В. М. – М.: Просвещение. – 2014. – 416с.

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

61 Чуптуева Л. Особые дети // Новая библиотека / Л. Чуптуева. – 20014. – № 4. – С.115.

62 Чупрунов, А.В. Словарь основных понятий по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями / под ред. А.В.Чупрунов. – Барнаул – Издательство АГУ – 2011 – 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

65Федоров, А.В. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями / под ред. А.В.Федоров – М, – КТМУ – 2013 – 207с.

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

67 Шульга, Т.И. Работа с неблагополучной семьей / Т.И. Шульга. М.: Дрофа, 2013. – С.168

68 Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М.: ГУ, 3024 г. – С.155

69 Фурсов, П.Ф. Семейное воспитание ребенка и его значение//Избранные педагогические сочинения / П.Ф. Фурсов. М.: Педагогика, 2014 – С. 179

70 Фастюкова, Е.М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / Е.М. Фастюкова. М.: ВЛАДОС, 2013 – С.155

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### Программа социологического исследования

#### ***«Анализ организации медико-социальной работы с детьми-инвалидами 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 инвалидность, 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-инвалидов, 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-инвалидами.

***Предмет исследования*** – социальная работа с детьми-инвалидами

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

**Цель исследования** – изучение организации медико-социальной работы с детьми-инвалидами 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-инвалидов.

2. Проанализировать основные направления, формы и методы организации социальной работы с детьми-инвалидами.

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-инвалидам.

4. Выяснить мнение респондентов из числа представителей общественной организации об эффективности их работы по организации социальной работы с детьми-инвалидами.

**Гипотеза:** Социальная работа с детьми-инвалидами 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-инвалидов.

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

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

**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.

**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 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».

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

**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 независящим 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.

**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.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

**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.

*Операционализация основных понятий*

*Структурная операционализация*

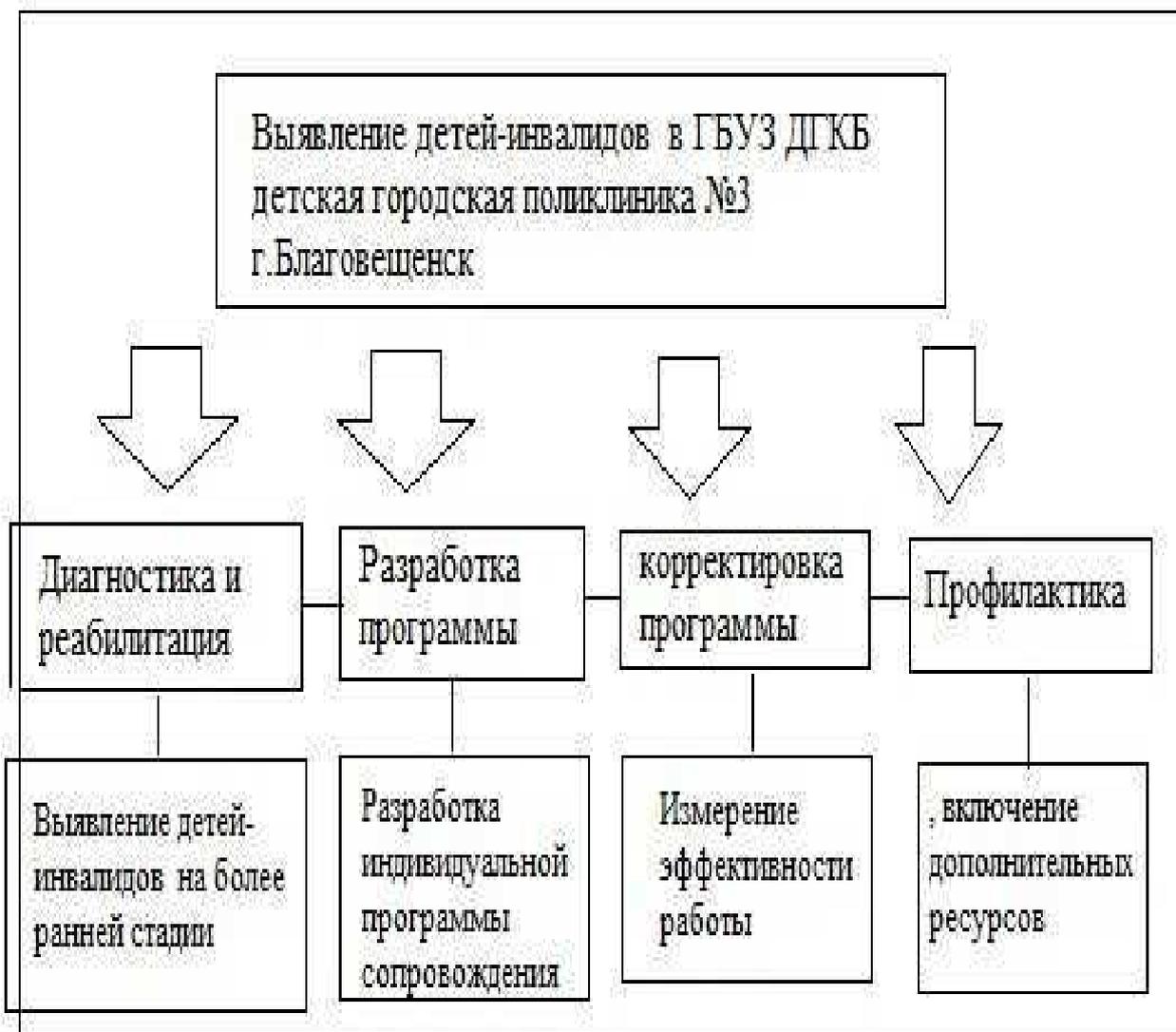


Рисунок А.1 – Структурная операционализация

**Факторная операционализация**



Рисунок А.2 – Факторная операционализация

Выборочная совокупность формировалась из числа представителей 20 чел., работающих в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск. Сроки исследования: сентябрь-октябрь 2016 года.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

Таблица А.1 – План исследования

	Содержание деятельности	Сроки
Начальный этап	1.Разработка программы	04.09. -13.09.
Основной этап	2.Разработка инструментария	14.09. -28.09.
	3.Проведение исследования	1.10. - 10.10.
	4.Обработка первичной информации	11.10. -25.10.
Завершающий этап	5.Обработка, анализ и интерпретация данных, получение эмпирически обоснованных выводов	26.10. -1.11.

**Метод исследования** – экспертный опрос.

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

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

### АНКЕТА

*«Анализ организации медико-социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ ДГКБ детская городская поликлиника №3 г.Благовещенск»*

#### **Уважаемый эксперт!**

Проблема детей-инвалидов 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-инвалидов?

---

---

2. Какие основные проблемы детей-инвалидов выявляются в процессе обучения?

---

3. Как Вы считаете, какие основные причины ставят детей-инвалидов в положение «трудного жизнеобеспечения»?

---

4. Какие, на Ваш взгляд, факторы социального неблагополучия детей-инвалидов отрицательно сказываются на их жизнедеятельности?

---

---

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

5. Как Вы считаете, достаточно ли в Вашем учреждении организована социальная помощь нуждающимся детям-инвалидам и оздоровление семейной среды?

---

6. Какие формы и методы организации социальной работы с детьми-инвалидами применяются в Вашем учреждении?

---

7. Какие формы и методы организации социальной работы с детьми-инвалидами необходимо ввести в Вашем учреждении?

---

---

8. Какая существует система в Вашей организации по ликвидации факторов неблагополучия детей-инвалидов?

---

---

9. Что, по Вашему мнению, является наиболее важным в системе по ликвидации факторов неблагополучия детей-инвалидов в учреждении?

---

10. При проведении социальных мероприятий, проектов наблюдается ли ликвидация факторов препятствующих нормальной жизнедеятельности ребенка-инвалида?

---

11. Достаточно ли информации, позволяющей прогнозировать и препятствовать возникновению социальных проблем, характерных для детей-инвалидов?

---

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

12. Как можно оптимизировать систему организации социальной работы по улучшению социального положения детей-инвалидов?

---

*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

	2012	2013	2014	2015	2016 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 2016 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

### **Центр реабилитации для детей-инвалидов для кратковременного пребывания**

Центр реабилитации проект уникальный. Такого нет на всём Дальнем Востоке. Он охватывает все стороны реабилитации и социализации ребёнка инвалида от 2-18 лет и старше, не только его, но и членов семьи. Теперь не нужно бегать по больницам в поиске каких либо процедур, консультации. Всё будет в одном месте. Реализация такого большого проекта осуществим только при помощи городской и областной администрации, привлечении федеральных средств, спонсорской помощи. Это зависит от людей, которых есть сердце, которые не равнодушны к чужой беде. По данным опроса 92% родителей выступают за открытие такого центра. Из опыта работы коллег из разных регионов можно сделать вывод: что только при комплексной помощи ребёнку можно говорить о высоких результатах. Центр посещают дети со всей Амурской области, им могут быть предоставлены комнаты «Мать и дитя», что намного улучшит состоянию ребёнка, где порой до больницы ехать несколько десятков километров.

#### *Цели работы Центра:*

оказание комплекса квалифицированных социально-психологически социально-медицинских, социально-педагогических, физкультурно-оздоровительных, профессионально-реабилитационных и профессионально-ориентационных услуг детям - инвалидам от 2 до 18 лет и инвалида трудоспособного возраста. для формирования (восстановления) социального статуса, достижения социальной адаптации к жизни в обществе и семье, а также формирования позитивной мотивации к трудовой деятельности, рационального трудоустройства и достижения материальной независимости.

организация комплексного социального (диагностического) обследования ребенка и его семьи. Определение видов и объемов требуемой помощи, определение реабилитационного потенциала и прогноза развития ребенка;

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

разработка и реализация реабилитационных программ с учетом индивидуальной программы реабилитации инвалида и данных обследования; медицинское и социальное сопровождение семей;

проведение мероприятий профессиональной реабилитации инвалидов числе профессиональной ориентации и обучения первичным трудовым навыкам детей с ограниченными возможностями. Оказание содействия инвалидам в получении профессионального образования и трудоустройства

организация досуговых, культурно-массовых, спортивно-оздоровительных мероприятий для инвалидов и их семей.

*В центре планируется несколько направлений:*

- тренажерный зал (пневмо костюмы, вело тренажер), ЛФК (сухой бассейн; лечебная физкультура с применением надувных предметов, мячей, подушек наклонных плоскостей, цилиндров, мячей -роллов, батуты, аппарата Гросса, костюмов Адели, Гравистат и Фаэтон)

- сенсорная комната (тренажеры: дождь, листопад, «млечный путь», пуфики для релаксации, диван, стеклянный аквариум, фонтан, сухой бассейн, луна, солнце, подвесной потолок, мультимедиа)

- игровая с блоками для сюжетно - ролевых игр (парикмахерская, больница, магазин, кухня, школа, граница, полиция)

*социально - бытовая адаптация:*

реализует систему мер, направленных на восстановление способностей детей к самостоятельному обслуживанию в быту, а также нацеленных на повышение интеграционных возможностей детей;

помимо восстановления формирования навыков самообслуживания социально - бытовая реабилитация предусматривает также повышение личного статуса ребенка;

- проводит обучение инвалида самообслуживанию;

- проводит обучение личной гигиене, пользованию бытовыми предметами

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

ми, как с помощью специального оборудования, так и без него (в зависимости от степени ограничения) и т.д.;

учебный класс (математика, развитие речи, конструированная аппликация, лепка, экология, ознакомление с окружающим миром, ознакомление с художественной литературой, музыкальное физкультурное занятие).

**1.Пальчиковая гимнастика.** Пальчиковые игры - важная часть работы по развитию мелкой моторики рук. Они увлекательны и способствуют развитию речи, творческой деятельности. Пальчиковые игры - это инсценировка каких-либо рифмованных историй, сказок, стихов при помощи пальцев. Дети очень любят играть в теневые игры. В ходе пальчиковых игр дети, повторяя движения взрослых, активизируют моторику рук. Тем самым вырабатывается ловкость, умение управлять своими движениями, концентрировать внимание на одном виде деятельности.

**2. Хорошо зарекомендовали себя упражнения для пальцев и кистей рук с использованием различных предметов:** собирание пирамидок, матрешек, мозаики; нанизывание колец на тесьму; работа с пособиями по застёгиванию молний, пуговиц, кнопок, крючков, замков разной величины; сортировка монет; перебор крупы; работа со спичками; работа с бумагой; лепка (глины, пластилин, тесто); шнуровка на специальных рамках, ботинок; завязывание узлов на толстой веревке, на шнурке, нитке; игры с песком, водой; наматывание тонкой проволоки в цветной обмотке на катушку, на собственный палец (получается колечко или спираль); закручивание шурупов, гаек; игры с конструктором, кубиками; рисование в воздухе; рисование различными материалами (карандашом, ручкой, мелом, красками, углем и т.д.); рукоделие.

**Шнуровка:** При помощи длинной толстой нитки ребенок выполняет следующие задания: а) провести нитку через все отверстия по краю карточки; б) протянуть нитку в каждое второе отверстие; в) провести нитку только через

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

дырочки, обведенные красным (чередую красное и синее и т.д.); г) выполнить обметку через край; д) в центре карточки сделать шнуровку, как в ботинках.

**Работы с трафаретами и лекалами.** Приведенные выше упражнения способствуют развитию не только мышц кисти, их координации, но и глазомера, а также формированию внутренней речи, образному и логическому мышлению.

### **компьютерный класс**

**музыкальный зал** (проведение различных мероприятий, музыкальных занятий, утренников, конференций, различных праздников как для детей, так и для родителей, круглых столов) На базе учреждения про водить семинары - практикумы по актуальным вопросам интеграции и реабилитации детей с ограниченными возможностями, в которых примут участие специалисты учреждений социальной сферы, преподавателей АМГУ, а так же родители, воспитывающие детей-инвалидов. Кроме теоретических занятий, в рамках семинаров проводить психологические тренинги, в задачи которых входит обучение родителей навыкам саморегуляции, развитие коммуникативности, имеющим тяжелые умению нарушения взаимодействовать физического с здоровья.

**логопед** (проводит занятие в группе и индивидуально) диагностика профилактика речевых нарушений, консультативная работа, логомассаж, логоритмика, коррекционные занятия (развитие речевой когнитивной сферы, формирование сенсорных эталонов, развитие пространственно-временных представлений)

**студия «Оригами»** (развитие мелкой моторики кистей рук, усидчивость, концентрация внимания, пространственная ориентация)

**гончарная мастерская «Домовёнок»** (где ребята научатся изготавливать поделки из глины, обжигать их, раскрашивать и выставлять на продажу. Что обязательно отразится положительно в пополнении семейного бюджета.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

**швейная мастерская** (навыки вышивания, шитья, изготовление Театр-рукавичка, пальчиковый, «перчатка», мягких игрушек и.т.д.)

**бассейн - водолечение** (вихревая ванна, подводный душ-массаж, лечебная гимнастика вводе);

**ИЗО студия «Волшебная кисточка»** ( изучение техник рисования: п мокрому, по шёлку, графика, живопись и.т.д.)

**столярная мастерская «Умелые ручки»**, (где ребята будут учиться резьбе по дереву, мастерить скворечники, кормушки, кухонную утварь, и т.д.)

**консультативный приём психолога** и юриста для детей и родителей.  
консультативный приём невролога, ортопеда, врача ЛФК

**физиотерапия** (ультразвук, электросон, магнитотерапия, лекарственный электрофорез, лазеротерапия, парафино- озокеритные аппликации, нормобарическая гипокситерапия); мануальная терапия; массаж; аппаратная рефлексотерапия аппаратом ДЭНА С.

Тесное сотрудничество центра с различными организациями. При достижении ребёнком 18 лет направление его на учёбу, патронат за время учёбы. После учёбы центр подыскивает человеку подходящую работу. Ребёнок должен чувствовать, что он не один, и быть уверенным, что центр поможет ему в решении проблем.

**Центр имеет 2 отделения:** стационар и дневное пребывание. За счёт кругового потока посетителей центр, может больше принять ребят на реабилитацию и социализацию.

Режим работы:

С понедельника по пятницу 8.00 – 17.00

Суббота с 9.00 – 13.00

Распорядок дня

7.00 – подъем, гигиенические процедуры

8.30 – завтрак

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

9.00 тренажеры, бассейн, компьютеры

10.00 – занятия

11.00 – логопед

11.30 – 2 завтрак

12.00 – сенсорная комната

13.00 – обед

13.30 – дневной сон

16.00 полдник

16.30-17.00 – кружки (оригами, изо,»Умелые ручки», «Волшебная кисточка» и др.)

18.00 – ужин

18.30 – 20.00 игровая комната

21.00 - отбой

*Центр может оказывать и платные услуги, а именно:*

Оказание услуг на платной основе

Услуги патронажа (уход за больными на дому и в больнице), осуществляет комплексную реабилитацию детей - инвалидов в домашних условиях. В состав выездной бригады входят: педиатр, невролог, психиатр, врач ЛФК, физиотерапевт, педагоги (логопед, психолог), специалист по социальной работе, массажист.

Платный сестринский уход

Услуги сиделки

Средства реабилитации (коляски, подручные средства), ортопедические товары, товары по уходу за лежачими больными

Обследования (специалисты, анализы)

Транспортировка

## ПРИЛОЖЕНИЕ Е

### **Рекомендации по социальной работе с детьми – инвалидами**

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 происходит в конкретных социальных условиях и направлена на достижение социаль

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

ного 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 учиться 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 Е

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 внутренне

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

го преобразования на общем празднике.

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 Е

Сущность реабилитационного воздействия фактора управления заключается в самостоятельном управлении лошастью. Верховая езда – это искусство, а управление лошастью – 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 лошастью 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 лошастью, 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 лошастью 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 управлять таким прекрасным и грациозным животным порой творит чудеса.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

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 организовать концерты: “Алло, мы ищем таланты!”, где могли бы участвовать все.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

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.

