

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 социальной работы с детьми-инвалидами в специализированных учреждениях (на примере ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный»)

Исполнитель

студент группы 361сб

Е.А. Винс

Руководитель

доцент, канд.социол.наук

Н.Ю. Щека

Нормоконтроль

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 361сб группы
Винс Екатерины Александровны

1. Тема выпускной квалификационной работы: **Организация социальной работы с детьми-инвалидами в специализированных учреждениях (на примере ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный»)**

(утверждена приказом от _____ № _____)

2. Срок сдачи студентом законченной работы – до __10.12.2016__
(согласно индивидуальному графику дипломного 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: материалы теоретического и эмпирического исследования по теме ВКР; Практические рекомендации.

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

6. Консультанты по выпускной квалифицированной работе отсутствуют.

7. Дата выдачи задания – 10.09.2016 года.

Руководитель выпускной квалифицированной работы: Щека Н.Ю.

Задание принял к исполнению: 10.09.2016 года _____ подпись студента.

РЕФЕРАТ

Бакалаврская работа содержит 75 с., 5 приложений, 50 источников.

ИНВАЛИДНОСТЬ, ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ, СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА, СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

В данной бакалаврской работе автором рассматривается специфическая категория объектов социальной работы – дети-инвалиды. Основу методологии изучения затронутой проблематики в данной работе составляют теоретические разработки ученых, исследующих проблемы социальной работы с детьми-инвалидами в специализированных учреждениях.

Цель бакалаврской работы – изучение организационных основ социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный» и разработка рекомендаций по ее усовершенствованию.

Результаты бакалаврского исследования можно использовать в организации учебного процесса, при подготовке бакалаврских и курсовых работ студентов, обучающихся по направлениям социального профиля, а также в практической деятельности специалистов.

В работе использован широкий ассортимент общенаучных и эмпирических методов исследования.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
1 Дети-инвалиды как объект социальной работы	11
1.1 Детская инвалидность в современном обществе	11
1.2 Социальные проблемы детей-инвалидов	22
2 Организационные основы социальной работы с детьми-инвалидами в специализированных учреждениях	27
2.1 Социальная работа с детьми-инвалидами в специализированных учреждениях	27
2.2 Формы, методы и основные направления организации социальной работы с детьми-инвалидами в специализированных учреждениях	35
3 Организация социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный»	43
3.1 ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный» как специализированное лечебно-профилактическое учреждение для детей-инвалидов	43
3.2 Результаты исследования и практические рекомендации по организации социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный»	50
Заключение	67
Библиографический список	70
Приложение А Программа исследования «Анализ организации социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный»	76
Приложение Б Анкета	83
Приложение В Буклет	89
Приложение Г Памятка	91

Приложение Д Социальный проект «Организация социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный»

93

ВВЕДЕНИЕ

Развивающийся в последние годы социально-экономический и общественный кризис спровоцировал чрезвычайную актуализацию проблемы организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Усиление социальной уязвимости данной категории населения, которая объясняется глобальными проблемами государства, а также общее ухудшение состояния окружающей среды, негативно отражающееся на репродуктивном здоровье населения, и, прежде всего, многократное возрастание рождаемости детей с различными патологиями, постепенно способствовали обособленному формированию отдельной социальной группы клиентов социальных служб и учреждений – детей-инвалидов, в отношении которых требуется создание специализированной структуры социальной защиты в целом и специфической государственной социальной политики в частности.

На сегодняшний день организация социальной работы с детьми-инвалидами превратилась из рядовой медицинской проблемы в общенациональную задачу, предполагающую, во-первых, системное взаимодействие для оптимизации этого процесса всего социокультурного окружения человека (семья, дом-интернат, школа и т.д.); во-вторых, активное использование всех направлений социально-регулирующего воздействия (медицинское, финансово-экономическое, психолого-педагогическое и т.д.). В связи с этим сегодня в качестве актуальной научно-практической проблемы предстает изучение как собственно системы организации социальной работы с детьми-инвалидами, так и возможных направлений оптимизации этого явления применительно к различным организационно-правовым формам социальных служб и учреждений социальной защиты населения.

Таким образом, актуальность исследования проблем организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья предопределяется в значительной степени не только научными задачами, но и потребностями практического совершенствования системы социальной работы инвали-

дизинформированным населением различных возрастных групп. Разработка и реализация этого механизма в нашей стране выступает, на наш взгляд, не менее актуальной задачей, чем такие глобальные проблемы, как функционирование правового государства и развития гражданского общества.

Интерес к проблеме организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями, к их социальным проблемам, а также к трудностям, с которыми сталкивается семья, воспитывающая такого ребенка, постоянно растет, что подтверждается увеличением числа исследований, монографий, учебников, статей, посвященных этим актуальным проблемам во всем мире.

Научная разработка проблем организации работы с детьми-инвалидами в новейших российских исследованиях отражает во многом эволюцию оценки общественной значимости этого вопроса в нашей стране в целом. На первом этапе, по-видимому, на основе традиций, сложившихся еще с советских времен, среди работ о социальной работе с детьми с ограниченными возможностями преобладали работы медико-социального характера. Данное направление исследований продолжает развиваться в рамках специальных медицинских работ и публикациях санитарно-гигиенического направления. На втором этапе, в связи с развертыванием изучения проблем социальной защиты и социальной политики в целом, в научном исследовании проблем защиты детской инвалидности значительную часть начали составлять работы социологического характера, в особенности – по проблемам образа жизни и социального регулирования его развития. Наконец, на третьем этапе, который начинается с 2000 гг., по проблемам организации социальной работы детьми-инвалидами появляются как специальные социологические исследования, так и фундаментальные разработки экономических, социально-психологических, педагогических и правовых аспектов проблемы. Однако, к сожалению, большинство из этих работ, во множестве появившихся за последние годы, так и не вышло за рамки диссертационных исследований, что, несомненно, снижает их научно-публицистический уровень и степень использования полученных результатов широкой общественностью.

Актуальность избранной темы исследования определяется не только ее

общественной значимостью на современном этапе развития нашей страны, но и недостаточной научной разработанностью затронутой проблематики.

Как показывает анализ литературы, истоки исследования социальной работы с детьми-инвалидами были заложены еще в трудах таких известных ученых, как П.П. Блонский, П.Ф. Каптерев, Я. Корчак, К. Заблоский, К. Кирейчик и др. Вопросам, затрагивающим теорию и практику социальной работы детьми-инвалидами, посвящены работы В.М. Астапова, О.И. Лебединского, Б.Ю. Шапиро, Л.К. Грачева, Н.Ф. Дементьевой, Э.Ф. Устинова, Е.И. Холостовой, А.И. Осадчих, О.В. Павленко, Д.А. Туболева, Л.П. Храплина и др. Проблемы распространенности инвалидности среди детей, ее структуры, организационные проблемы и региональные особенности данного явления нашли частичное отражение в работах М.Н. Никитиной, Р.К. Игнатьевой, Э.И. Танюхиной и А.Л. Свинцова, А.А. Баранова, Г.В. Тарасовой, А. Ахмедова и других ученых.

Медико-социальные особенности детской инвалидности в целом, вопросы их реабилитации отражены в работах В.С. Анисимова, В.Л. Мартынова, О.В. Грининой, Д.И. Зелинской, И.П. Катковой, Г.С. Окуневой, Н.И. Гурвич и И.А. Камаева. Отдельные аспекты сравнительного анализа заболеваемости детей-инвалидов, их медицинского обеспечения, потребности в отдельных видах медико-социальной помощи представлены в работах Т.М. Максимовой, Г.С. Окуневой и других исследователей.

Таким образом, в отечественной литературе проблема организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями, ее сущности и содержания, влияния социальных факторов на развитие детей-инвалидов разработана недостаточно. Наиболее слабым местом исследования данной проблемы является отсутствие работ, разрабатывающих данную тему системно, во взаимосвязи с различными аспектами социального развития. В имеющихся работах в основном рассматриваются лишь отдельные аспекты образа жизни и развития детей-инвалидов.

Кроме того, недостаточно изучены вопросы организации социальной работы с детьми-инвалидами в целом. Очень мало работ, посвященных регио-

нальным аспектам социальной работы с детьми-инвалидами и оптимизации управления этим процессом. Также слабо исследованы организационные основы работы по решению социальных проблем детей-инвалидов, воспитывающихся в специализированных учреждениях.

Новизна данной бакалаврской работы определена систематизацией теоретических, эмпирических материалов по данной теме, проведение социального исследования, результаты которого отражают актуальное состояние социальной работы с детьми-инвалидами ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный» в городе Благовещенска.

Практическая значимость работы состоит в эмпирическом анализе результатов организации социальной работы с детьми-инвалидами, помимо этого автором разработаны ряд практических рекомендаций направленных на оптимизацию деятельности ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный». Материалы бакалаврской работы могут быть использованы специалистами социальных служб при работе с различными категориями детей-инвалидов.

Объектом бакалаврской работы являются дети-инвалиды

Предмет бакалаврской работы – организация социальной работы с детьми-инвалидами в специализированных учреждениях.

Цель бакалаврской работы – изучение организационных основ социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный» и разработка рекомендаций по ее усовершенствованию.

Достижение данной цели связано с рядом задач.

1. Охарактеризовать детскую инвалидность в современном обществе.
2. Раскрыть основные проблемы детей-инвалидов.
3. Изучить формы и задачи организации социальной работы с детьми-инвалидами.
4. Проанализировать организацию социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный».
5. Сформулировать предложения по оптимизации организации социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный».

ный».

В бакалаврской работе использовались индукции, дедукции, сравнения, обобщения, классификации, анализа документов, метод экспертного опроса, сравнительного анализа статистических данных, социальное проектирование.

1 ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ КАК ОБЪЕКТ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

1.1 Детская инвалидность в современном обществе

Анализ имеющихся публикаций отечественных авторов представляет многообразие подходов к изучению специфики содержания понятий «инвалид», «ребенок-инвалид», «инвалидность» и «детская инвалидность» (А.Антонов, Ю.Волков, И.Гусев, Н.Калашников, И.Лапушанский, Т.Малева, Е.Мартынова, Г.Осадчая, П.Романов, Е.Р. Ярская-Смирнова). Подчеркивается необходимость реализации антропоцентрированной (т.е. ориентированной на конкретного человека и его потребности) социальной политики, усиления практик социальной помощи и поддержки лиц с ограниченными возможностями, оказания им содействия в ходе интеграции в общество. При этом многие ученые обращают внимание на недостаточную степень социальной защищенности детей-инвалидов [15, с. 175].

Трансформация общего подхода к трактовке инвалидности как проявлению нетипичности содержится в работах Т.Добровольской, С.Пешкова, Н.Шабалиной, Ю.Элланского, Е.Ярской-Смирновой, в которых ограниченные возможности, инвалидность рассматриваются как социологические категории, определяемые не столько критериями дифференциальной диагностики и задачами педагогической коррекции, сколько особым социокультурным статусом людей с ограниченными возможностями психического и физического здоровья.

Существуют различные подходы к определению понятия **«инвалидность»**:

1) ограничения возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества (Рекомендации к реабилитационным программам Парламентской сессии Ассамблеи Совета Европы, 5.05.1992 г.);

2) утрата способности к трудовой деятельности (трудоспособности) на длительное время или постоянно в связи с нарушением функций организма, травмой, дефектом, заболеванием и т.п. [12, с. 3];

3) стойкое нарушение функций организм в результате заболевания, травм или дефектов, ведущее к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию [38, с. 201].

В современной соционимической науке имеется также значительное число подходов к теоретическому осмыслению проблем инвалидизации и работы с лицами с ограниченными возможностями. Разработаны также и методики решения практических задач, определяющих специфическую сущность и механизмы этого социального феномена.

Таким образом, на основе анализа теоретических подходов и концепций можно сформулировать следующие итоговые определения для использования в дальнейшей работе.

Инвалид – индивид, имеющий инвалидность, т.е. стойкое нарушение функций организма в результате заболевания, травм или дефектов, ведущее к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию [22].

Некоторые формы наследственной патологии, перенесенные в детстве родовые травмы могут также стать причиной того, что ребенок раннего возраста, еще не прошедший важнейших этапов социализации, оказывается инвалидом. Конкретный дефект накладывает специфический отпечаток на формирование познавательных процессов личности ребенка.

Инвалидность у детей – значительное ограничение жизнедеятельности, приводящее к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем [7, с.54].

Ограничение возможностей детей – процесс, в котором нарушение телосложения, функций организма или условий окружающей среды делают за-

трудной или невозможной деятельностью ребенка или функционирование его органов. В качестве причины ограниченных возможностей может выступать неприспособленность окружающей среды для социализации (например, недостаток или несовершенство образовательных программ; медицинских и социальных услуг, необходимых детям и т.п.) [7, с.55].

Статус *ребенка-инвалида* был в нашей стране впервые введен в 1973 г. К категории детей-инвалидов были отнесены те, кто имеет значительные ограничения жизнедеятельности, приводящих к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, трудовой деятельности в будущем.

Депутаты Государственной Думы РФ приняли федеральный закон, направленный на защиту детей «с ограниченными возможностями здоровья», Закон вводит такую формулировку вместо термина «с отклонениями в развитии» в ряд действующих федеральных законов, в частности «Об образовании», «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ», «О физической культуре и спорте в РФ». Как утверждают авторы законопроекта, термин «с отклонениями в развитии» традиционно в России ассоциируется с таким нарушением состояния здоровья, как «умственная отсталость», и не учитывает возрастных особенностей. Поэтому у детей уже в раннем возрасте формируется комплекс неполноценности, что в дальнейшем связано со значительными проблемами для его семейной, социальной, образовательной или профессиональной интеграции и адаптации. В большинстве развитых стран и в документах Всемирной организации здравоохранения для обозначения этой категории граждан применяется термин «лица с ограниченными возможностями здоровья» [2].

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 [14]. К категории «дети с нарушениями в развитии» относятся несовершеннолетние, у

которых физические и психические отклонения провоцируют нарушения общего развития. Нарушение любой из функций приводит ребенка к затруднениям в развитии исключительно при определенных условиях, потому что его наличие далеко не всегда влечет за собой последующие дисфункции. Так, к примеру, в случае потери слуха на одно ухо или при поражении зрения на один глаз способность воспринимать звук или зрительные сигналы сохраняется. Подобного рода нарушения не ограничивают детей-инвалидов в познании окружающего мира, в общении с другими людьми, не препятствуют овладению учебным материалом и обучению в общеобразовательной школе. Между тем ребенок с проблемами в развитии вследствие своего функционального нарушения нуждается в специфических условиях, в специальном лечении и образовании [15, с.90].

Дети с ограниченными возможностями имеют функциональные ограничения в результате заболевания, отклонений или недостатков развития состояния, внешности, вследствие неприспособленности внешней среды к их особым нуждам, из-за негативных стереотипов, предрассудков в отношении общества к инвалидам.

Показанием для определения инвалидности у детей являются патологические состояния, возникающие при врожденных, наследственных и приобретенных заболеваниях, а также после травм. Вопрос об установлении инвалидности рассматривается после проведения диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Детская инвалидность имеет следующую структуру:

- психоневрологические заболевания - 60 %;
- заболевания внутренних органов, нарушение слуха и зрения - 20 %;
- другие заболевания до 20 % [11].

В структуре причин первичной инвалидности с детства преобладают:

- болезни нервной системы и органов чувств - 41 %;
- психические расстройства - 32 %;
- врожденные аномалии - 9 %;

- болезни эндокринной системы и нарушение иммунитета - 5 % [11].

Особое значение для детей-инвалидов имеет положение законов, утверждающее, что при наличии возможностей умственно отсталый человек должен жить в своей семье или с приемными родителями и участвовать в жизни общества. Семьи таких индивидов должны получать помощь. При необходимости помещения такого человека в специальное заведение необходимо предусмотреть, чтобы новая среда и условия жизни как можно меньше отличались от условий обычной жизни [11, с.193].

Инвалидность детей значительно ограничивает их жизнедеятельность, приводит к социальной дезадаптации вследствие нарушения их развития и роста, утрате контроля за своим поведением, а также способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем. Проблемы инвалидности не могут быть поняты вне социокультурного окружения человека - семьи, дома ребенка, дома-интерната и т.д.

Ограниченные возможности ребенка, инвалидность, 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 этому подходу дети с ограниченными возможностями испытывают функциональные затруднения не только из-за собственно своей болезни, функциональных отклонений или недостатков в развитии, но и неприспособленности физического и социального окружения к их специфическим возможностям.

Попадая в специализированные учреждения, ребенок-инвалид включается в мезо систему отношений. Образования уровня *мезо системы* – это отдельные индивиды, а также службы и организации, активно взаимодействующие с ребенком инвалидом: работники здравоохранения и социального обслуживания, а также специальные реабилитационные или образовательные программы [8].

В *экзо систему* входят институты, в которых ребенок инвалид может не участвовать непосредственно, но которые могут опосредованно оказывать воздействие на ребенка-инвалида:

- средства массовой информации, которые влияют на формирование стереотипа положительного или отрицательного отношения к людям с ограниченными возможностями: например, инвалиды могут быть представлены как жалкие, несчастные, недееспособные существа или же как компетентные, уверенные в себе личности с сильной волей;

- система здравоохранения, дети со значительными нарушениями физического здоровья и взрослых инвалидов, в большой степени нуждаются в помощи системы здравоохранения;

- система социального обеспечения, в современной России для большинства, имеющих детей-инвалидов и взрослых инвалидов, финансовая и иная поддержка государства являются весьма существенными;

- образование, содержание и качество образовательных программ, принцип их организации определяют характер взаимоотношений, доступность и форму образования, степень оказываемой помощи и уровень независимости от ребенка с ограниченными возможностями [22].

Наконец, *макросистему* образуют следующие факторы:

- социокультурные и социально-экономические. С позиции социокультурных факторов, этнических и конфессиональных ценностей, широкого социального окружения воспринимают инвалидность ребенка. Социально-экономический статус ребенка инвалида может определять или отражать характер и уровень ресурсов ребенка инвалида;

- экономический и политический. Состояние экономики и политическая атмосфера региона или страны в целом оказывают большое воздействие на программы для детей инвалидов [17, с.60].

В *медицинских показаниях*, при которых ребенок в возрасте до 16 лет признается инвалидом, включены патологические состояния, приводящие к временному ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации ре-

бенка при тяжелых, но обратимых расстройствах функций организма и систем. Вопрос об определении ребенку инвалидности и ее сроков решают коллегиально врачи специализированной больницы (отделения) после проведения комплексного, адекватного лечения при необходимости продолжения его в амбулаторно-поликлинических условиях в течение длительного времени (более 6 месяцев).

Медицинское заключение на детей-инвалидов оформляется каждые два года, при некоторых состояниях – через 5 и более лет не позднее даты предыдущего медицинского заключения. Одновременно с установлением инвалидности решается вопрос о предоставлении детям-инвалидам вспомогательных бытовых средств и средств передвижения, составлении и реализации индивидуальной программы реабилитации. Решение об установлении ребенку инвалидности фиксируется в медицинских документах ребенка (карта стационарного больного, выписка).

Медицинское заключение по установленной форме оформляется детскими городскими поликлиниками и больницами на основании коллегиального решения специалистов. Медицинское заключение оформляется за подписью главного врача лечебно-профилактического учреждения или заместителя главного врача, заверяется и направляется в трехдневный срок в районный (городской) отдел социального обеспечения. На руки родителям выдается справка, подтверждающая, что медицинское заключение на их ребенка-инвалида направлено в отдел соцобеспечения. Не позднее, чем за один месяц до исполнения 16 лет дети-инвалиды должны быть направлены на освидетельствование медико-социальной экспертизы.

В основе педагогической классификации функциональных нарушений детей-инвалидов 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) [8].

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, которые, согласно Инструкции, являются показателем к установлению инвалидности у ребенка, но, как правило, не приводят к необходимости определения у лиц старше 18 лет.

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 Верьегофа, лимфогранулематоз и т.п.), опорно-двигательного аппарата (полиартриты и т.п.).

Часто в силу своих заболеваний такие дети не могут вести активный образ жизни, сверстники могут избегать общения с ними и включения их в свои игры. Возникает ситуация рассогласованности между необходимостью осуществления нормальной жизнедеятельности ребенка и невозможностью ее полноценной реализации. Социальная депривация углубляется за счет длительного пребывания ребенка в специальных стационарах, санаториях, где ограничен

социальный опыт и общение осуществляется между такими же детьми. Следствием этого является задержка развития социальных и коммуникативных навыков, формируются недостаточно адекватное представление об окружающем мире у больного ребенка [7, с. 48] .

3. Поражение и заболевания глаз, сопровождающиеся стойким снижением остроты зрения до 0,08 в лучшем видящем глазу до 15 от точки фиксации во всех направлениях. Дети с заболеваниями этой составляли 20% от общего числа детей-инвалидов. Психическое развитие детей с дефектами зрения в значительной степени зависит от времени возникновения патологии и от времени начала специальной коррекционной работы, а это (психического развития)дефекты могут быть компенсированы за счет раннего и широкого использования функций сохранных анализаторов [19, с. 163].

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

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

При онкологическом заболевании кризисные ситуации могут возобновляться или прерываться более или менее длительными периодами стабилизации, во время которой производится реабилитация больного. Особенности методов лечения в сочетании с возрастными и межличностными особенностями ребенка ведут к возникновению изменений сначала в физическом, а затем и в психическом его состоянии [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.

В целом, в последние годы отмечается заметный рост числа детей-инвалидов в РФ. На начало 2010 г. их было зарегистрировано 937,4 тыс., что в 4 раза больше, чем в 1991 г. В 2013 г. их насчитывалось около 1210,8 тыс. человек, в 2015 г. уже около 1489,5. Рост численности детей-инвалидов обусловлен как ухудшением здоровья детей в силу экономических, экологических и других факторов, так и расширением – перечня медицинских показаний, при которых ребенок признается инвалидом, и которые были введены в 1991 году постановлением Совмина РСФСР и приказом Минздрава РФ «О порядке выдачи медицинского заключения на ребенка-инвалида в возрасте до 16 лет» [40].

Таким образом, можно говорить о сложности такого социального явления, как детская инвалидность, рассматриваемое в рамках общих теорий инвалидизации и социализации, имеющее свою специфику и требующее разрешения методами и средствами социальной работы; в современном обществе актуальной проблемой является распространение детской инвалидности, ранняя инвалидизация населения; в то же время прогресс как процесс гуманизации общественных отношений с необходимостью требует особого внимания к представителям наименее социально защищенных слоев населения, среди которых дети-инвалиды являются одной из наиболее многочисленных групп, со своими специфическими проблемами и потребностями.

1.2 Социальные проблемы детей-инвалидов

Дети-инвалиды составляют особую социальную группу населения, достаточно неоднородную по своему составу и дифференцированную по возрасту, полу и социальному статусу, занимающую значительное место в социально-демографической структуре общества. Особенностью этой социальной группы является неспособность самостоятельно реализовать свои конституционные права на охрану здоровья, реабилитацию, труд и независимую жизнь. Несмотря на гарантированные Конституцией равные права всем детям России, возможности реализации этих прав у детей-инвалидов различны и зависят от социального статуса родителей [15, с.168].

Специфика социального положения детей-инвалидов состоит в том, что:

1) ограничение жизнедеятельности в этом случае возникает в период формирования высших психических функций, усвоения знаний и умений, становления личности;

2) инвалидность, наступившая в зрелом возрасте, требует восстановления социальных функций человека на основе уже сформировавшейся личности; детская инвалидность порождает еще более серьезную проблему, поскольку накладывает ограничения не только на проявления личности, но и на ее формирование;

3) если соответствующие интеллектуальные и эмоциональные качества ребенка по тем или иным причинам не получают должного развития в раннем возрасте, то в дальнейшем преодоление такого рода недостатков оказывается делом трудным, а подчас и невозможным [2, с. 138].

Дети-инвалиды практически лишены доступных здоровым сверстникам путей получения информации: скованные в передвижении и использовании сенсорных каналов восприятия, они не могут овладеть всем многообразием человеческого опыта.

Они также зачастую испытывают трудности в предметно-практической деятельности, ограничены в проявлениях игровой деятельности, что отрицательно проявляется на формировании высших психических

функций.

Негативные эмоциональные переживания, хроническая неудовлетворенность и т.п. могут приводить к патологическим изменениям характера, искажениям в формировании личности. Все эти особенности детей-инвалидов требует особого подхода в обучении и воспитании.

Специфика воспитания детей-инвалидов состоит в преимущественно коррекционной направленности этого процесса. От лиц, осуществляющих обучение и воспитание, прежде всего, требуется максимально расширить возможности детей для освоения предметно-практического и теоретического опыта. Следует стремиться преодолеть накладываемые инвалидностью ограничения. Особого внимания требует эмоциональное развитие таких детей. Необходимо в доброжелательной и поощрительной манере формировать у них адекватную самооценку и уровень притязаний, стремление к развитию тех способностей и склонностей, которые могут способствовать максимальной самореализации. Создание условий, соответствующих этим требованиям – комплексная проблема, во многом ее решение зависит от гуманистических ориентаций общества и принятых социально-экономических механизмов реабилитации инвалидов.

В связи с социально-экономическими преобразованиями и переходом к рыночным отношениям во всех сферах жизнедеятельности российского социума, отмечается усугубление старых и появление новых социальных проблем, связанных с социализацией детей-инвалидов, решение которых требует новых дифференцированных подходов, учитывающих специфику этой группы населения, особенно в регионах. Политические, экономические, социокультурные преобразования в России привели к обострению демографической ситуации, ухудшению экологической среды, расслоению населения по уровню доходов и качеству жизни, переходу на платные медицинские и образовательные услуги, девальвации семьи как социального института, росту числа неполных семей, увеличению количества беспризорных детей и детей-инвалидов, маргинализации населения, смене нравственных норм и ценностей в обществе. Все эти обстоятельства способствуют возникновению многих социальных проблем детей-

инвалидов [15, с. 78].

Говоря о детской инвалидности, следует обращать внимание и на *этический аспект проблемы*. Эксперты ВОЗ рекомендуют оценивать имеющиеся нарушения в результате болезни или других расстройств и возникшие вследствие этого те или иные ограничения жизнедеятельности, а не наклеивать сразу ребенку ярлык инвалида. Понятие ограничения же жизнедеятельности, характеризующееся чрезмерностью или недостаточностью по сравнению с обычным в поведении или деятельности, может быть временным или постоянным, обратимым и необратимым, а также прогрессирующим и регрессивным.

Можно выделить *шесть основных категорий для оценки характера ограничений жизнедеятельности детей-инвалидов*:

- снижение способности адекватно вести себя;
- снижение способности общаться с окружающими;
- снижение способности передвигаться;
- снижение способности действовать руками;
- снижение способности владеть телом при решении некоторых бытовых задач;
- снижение способности ухаживать за собой.

В современной отечественной научной литературе по данному профилю выделяются следующие *проблемы (барьеры), с которыми сталкиваются дети – инвалиды*.

1. Социальная, территориальная и экономическая зависимость ребенка - инвалида от родителей и опекунов, либо от опеки государственного социального (медицинского, педагогического) учреждения.
2. При рождении ребенка с особенностями психофизиологического развития родительская семья либо распадается, либо усилена опекает ребенка, не давая ему развиваться. В любом случае возрастает нагрузка на социальные учреждения, осуществляющие сопровождение ребенка-инвалида в ситуации временного или постоянного изъятия ребенка из родительской семьи .
3. Выделяется слабая профессиональная подготовка таких детей, включая

раннее вмешательство в умственное и физическое развитие ребенка-инвалида, что в будущем, по мере его взросления, могло бы ему помочь в профессиональном самоопределении.

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

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

6. Сформированность негативного общественного мнения по отношению к инвалидам (существование стереотипа «инвалид – бесполезный» и т.п.), осложняющая процессы социализации ребенка-инвалида, его включения в коллективы сверстников.

7. Отсутствие информационного центра и сети комплексных центров социально-психологической реабилитации, а так же слабость государственной политики в отношении социального сопровождения ребенка-инвалида, находящегося в специализированном учреждении.

К сожалению, барьеры, о которых упомянуто выше – это лишь малая часть тех проблем, с которыми дети-инвалиды встречаются повседневно.

К сожалению, в настоящее время поддержка детей-инвалидов со стороны общества недостаточна для сохранения самой основы семейного воспитания данной категории несовершеннолетних – главной опоры детей. *Основная экономическая и социальная проблема работы с детьми-инвалидами – бедность.* Возможности для развития ребенка-инвалида весьма ограничены.

Материально-бытовые, финансовые, жилищные проблемы с появлением ребенка с ограниченными возможностями увеличиваются. *Жилье обычно не приспособлено для ребенка-инвалида*, каждая 3-я семья имеет около 6 м полезной площади на одного члена семьи, редко – отдельная комната или специальные приспособления для ребенка [13, с. 194]. В таких семьях возникают проблемы, связанные с приобретением продуктов питания, одежды и обуви, самой простой мебели, предметов бытовой техники: холодильника, телевизора. Семьи

не имеют крайне необходимого для ухода за ребенком: транспорта, дач, садовых участков, телефона. Как следствие – дети-инвалиды из таких семей с младенческого возраста передаются в специализированные лечебно-профилактические учреждения, а в дальнейшем – в интернатные учреждения, среда которых в достаточной мере приспособлена для удовлетворения потребности детей-инвалидов в безбарьерном существовании.

Услуги для ребенка-инвалида за пределами специализированных социальных учреждений преимущественно платные (лечение, дорогостоящие лекарства, медицинские процедуры, массаж, путевки санаторного типа, необходимые приспособления и аппараты, обучение, оперативные вмешательства, ортопедическая обувь, очки, слуховые аппараты, инвалидные кресла, кровати и т.д.). Все это требует больших денежных средств [15, с. 84].

Итак, можно констатировать, что дети-инвалиды – это особая социальная группа несовершеннолетних, имеющая существенно важные в социальном плане особенности и требующая по отношению к себе особой социальной политики для решения их специфических проблем.

Таким образом, детская инвалидность – это актуальная проблема современного общества; с детской инвалидностью связан широкий круг социальных 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.

2 ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

2.1 Социальная работа с детьми-инвалидами в специализированных учреждениях

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 [32].

Пространство системы социальной защиты, реабилитации и социального обслуживания детей-инвалидов регулируется целым рядом нормативно-законодательных актов федерального и регионального уровней.

Государственную политику в области социальной защиты инвалидов в РФ, определяет Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ от 24 ноября 1995 г.[43] (*в ред.* Федеральных законов от 10.01.2003 № 15-ФЗ, от 22.08.2014 № 132-ФЗ). В рамках реализации федеральной целевой программы «Доступная среда-2011—2015» для детей-инвалидов реализуется определенный гарантированный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно [1, с.87].

Основной базой реализации социальной работы с детьми-инвалидами являются *специализированные учреждения*.

Специализированные учреждения социальной работы с детьми-инвалидами представляют собой форму организации социальной работы с данной категорией несовершеннолетних, социальную службу, организацию либо учреждение, ориентированные на работу именно с детьми-инвалидами разных возрастных групп и особенностей социального положения; в специализированных учреждениях, как правило, предоставляются узкопрофильные социальные услуги одного/двух направлений деятельности (медико-социальные, социаль-

но-педагогические, психолого-педагогические, социально-правовые, социокультурные и т.п.).

Дети с отклонениями в физическом и умственном развитии содержатся в детских дошкольных учреждениях бесплатно в соответствии с Постановлением Верховного Совета РФ «Об упорядочении оплаты за содержание детей в детских дошкольных учреждениях и о финансовой поддержке системы этих учреждений» от 06.03.92 г. № 2464.

Для детей-инвалидов, состояние которых исключает возможность их пребывания в дошкольных учреждениях общего типа, в системе органов здравоохранения, образования и социальной защиты имеются специальные дошкольные учреждения, куда они могут быть помещены по желанию родителей, а для детей-инвалидов – специальные школы-интернаты.

Можно выделить несколько категорий специализированных учреждений, осуществляющих социальную работу с детьми инвалидами [4, с.7].

В частности к таким учреждениям относятся *реабилитационные центры*, в которых широко используется метод трудовой терапии, основанный на тонизирующем и активизирующем воздействии труда на психофизиологическую сферу человека. Длительная бездеятельность расслабляет человека, снижает его энергетические возможности, а работа повышает жизненный тонус, являясь естественным стимулятором. Нежелательный психологический эффект дает и длительная социальная изоляция неработающего человека. Трудовая терапия как метод восстановительного лечения имеет важное значение для постепенного возвращения больных к обычному жизненному ритму.

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

Бытовая реабилитация – это предоставление инвалиду протезов, личных

средств передвижения дома и на улице (специальные вело - и мотоколяски, автомашины с приспособленным управлением).

Меры социальной реабилитации направлены на решение задач материально-бытовой, материально-технической и социальной поддержки как таковой инвалида с детства и его семьи.

Решение проблемы детской инвалидности в современном обществе должно происходить одновременно как бы в двух плоскостях. Во-первых, это профилактика детской инвалидности, то есть комплекс мер, направленных на ее снижение за счет повышения качества оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и новорожденным, расширение сети медико-генетических учреждений, в задачу которых входили бы как консультации, так и диагностика, особенно дородовая.

Во-вторых, - это реабилитация детей-инвалидов, целью которых является восстановление социального статуса личности, обеспечение социальной адаптации в обществе, достижение материальной независимости.

Если общество не смогло предупредить рождение ребенка с тяжелым недугом, оно обязано обеспечить ему достойную жизнь.

Реабилитация означает процесс, имеющий целью предоставить инвалидам возможность достичь оптимального физического, интеллектуального, психического и социального уровня деятельности и поддержать его, тем самым предоставляя им средства, призванные изменить их жизнь и расширить рамки их независимости. Реабилитация может включать меры по обеспечению и по восстановлению функций или компенсации утраты или отсутствия функций или функционального ограничения. Процесс реабилитации не предполагает лишь оказание медицинской помощи. Он включает в себя широкий круг мер и деятельности.

Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями – одна из наиболее важных и трудных задач современных систем социальной помощи и социального обслуживания. Непрерывный рост инвалидности – с одной стороны, увеличение внимания к каждому индивиду, вне зависимости от его физи-

ческих, психических и интеллектуальных способностей – с другой, повышение представлений о ценности личности и необходимости защищать ее права, характерное для демократического, гражданского общества, - все это предопределяет важность социальной реабилитации [2, с.8].

Основная цель социальной реабилитации связана с обеспечением социального, эмоционального, интеллектуального и физического развития ребенка, имеющего нарушения, и достижением максимального успеха в раскрытии потенциала ребенка для обучения. Другая важная цель отражает ее превентивную направленность в аспекте предупреждения вторичных дефектов у детей с нарушениями развития. Вторичные дефекты возникают либо после неудачной попытки справиться с прогрессирующими первичными дефектами в медицинском, терапевтическом или обучающем воздействии, либо в результате искажения взаимоотношений между ребенком и семьей. Искажение семейных взаимоотношений может быть вызвано несоответствием ожиданий родителей или других членов семьи относительно ребенка.

В систему реабилитации входит значительный набор услуг, что направлено на помощь самим детям. Все услуги скоординированы таким образом, чтобы помочь детям поддерживать индивидуальное развитие и защитить права всех членов семьи. Помощь с максимально возможной степенью должна оказываться в естественном окружении, то есть не в изолированном учреждении. Чтобы успешно осуществлять социальную реабилитацию, необходимо добиваться нормализации всех этих взаимоотношений.

Социальный работник, проводящий реабилитационные мероприятия, который получил инвалидность в результате общего или профессионального заболевания, травмы или ранения, должен использовать комплекс мероприятий, ориентироваться на конечную цель – восстановление личного и социального статуса инвалида – и учитывать метод взаимодействия с клиентом, предполагающий:

апелляцию к личности клиента;

его партнерство с социальным работником в реализации целей реабили-

тации;

разносторонность усилий, направленных на различные сферы жизнедеятельности инвалида и на изменение его отношения к себе и своему недугу;

единство воздействий биологических и психосоциальных факторов;

определенную последовательность – переход от одних воздействий и мероприятий к другим [21, с.87].

При проведении реабилитационных мероприятий необходимо учитывать психосоциальные факторы, приводящие в ряде случаев к эмоциональному стрессу, росту нервно-психической патологии и зачастую – проявлению девиантного поведения. Биологические, социальные и психологические факторы взаимно переплетаются на различных этапах адаптации больного к новым условиям жизнеобеспечения.

При разработке реабилитационных мероприятий необходимо учитывать как медицинский диагноз, так и особенности личности в социальной среде. Этим, в частности, объясняется необходимость привлечения к работе с инвалидами социальных работников и психологов в самой системе здравоохранения, ведь граница между профилактикой, лечением и реабилитацией весьма условна и существует для удобства разработки мероприятий. Тем не менее, реабилитация отличается от обычного лечения тем, что предусматривает выработку совместными усилиями социального работника, медицинского психолога и врача, с одной стороны и клиента и его окружения, с другой стороны, качеств, помогающих оптимальному приспособлению клиента к социальной среде. Лечение в данной ситуации – это процесс, больше воздействующий на организм, на настоящее, а реабилитация больше адресуется личности и как бы устремлена в будущее.

Задачи реабилитации, а также ее формы и методы меняются в зависимости от этапа. Если задача первого этапа – восстановительного - профилактика дефекта, госпитализация, установление инвалидности, то задача последующих этапов – приспособление индивидуума к жизни и труду, его бытовое и трудовое устройство, создание благоприятной психологической и социальной микро-

среды. Формы воздействия при этом разнообразны – от первоначального активного биологического лечения до «лечения средой», психотерапии, лечения занятостью, роль которых возрастает на последующих этапах. Формы и методы реабилитации зависят от тяжести заболевания или травмы, особенности клинической симптоматики особенностей личности больного и социальных условий.

Итак, с наступлением инвалидности у ребенка возникают реальные трудности как субъективного, так и объективного характера при адаптации к жизненным условиям. Инвалидам во многом затруднен доступ к образованию, трудоустройству, сфере досуга, бытовых услуг, информации и каналам коммуникации, общественный транспорт практически не приспособлен для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата, слуха и зрения. Все это способствует их изоляции и чувству отчуждения. Инвалид живет в более замкнутом, обособленном от остального общества пространстве. Ограничение общения и социальной активности создает дополнительные психологические, экономические и другие проблемы и трудности для самих инвалидов. Социально-психологическое самочувствие большинства инвалидов характеризуется неуверенностью в завтрашнем дне, неуравновешенностью, тревожностью. Многие чувствуют себя изгоями общества, ущербными людьми, ущемленными в своих правах.

Еще одним типом социальных учреждений, осуществляющих социальную работу в отношении детей-инвалидов, являются *интернатные учреждения и детские дома*.

Основными целями и задачами данных учреждений является оказание социальных услуг в стационарной форме детям - инвалидам, которые признаны нуждающимися в социальном обслуживании, оказание постоянной, периодической, разовой помощи, получателям социальных услуг в целях улучшения условий его жизнедеятельности и расширения его возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности. Создание условий, необходимых для обеспечения максимально полной социально-психологической абилитации и реабилитации, социально-трудовой адаптации, для воспитания и

обучения детей-инвалидов. Повышение качества предоставляемых услуг путем внедрения в практику инновационных форм и методов обслуживания проживающих.

Для достижения целей и задач интернатные учреждение предоставляет следующие виды социальных услуг детям-инвалидам в стационарной форме: социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-педагогические, социально-трудовые, социально-правовые, услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов.

Детский дом-интернат предоставляет детям медицинские и педагогические услуги в соответствии с имеющимися лицензиями на медицинскую и образовательную деятельности.

Организация реабилитационных мероприятий проводится согласно Индивидуальной Программы Реабилитации (ИПР), результатов психолого-педагогической диагностики и назначения врачей-специалистов. Реабилитационные мероприятия включают в себя следующие пункты:

- физиолечение;
- сенсорная комната;
- фармакотерапия;
- технические средства реабилитации;
- санаторно-курортное лечение;
- консультации специалистов;
- социальная, психолого-педагогическая реабилитация.

Реабилитационные мероприятия проводятся в течение года согласно графика. На основании заключения врача психиатра в учреждении с детьми проводится работа и по социально-трудовой реабилитации детей-подростков, по обучению их навыкам самообслуживания и навыкам ухода за своим жилищем. В детском доме-интернате проводятся развлекательные мероприятия: «День рождения», утренники по всем временам года и календарным датам, Рождественские встречи, День знаний, здоровья, День защиты детей, День инвалида и дру-

гие. Для детей организуются различные поездки: в зоопарк, на море, в парки аттракционов и т.д.

В детском доме-интернате осуществляется: первичная медицинская помощь, лечение хронических заболеваний по назначению соответствующих специалистов. Экстренная и плановая помощь, специализированная помощь оказывается врачами-специалистами, закреплённых лечебно-профилактических учреждений здравоохранения. Один раз в год проводится диспансеризация осмотр всех обеспечиваемых, с привлечением врачей-специалистов (окулиста, отоларинголога, невропатолога, хирурга и др.) и лабораторными обследованиями. После проведенной диспансеризации при выявлении заболеваний воспитанники направляются на консультацию к узким специалистам для дальнейшего решения вопроса по поводу лечения ребенка. Учреждение в достаточном количестве обеспечено лекарственными препаратами. Ежегодно проводится прививочная работа, согласно национальному прививочному календарю, в том числе против гриппа [2, с.7].

Таким образом, нами были охарактеризованы основные типы специализированных социальных учреждений, в которых на системной и постоянной основе осуществляется социальная работа с детьми инвалидами, и основное содержание социальной работы с детьми-инвалидами в них.

Мы считаем, что именно социальная работа призвана помочь ребенку-инвалиду не только приспособиться к окружающей среде, но и оказать воздействие на его непосредственное окружение и на общество в целом, что в свою очередь, облегчает интеграцию в обществе и создает предпосылки для независимой жизни. Рассмотрение многочисленных международных документов потребовалось для того, чтобы выяснить, как трансформировалось общество по отношению к инвалидам. От чисто медицинского подхода постепенно происходило движение к социальному подходу: от представления о том, что общество должно поддерживать инвалидов и окружать их заботой и уходом, произошел переход к признанию приоритета особых нужд инвалида перед потребностями общества в целом.

2.2 Формы, методы и основные направления организации социальной работы с детьми-инвалидами специальных учреждений

Социальная работа – это деятельность, целью которой является обеспечение или восстановление полноценного взаимодействия отдельных людей и общества ради улучшения качества жизни каждого. Социальные работники могут иметь дело с отдельными людьми, семьями или малыми группами, а также организациями и обществом в целом.

Выделяют следующие формы организации социальной работы с детьми-инвалидами в специальных учреждениях

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 попытки купировать прогрессирующие первичные дефекты с помощью медицинского, терапевтического или обучающего воздействия. Проведение ранней социально-реабилитационной работы, помогающей детям-инвалидам достичь понимания и приобрести навыки, более эффективно адаптирующие их, нацелено на предотвращение дополнительных внешних воздействий, способных усугубить нарушение детского развития [21, с.87].

3. 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 логопедический; зимний сад; музыкальный и спортивный залы [12, с.88].

4. Медицинская реабилитация. Созданы отделения физиолечения и мас-

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

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

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

В центрах работают высококвалифицированные специалисты. Это психологи, логопеды, дефектологи, сурдопедагоги, 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 реабилита-

ции 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

5. *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].

6. *Очень распространена такая форма работы, как патронаж, или социальное сопровождение детей-инвалидов,* который определяется как подотчетная профессиональная деятельность, позволяющая детям-инвалидам и их ближайшему окружению 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 ребенком и его законными представителями. Патронаж дает возможность наблюдать ребенка-инвалида в его естественных условиях, что позволяет выявить больше информации, чем лежит на поверхности.

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

деятельность более эффективной.

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

В специализированных учреждениях в рамках различных форм организации 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, оказывающим помощь, и клиентом – ребенком-инвалидом или его 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/ социального работника 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 жизнен-

ных задач, оно способно найти широкое применение и в социально-педагогической практике, нацеленной на реабилитацию ребенка-инвалида и его устройство в замещающую семью.

Необходимость использования этого метода связана с тем, что значительная часть людей, воспитывающих ребенка-инвалида, а также сами взрослеющие дети-инвалиды, находятся 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 - 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 направлены, прежде всего, на развитие умений и навыков, которые помогают семьям управлять своей микросредой, 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. Эта проблема не теряет своей актуальности в течение последних лет. Особо остро она стоит в отношении приемных родителей детей-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. 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. 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 ребенка-инвалида управлять контролируемой мышцей или органом (частью тела) [12, с.89].

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

6. Одним из новейших методов организаций социальной работы детей с детским церебральным параличом является кондуктивная педагогика. Этот опыт получил признание во многих странах мира. Основные задачи кондуктивной педагогики – это: увеличение количества активных действий ребёнка и предупреждение возникновения вторичных дефектов; обучение детей различ-

ным 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 ОВЗ.

Значимым элементом организации социальной работы с детьми-инвалидами являются так же основные направления данной деятельности как:

1. Создание банка данных детей, нуждающихся в технических средствах реабилитации, в дорогостоящих лекарствах, медицинских услугах, которые не могут предоставить лечебные учреждения города. На основании банка данных он организует помощь этим детям.

2. Социальный работник совместно с медицинскими работниками повышает уровень медицинской грамотности родителей по вопросам здорового образа жизни, медицинской реабилитации в домашних условиях, организует проведение конкурсов, праздников, викторин, пропагандирующих заботу о своем здоровье.

3. Информационная деятельность:

– оформление стендов о правах детей – инвалидов и гарантиях и льготах для них и их семей;

– выпускает Памятки для семей с детьми – инвалидами с информацией о правах и льготах, об учреждениях города, работающих с детьми – инвалидами, с перечнем предоставляемых услуг.

4. Привлечение к добровольцев: лиц из числа верующих, представителей Общества Красного Креста и других организаций, которые по убеждению или из чувства сострадания и сочувствия оказывают непосредственную посильную физическую, моральную, психологическую помощь людям, нуждающимся в посторонней помощи. [19]

5. Профилактическая деятельность – это «сознательная, целенаправленная, социально организованная деятельность по предотвращению возможных социальных, психолого-педагогических, правовых и других проблем и достижению желаемого результата» [16].

6. « Мероприятия по реализации социальной реабилитации – это динамичная система деятельности, направленная на достижение полного или частичного восстановления личностного и социального статуса больного методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через его личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий» [17]. Социальная реабилитация своей главной целью считает восстановление или формирование нормативного, личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального и творческого потенциала.

Таким образом, социальная работа с детьми-инвалидами – важное направление обеспечения их социальной защищенности; организация социальной работы с детьми инвалидами в специализированных учреждениях предполагает профилизацию и специализацию используемых форм и методов работы в зависимости от возраста ребенка, специфики его функциональных нарушений, социального статуса и т.п.; включает в себя систематизацию основных направлений деятельности различных специалистов и институтов.

3 ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ В ГБУЗ АО «ДОМ РЕБЕНКА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ»

3.1 ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный» как специализированное лечебно-профилактическое учреждение для детей-инвалидов

ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный» находится в ведомственном подчинении (подконтрольно и подотчетно) Министерства здравоохранения Амурской области. Это некоммерческая организация, созданная для выполнения работ, оказания услуг в целях обеспечения реализации предусмотренных законодательством РФ полномочий в области работы с детьми.

Дом ребенка – лечебно-профилактическое учреждение, созданное для оказания медицинской, педагогической и социальной помощи детям-сиротам, детям, оставшимся без попечения родителей; это учреждение, обеспечивающее комплексную медико-психолого-педагогическую реабилитацию и абилитацию, защиту прав и законных интересов детей раннего возраста, а также жизнеустройство детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Можно сказать, что Дом ребенка предназначен для временного содержания, проживания, воспитания, обучения, социализации, лечения и реабилитации детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. В доме ребенка временно могут находиться дети, попавшие в тяжелую жизненную ситуацию, по заявлению родителей в органы опеки и попечительства (от родителей студентов; от родителей, нуждающихся в стационарном лечении и др.).

Большинство детей, поступающих на воспитание в дом ребенка – социальные сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей. 25-30% детей учреждения являются детьми-инвалидами с ограниченным поражением центральной нервной системы с нарушением психики. Для реабилитации детей-инвалидов и детей с хронической патологией в учреждении имеется необходимое медицинское и педагогическое оборудование.

В дом ребенка принимаются дети с периода новорожденности и содержатся в нем до 3-х летнего возраста, а дети с дефектами физического и психи-

ческого развития – до 4-х летнего возраста. В виде исключения в дом ребенка (общего типа) могут приниматься дети, достигшие 3-х летнего возраста с задержкой физического и психоречевого развития, обусловленной условиями воспитания, если их перевод в детский дом в соответствии с заключением специалистов считается преждевременным.

Воспитанники дома ребёнка представляют собой группу повышенного риска в связи с воздействием социально-биологических и психологических факторов.

В дом ребенка дети поступают, как правило, из лечебных учреждений, в которых находятся в течение нескольких месяцев, ожидая очереди на перевод. Несмотря на длительное пребывание в лечебных учреждениях, имеющих диагностическую базу, нередко дети переводятся в дом ребенка недостаточно обследованными, с неуточненным диагнозом, порой с полным отсутствием анамнестических данных и сведений о профилактических прививках. Дом ребенка, не имея диагностической базы для проведения дополнительного обследования (клинический анализ крови, ЭКГ, УЗИ и т.п.) детей, вынужден за помощью обращаться в педиатрическое отделение Амурской областной консультативной поликлиники, что не всегда возможно в период адаптации детей, а так же по причине карантина в доме ребенка.

Дом ребенка в г. Благовещенске является единственным в Амурской области, рассчитан на 120 детей. Мощность дома ребенка не позволяет принять всех детей, нуждающихся в устройстве в дом ребенка, из-за чего с 1996 года существует очередь на перевод детей из ЛПУ в дом ребенка. Длительность пребывания детей в лечебных учреждениях составляет от 2 до 8 месяцев, что неблагоприятно сказывается на уровне развития и состоянии здоровья детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, препятствует своевременному оформлению пенсий, пособий.

Первым прообразом дома ребенка в г. Благовещенске был принят для призрения сирот, открытый 16 сентября 1894 года на пожертвования лечебно-благотворительного общества. В нем находилось 215 детей в возрасте до 12

лет.

В 1902 году открыт приют-ясли для временного пребывания детей (на период работы родителей). В нем находилось до 30 детей в возрасте от 0 до 6 лет. Через 2 года, в 1904 году, был открыт второй приют – для призрения сирот оставшихся низших чинов, призванных на военную службу в войска на Дальнем Востоке.

После революции на Дальнем востоке создание учреждения продолжили функционирование, а в 1919 году заработал еще один приют-ясли на 30-40 детей.

В 1940 гг. в районах области открыто 2 дома ребенка (установить место их нахождения не удалось). 27 мая 1948 года на 6 сессии городского Совета депутатов трудящихся в целях улучшения здравоохранения города принято решение о передаче здания бывшего управления лагерей военнопленных по ул. Кооперативной (Амурской) под открывающийся дом ребенка.

1 июня 1948 года в г. Благовещенске открыт дом ребенка на 30 коек. На должность главного врача назначена А.П.Яковлева, которая «приняла штат из 16 должностей (старшая медсестра, воспитатель, 5 нянь, повар, помощник повара, сторож, завхоз, швея, кастелянша, бухгалтер, уборщица)». В 1948 году в доме ребенка находилось 27 детей. Причины устройства детей: мать в заключение – 40%, одинокая мать – 30 \%, психическое заболевание матери – 20%, другие причины – 10%.

В 1950 году дом ребенка переведен в здание по улице Калинина, 2. На выделенной территории находилось два здания – кирпичное и деревянное, было достаточно просторно и уютно для 40 ребятишек. В тот период времени в доме ребенка находились здоровые дети. С 1952 по 1964 гг. материальная база учреждения оставалась очень слабой: печное отопление, отсутствие водопровода и канализации, здание требовало капитального ремонта, однако постепенно шло совершенствование лечебно-оздоровительной и воспитательной работы, подготовка к строительству типового здания дома ребенка.

В 1981 г. дом ребенка был перепрофилирован в специализированный для

детей с поражением ЦНС и нарушением психики. В 1989-1990 гг. в городе началось строительство нового типового дома ребенка на 120 мест. Мощность учреждения увеличилась с 60 до 120 коек, штат персонала с 60 должностей до 358,5, а численность физических лиц с 50 до 212.

В 1991 г. в доме ребенка был организован центр реабилитации детей с ДЦП и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. С тех пор квалификационный уровень специалистов вырос (имеют квалификационные категории 79% врачей, в т.ч. 91% - высшую; 60% медицинских сестер; 55% педагогов). На высоком уровне организована медицинская и педагогическая работа коллектива. Успешно осуществляется комплексная медико-психолого-педагогическая реабилитация детей. Дом ребенка достаточно оснащен медицинским оборудованием, игровыми и обучающими пособиями. Ведется работа по осуществлению поэтапного капитального ремонта дома ребенка.

В настоящее время в доме ребенка трудится 15 врачей, 50 медицинских сестер, 52 младших медицинских сестер по уходу за больными (в т.ч. санитарок), 60 педагогов, 35 другой обслуживающий персонал.

Структура Дома ребенка:

- групповые ячейки (9 групп для содержания детей с полным набором обеспечивающих помещений).
- медицинская служба (карантинное отделение, изолятор, медицинский пост, служба физиотерапии, ЛФК и массажа, иммунопрофилактики, патронажа);
- педагогическая служба (в т.ч. логопедическая, музыкальный руководитель);
- социально-правовая служба (социальный педагог, социальный работник, юрисконсульт).
- вспомогательные службы (работники пищеблока, прачечной, водители, подсобные рабочие и др.);
- финансово-экономическая служба (главный бухгалтер, бухгалтера, экономист, кассир).

Задачи деятельности, реализуемые сегодня Домом ребенка, можно сформулировать следующим образом.

1. Проведение комплекса медико-психолого-педагогических коррекционных мероприятий, включающих восстановительное лечение, психолого-педагогическую реабилитацию и социальную адаптацию воспитанников домов ребенка.

2. Защита законных прав и интересов детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

3. Реализация права детей на жизнь и воспитание в семье.

Основные показатели движения контингента воспитанников Дома ребенка представлены ниже в табличной и графической форме.

Анализ статистических данных показывает положительную динамику (возрастание количеств а) численности детей-инвалидов, находящихся в Доме ребенка (табл. 1).

Таблица 1 – Движение контингента детей в Доме ребенка

год	2014	2015	2016
Поступило детей	97	65	102
в т.ч. инвалидов	17	18	23
Выбыло детей	98	82	90
в т.ч. инвалидов	6	4	5

При этом возраст детей, находящихся в Доме ребенка, постепенно сокращается в сторону увеличения доли поступающих детей-инвалидов в возраста до 1 года (табл. 2).

Таблица 2 – Списочный состав детей в Доме ребенка по возрасту

год	2014	2015	2016
Всего детей	116	99	112
в т.ч. инвалидов	17	18	23
В т.ч. до года	30	17	25
1-2 года	39	32	25
2-3 года	36	31	27
старше 3 лет	11	19	4

При поступлении в учреждение наблюдается, как правило, аналогичная картина: в основном в Дом ребенка направляются в последние годы дети, не достигшие возраста одного года (табл. 3, рис. 1).

Таблица 3 – Возраст детей в Доме ребенка

год	Всего детей	В т.ч. до года	1-2 года	2-3 года	старше 3 лет
2014	97	57 (59%)	19 (20%)	21 (22%)	-
2015	65	29 (45%)	25 (38%)	7 (11%)	4 (6%)
2016	102	46 (47%)	25 (25%)	27 (27%)	4(5%)

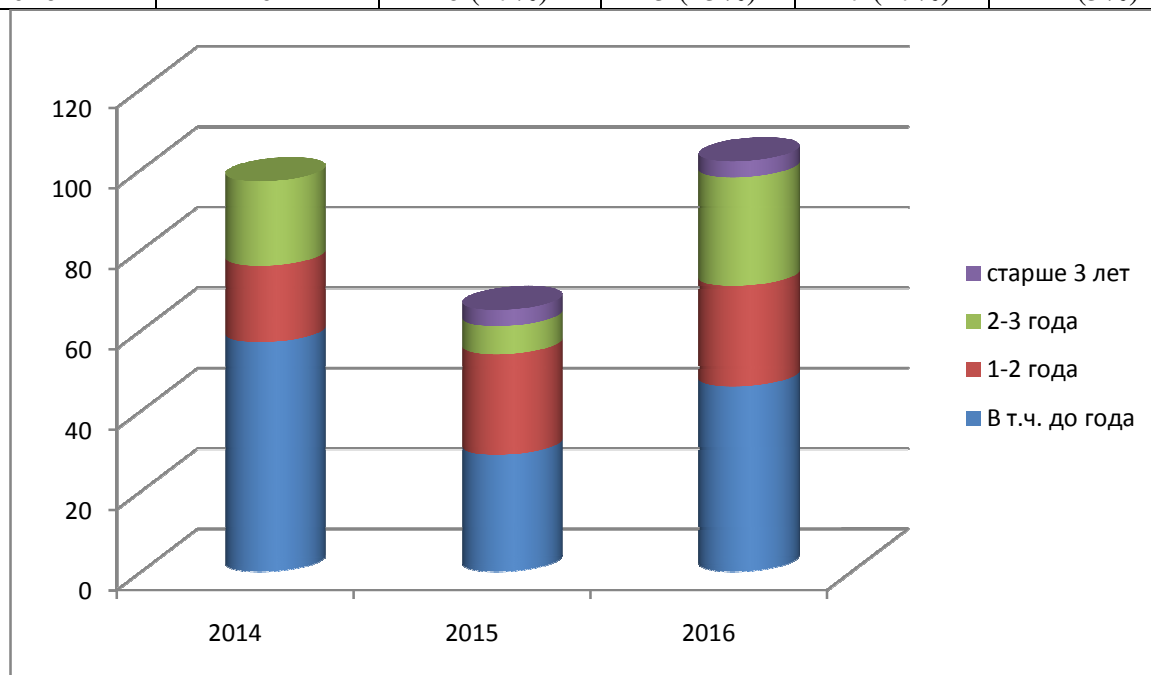


Рисунок 1 – Характеристика движения детского контингента по возрасту

Контингент детей-инвалидов, воспитывающихся в Доме ребенка, отличается определенной спецификой. При дифференциации по причинная направления в учреждение, можно говорить о преимущественно социальных показаниях (лишение родительских прав одного или обоих родителей, ограничение в родительских правах и временное оформление в дом ребенка до принятия решения о дальнейшем устройстве судьбы ребенка и т.п.) (табл.4).

Таблица 4 – Причина нахождения детей-инвалидов в Доме ребенка (в %)

Причина / год	2014	2015	2016
Лишение родительских прав (ЛРП)	57	45	39
Оформлены временно	154	18	37
Ограничение родительских прав (психическое заболевание родителя)	11,9	15,5	9
Мать в местах лишения свободы	0,8	6	7
Отказ от родительских прав	4,3	8,6	2,3
Сирота	4,2	1,7	2,3
Акт о брошенном ребенке	2,6	2,6	1
Другие причины	4,2	16,6	2,3

Неоднороден и состав воспитанников Дома ребенка по состоянию здоровья. Чаще всего это недоношенные дети, имеющие в анамнезе не благополуч-

ное течение внутриутробного периода и родов, заболевание периода новорожденности, неблагоприятную наследственность. Многие дети из неблагополучных семей, имеют неблагоприятный социальный анамнез, который часто сочетается с неблагоприятным биологическим анамнезом (табл. 5, рис. 2). В итоге, к инвалидизации ребенка приводят как минимум факт установки 4 и 5 категорий здоровья; однако бывают случаи, когда ребенок поступал в учреждение уже с установленной группой инвалидности.

Таблица 5 – Группа здоровья детей в учреждении по данным диспансеризации (в %)

Группа здоровья / год	2014	2015	2016
1	0	0	0
2	11	12	10
3	78	80	59
4	2	3	2
5	23	21	28

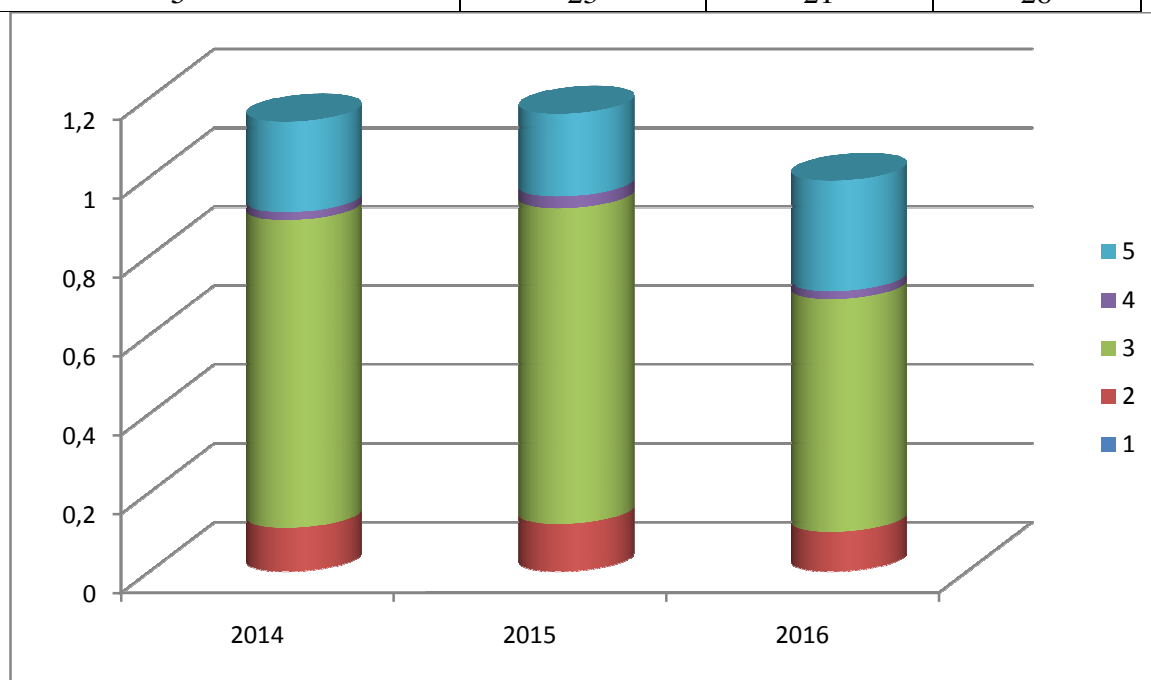


Рисунок 2 – Динамика детей в учреждении по группам здоровья (по данным диспансеризации), в %

В дом ребенка принимаются дети-инвалиды с различными нарушениями деятельности ЦНС, пограничными состояниями, с резким отставанием в развитии, наличием рахита, анемии и других болезней (табл. 6).

Таблица 6 – Нарушения деятельности и развития ЦНС воспитанников Дома ребенка, в %

Патология ЦНС / год	2014	2015	2016
ДЦП	6	5	9
Врожденные аномалии развития ЦНС	3	4	4
Микроцефалии	1	0	0
Гидроцефалии	1	1	1
Генно-обусловленные аномалии	3	3	3
Болезнь Дауна	3	3	3
Относительно здоровые, без патологий	0	0	0

Дом ребенка является специализированным учреждением для детей с различными патологиями в развитии (табл. 7).

Таблица 7 – Патологии развития воспитанников Дома ребенка, случаев заболевания, количество случаев заболевания

Патология / год	2015	2016
Всего заболеваний:	677	691
из них: инфекционные	22	69
болезнь крови	32	19
расстройство питания	22	15
болезни глаза	45	36
болезни уха	44	39
болезни органов дыхания	346	304
врожденные аномалии	126	118
прочие болезни	18	25

Таким образом, ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный» представляет собой специализированное лечебно-профилактическое учреждение, осуществляющее комплексную работу по предоставлению социально-педагогических, социально-медицинских и социально-бытовых услуг для находящихся в данном учреждении детей-инвалидов; клиентской группой Дома ребенка являются дети, преимущественно в возрасте от 0 до 3 лет; воспитанники Дома ребенка составляют группу повышенного риска в связи с воздействием на них социально-биологических и психологических факторов, вследствие чего с детьми, направляемыми в Дом ребенка, осуществляется специализированная по своему содержанию социальная работа.

3.2 Результаты исследования и практические рекомендации по организации социальной работы с детьми-инвалидами с ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный»

Анализ уставных документов и отчетной документации Дома ребенка по-

казал, что основная задача данного учреждения в области организации социальной работы с воспитанниками из числа детей-инвалидов – обеспечить своевременное и полноценное физическое и психическое развитие детей, оптимальное состояние их здоровья, подготовить их к жизни в обществе, облегчить их социальную адаптацию.

Анализ подтвердил, что Дом ребенка занимает особое место в системе общественного воспитания детей-инвалидов раннего возраста. Данное учреждение воспитательно-образовательного реабилитационного направления призвано создавать условия, в которых ребенок, лишенный материнской ласки и внимания, развивался бы нормально, своевременно, всесторонне. Воспитание и лечение детей осуществляют высококвалифицированные специалисты, любящие детей и профессионально выполняющие свою работу.

Медицинскую деятельность учреждение осуществляет на основании лицензий, выданных Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Осуществляется комплексным и единым подходом со стороны всех специалистов (педиатра, невролога, психиатра, психолога, логопеда-дефектолога, врача ЛФК, медсестры по массажу, физиотерапевта, отоларинголога). Работа основана на ранней диагностике отклонений в развитии детей с тяжелыми органическими поражениями ЦНС, синдромом Дауна и другими генетическими нарушениями, а также с врожденными аномалиями развития.

Воспитанники своевременно проходят диспансеризацию (2 раза в год), консультируются в центрах и научно-исследовательских институтах, поступают на плановое обследование в ведущие клиники города, для получения своевременной высококвалифицированной медицинской помощи.

В осуществлении реабилитационных мероприятий участвуют врачи (педиатры, неврологи, физиотерапевт, ортопед, отоларинголог, врач ЛФК, психиатр), педагоги (воспитатели, учителя-дефектологи, музыкальный руководитель), медицинские сестры (по массажу, физиотерапии, процедурные, палатные), младшие медицинские сестры.

В реабилитации детей в условиях дома ребенка помимо медикаментозного лечения широко применяются методы физиотерапии (гальванизация и электрофорез лекарственных средств, амплипульс-терапия, ультразвук и фонофорез, магнитотерапия, электросон, дарсанвализация, ультратон-терапия, УВЧ-терапия, УФО, лазеротерапия, ДЭНС-терапия, парафинолечение, грязевые аппликации, водолечение, аэрозольтерапия, рефлексотерапия, «солевая дорожка»); лечебная гимнастика (индивидуальная и малогрупповая); лечение положением с использованием ортопедических укладок, отводящих шин, гипсовых лонгет, позиционного оборудования; массаж (в т.ч. вибромассаж; криомассаж); элементы иппотерапии. С учетом сложной сочетанной патологии (неврологической, ортопедической, соматической), диагностируемой у детей, эти методы лечения в ряде случаев являются основными, а порой и единственными. Учитывая трудности в самообслуживании детей, страдающих детским церебральным параличом, большое внимание специалисты службы ЛФК и массажа, педагоги уделяют развитию и активизации ручной умелости и закреплению социальных и трудовых навыков у воспитанников. Опыт применения медицинских воздействий, используемых в комплексной реабилитации в условиях дома ребенка, оформлен врачами в виде печатных работ, опубликованных в различных медицинских источниках.

Социальную реабилитацию в Доме ребенка прошли все дети-инвалиды, в течение года побывавшие в нем (табл. 8).

Таблица 8 – Данные о реабилитационных мероприятиях с воспитанниками Дома ребенка из числа детей-инвалидов и детей с ослабленным здоровьем, чел.

	2013 г	2014 г
Всего получили лечение	115	117
С заболеванием нервной системы	174	101
С ортопедической патологией	85	49
С патологией лор органов	17	12
Часто – болеющие дети	79	85

Медицинский персонал дома ребенка работает в тесном контакте с Педагогическим персоналом, что позволяет добиваться оптимального уровня физического, интеллектуального и личностного развития детей. Воспитательно-

образовательная работа в группах общего типа, группах для детей с пограничными состояниями, с выраженными нарушениями центральной нервной системы, но поддающихся реабилитации и обучаемых строится в соответствии с «Программой воспитания и обучения детей в доме ребенка» Министерства здравоохранения – Москва 1987г., разработанной на кафедре физиологии развития и воспитания детей ЦОЛИУВ МЗ СССР при участии НИИ дошкольного воспитания АНИ СССР на основе изучения особенностей развития детей в домах ребенка.

Неотъемлемой частью комплексной реабилитации являются методы социального и психолого-педагогического воздействия. Учителя-дефектологи, работающие в доме ребенка, имеют большой опыт работы с детьми на доречевом этапе развития малышей. Для воспитания и обучения воспитанников имеется набор игровых и обучающих пособий, игрушек, игр, оборудования по различным направлениям коррекционно-педагогической работы. Используются педагогические технологии: музыкотерапия; игротерапия; куклотерапия; арттерапия; элементы методики М.Монтессори и Джеки Кука, агротерапия, изотерапия, сказкотерапия с элементами театрализованной деятельности.

Структура коррекционно-педагогического процесса включает в себя следующие блоки: дидактический; физкультурно-оздоровительный; коррекционно-развивающий и воспитательный.

Организация педагогического процесса, лечения, комплексной реабилитации детей определяется с учетом индивидуальности, возраста, пола, состояния и уровня развития ребенка. На каждого ребенка заполняется карта нервно-психического развития, в которой отмечается динамика в его развитии, за весь период пребывания его в доме ребенка, ведется лист адаптации детей, изъятых из неблагополучных семей, индивидуальный дневник пошагового развития, формирования навыков и умений.

Содержание занятий, их проведение проводятся совместно воспитателем, логопедом, педагогом-психологом. Организация образовательного процесса осуществляется в соответствии с сеткой занятий, рекомендуемой программой

для домов ребенка. Учебная нагрузка распределяется в соответствии с СанПИН и новыми требованиями.

Педагогический состав сотрудников имеет специальную подготовку по дошкольной педагогике, логопедии, психологии. В учреждении созданы все возможные условия для оказания педагогическим персоналом образовательных услуг воспитанникам для реализации государственного стандарта образования.

Показатели развития воспитанников, отражающие последовательность и возрастные сроки формирования умений и навыков представляются на медико-психолого-педагогической комиссии дома ребенка, которая осуществляет комплексную диагностику детей с ограниченными возможностями, формирует адекватные методы коррекционного воздействия и формы его обеспечения, разрабатывает индивидуальную комплексную программу реабилитации, лечения, социальной адаптации, проводит оценку состояния здоровья, дает рекомендации по устройству детей в соответствующие учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также при передаче детей на воспитание в семьи.

Коррекционно-педагогическая работа, проводимая в сотрудничестве с персоналом педиатрической, неврологической, физиотерапевтической службы, службы ЛФК, ежегодно обеспечивает положительную динамику в развитии детей с глубокой задержкой психофизического развития. В результате проводимой работы удается в течение года улучшить психофизическое развитие воспитанников на 1-3 эпикризных срока. Отмечается преемственность в работе медицинского и педагогического персонала. Опыт коррекционно-педагогической работы специалистов дома ребенка систематически представляется на методических объединениях логопедов, учителей-дефектологов, старших воспитателей системы образования и здравоохранения Амурской области.

Контроль за нервно-психическим развитием детей осуществляется по принятым в нашей стране стандартам (показателям), единым для всех дошко-

льных учреждений (домов ребенка разного типа), разработанным на кафедре физиологии развития и воспитания детей ЦОЛИУВ (г. Москва).

Диагностика нервно-психического развития детей впервые годы жизни является одной из важных функций врача и педагога нашего учреждения. Документ, в котором отражены динамика развития и его поведение, является историей развития. Сведения о развитии ребенка врач получает из индивидуальных «Карт нервно-психического развития ребенка». «Карта нервно-психического развития и поведения» заполняется в эпикризные сроки воспитателями и учителями-дефектологами (табл. 9).

Таблица 9 – Данные психофизического развития воспитанников Дома ребенка по данным диспансеризации

	норма	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа
2014 г	0	2	7	20	77
2015 г.	1	12	29	3	21
2016 г.	0	10	59	2	28

В доме ребенка в соответствии с приказом Министерства здравоохранения от 24.01.2003г. № 2 создана *медико-психолого-педагогическая комиссия*, которая осуществляет:

- комплексную диагностику детей с ограниченными возможностями, формирует адекватные методы коррекционного воздействия и формы его обеспечения;
- оценку динамики состояния здоровья ребенка в соответствии с установленными эпикризными сроками, качества лечебного и педагогического процесса и вносит соответствующую коррекцию;
- разработку индивидуальной комплексной программы реабилитации, лечения и социальной адаптации ребенка.

Коррекционно-педагогическая работа, проводится в сотрудничестве с педиатрической, неврологической, физиотерапевтической службой, службой ЛФК, что обеспечивает положительную динамику в развитии детей с различными задержками психофизического развития. В результате комплексной работы всех звеньев, психофизическое развитие воспитанников улучшается на 1-3

эпикризных срока. При поступлении 95% детей имеют пятую группу психофизического развития (табл. 10).

Таблица 10 – Динамика индивидуального развития воспитанников Дома ребенка, представленных на психолого-медико-педагогической комиссии

группа развития	год	2014		2015		2016	
		при поступ- лении	при вы- бытии	при поступ- лении	при вы- бытии	при поступ- лении	при вы- бытии
1. группа		0	1	0	1	0	1
2. группа		1	8	1	8	7	5
3. группа		4	18	4	18	5	8
4. группа		15	7	15	7	5	3
5. группа		19	5	19	5	3	2

Динамика развития детей в доме ребенка имеет большое практическое значение, контроль за динамикой нервно-психического развития позволяет своевременно разработать индивидуальную комплексную программу реабилитации. Ежеквартально во всех группах проводятся медико-психолого-педагогические совещания, результаты диагностики каждого ребенка озвучиваются и протоколируются.

Педагоги проводят промежуточное диагностирование освоения программы и заполняют карты нервно-психического развития детей возрастной группы, заполняют таблицы с выявленным у детей уровнем приобретения интегративных качеств каждым ребенком, проводят количественный и качественный анализ и сдают результаты старшему воспитателю. Старший воспитатель готовит сводную таблицу результатов для каждой возрастной группы и общую аналитическую справку. Итоги обсуждаются на медико-психолого-педагогической комиссии.

В доме ребенка проводится работа по организации преемственности в работе с другими государственными учреждениями, в которые выбывают воспитанники по достижении 4-летнего возраста. При выбытии на ребенка формируется пакет документов, в том числе характеристика психофизического развития. Индивидуальные диагностические данные помогают сотрудникам детских домов прогнозировать и проводить коррекционно-педагогическую работу, воспитательно-образовательный процесс (рис. 3).

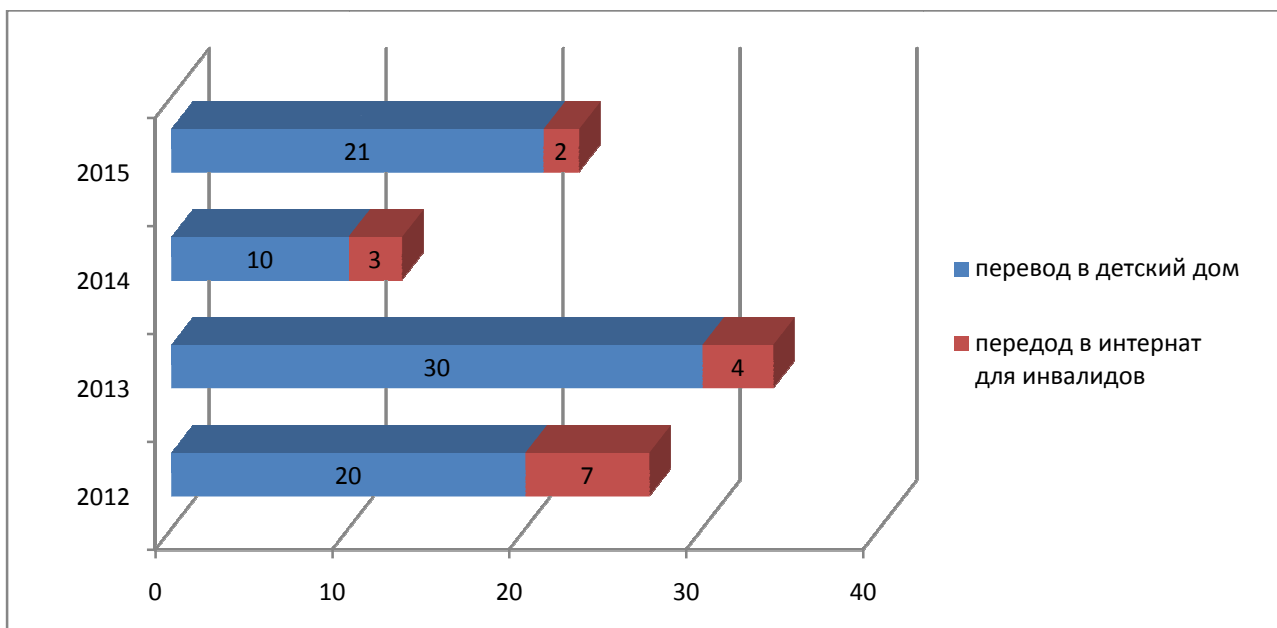


Рисунок 3 – Перевод детей из Дома ребенка в другие учреждения по возрасту

В повседневную деятельность нашего учреждения входят правовые вопросы, в частности охрана прав детей раннего возраста, устройство детей в семьи российских и зарубежных граждан. Знакомство кандидатов в усыновители (в опекуны) осуществляется на основании направления на посещение ребенка, выданное органами опеки и попечительства городов и районов области, либо министерством образования и науки Амурской области, а с 2015 года министерством социальной защиты населения Амурской области (рис. 4, табл. 11).

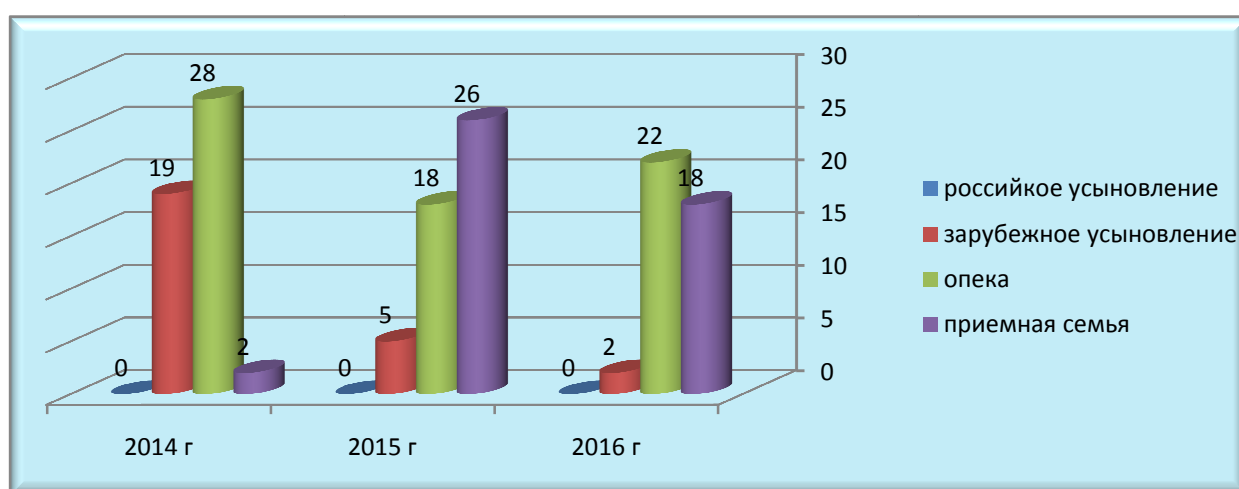


Рисунок 4 – Формы устройства воспитанников Дома ребенка

Таблица 11 – Передача воспитанников Дома ребенка на воспитание в семье и перевод детские государственные учреждения

	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Детский дом № 3 г. Свободный	20	30	10	21
Детский дом № 15 с. Константиновка	-	1	-	-
Детский дом № 17 г. Благовещенск	4	-	-	-
Дом-интернат с. Малиновка	7	4	3	2
Испания	3	1	1	-
Германия	6	5	-	-
Италия	8	3	2	-
Хорватия	2	-	-	-
Австрия	3	-	-	-
Приемная семья	2	4	26	18
Опека	18	26	18	22
Возвращение в семью	8	15	19	25
Российское усыновление	-	2	1	-

Повышение качества воспитательно-образовательного процесса в «дом ребенка специализированный» является важной задачей, стоящей перед каждым дошкольным учреждением. Основой решения проблемы качества образования и воспитания в учреждении является проектирование и внедрение системы управления качеством образовательного процесса. Одной из составляющих этой системы является мониторинг, определяемый как «совокупность апробированный описанных в психолого-методической литературе диагностических методик, позволяющих определить уровень развития качеств ребенка на каждом этапе его возрастного развития».

Цель мониторинга, достижения планируемых промежуточных и итоговых результатов освоения детьми основной программы учреждения – исследование сформированности у детей интегративных качеств:

- физических (физически развитый, овладевший основными культурно-гигиеническими навыками);

- интеллектуальных (любопытный, активный, имеющий первичные представления о себе, семье, обществе, мире и природе, адекватные возрасту, овладевший необходимыми умениями и навыками)

- личностных (эмоционально отзывчивый, овладевший средствами общения и способами взаимодействия со взрослыми и сверстниками, способный управлять своим поведением и планировать свои действия на основе первичных ценностных представлений, соблюдающий элементарные общепринятые нормы и правила поведения).

На основании Федеральных государственных требований к структуре основной общеобразовательной программы дошкольного образования в учреждении разработана, принята и утверждена образовательная программа. В программе имеются разделы раскрывающие мониторинг:

- «Планируемые результаты освоения детьми основной программы».

- «Система мониторинга достижения детьми планируемых результатов освоения программы».

Система мониторинга достижения детьми планируемых результатов обеспечивает комплексный подход к оценке итоговых и промежуточных результатов освоения поставленных задач, позволяет осуществлять оценку динамики достижений детей и включая периодичность и содержание мониторинга.

Итоговый мониторинг проводится с детьми, которые выпускаются из учреждения. Промежуточные результаты освоения Программы раскрывают динамику формирования интегративных качеств ребенка в каждый возрастной период по всем направлениям их развития.

Алгоритм подготовки и проведения промежуточного и итогового мониторинга:

- постановка задач на развитие интегративных качеств у ребенка (задачи из раздела основной программы учреждения «диагностика нервно-психического развития детей от 0 до 4 лет»);

- подбор показателей интегративных качеств по возрастам (показатели подбираются из комплексной и парциальных программ);

- подбор методик, методов диагностирования (мониторирования);
- проведение мониторинга;
- оформление результатов мониторинга.

Для объективности осуществления диагностирования привлекаются воспитатели, учителя-дефектологи, музыкальный руководитель, социальный педагог, педиатр, невролог, психолог. Специалисты учреждения применяют комплекс методов диагностирования – наблюдения, беседы, игровые ситуации и задания, анализ детских работ, контрольные задания в игровой форме.

Результатом проведения комплексной реабилитации воспитанников дома ребенка является снижение процента детей с выходом в ДЦП (с 31 в 1991 году до 9 в 2015 году), снижение процента детей, переводимых в учреждения социальной защиты (с 35 в 1991 году до 6 в 2015 году), а также рост доли детей, переданных на воспитание в семьи (более 40%).

В доме ребенка создана медико-психолого-педагогическая комиссия, которая осуществляет: комплексную диагностику детей с ограниченными возможностями, формулирует адекватные методы коррекционного воздействия и формы его обеспечения; оценку динамики состояния здоровья ребенка в соответствии с установленными эпикризными сроками, качества лечебного и педагогического процессов и вносит соответствующую коррекцию; разработку индивидуальной комплексной программы реабилитации, лечения и социальной адаптации ребенка; оценку состояния здоровья воспитанников домов ребенка и дает рекомендацию по их устройству в соответствующее учреждение для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Социально-правовую службу в учреждении представляют социальный педагог и юрисконсульт. Указанные специалисты работают в тесном взаимодействии.

Автором было проведено собственное исследование для уточнения организационных основ социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный» методом экспертного опроса (Приложение А, Б).

Объект исследования – эксперты (сотрудники ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный»)

Предмет исследования – мнение экспертов об организации социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный».

Были получены следующие результаты.

Все 100% опрошенных согласны, что проблема детской инвалидности является актуальной для Амурской области.

При этом наиболее остро стоящей является задача социальной реабилитации и адаптации детей-инвалидов, в т.ч. на базе созданных специализированных учреждений.

В качестве наиболее важных социальных проблем воспитанников Дома ребенка из числа детей-инвалидов эксперты отметили следующие (эксперты называли несколько проблем):

- социальная, бытовая, физическая и экономическая зависимость ребенка-инвалида от родителей/ опекунов/учреждения – 90% экспертов;

- собственно инвалидность, т.е. проблемы здоровья, физического (100%) и психологического (68%) самочувствия воспитанников;

- при рождении ребенка с особенностями психофизиологического развития семья либо распадается (отсутствие родительского попечения отметили 76%), либо усилено опекает ребенка, не давая ему развиваться (гиперопека особенно актуальна в отношении старших детей, родители которых оставили за собой возможность их посещения – отметили 18%);

- сформированность негативного общественного мнения по отношению к инвалидам с детства (существование стереотипа «инвалид – бесполезный», «инвалид - нахлебник» и т.п.) – 64%;

- проблемы ресурсного обеспечения жизненного функционирования детей-инвалидов, т.е. проблемы материально-технического и финансового оснащения Дома ребенка – 58% (рис. 5).

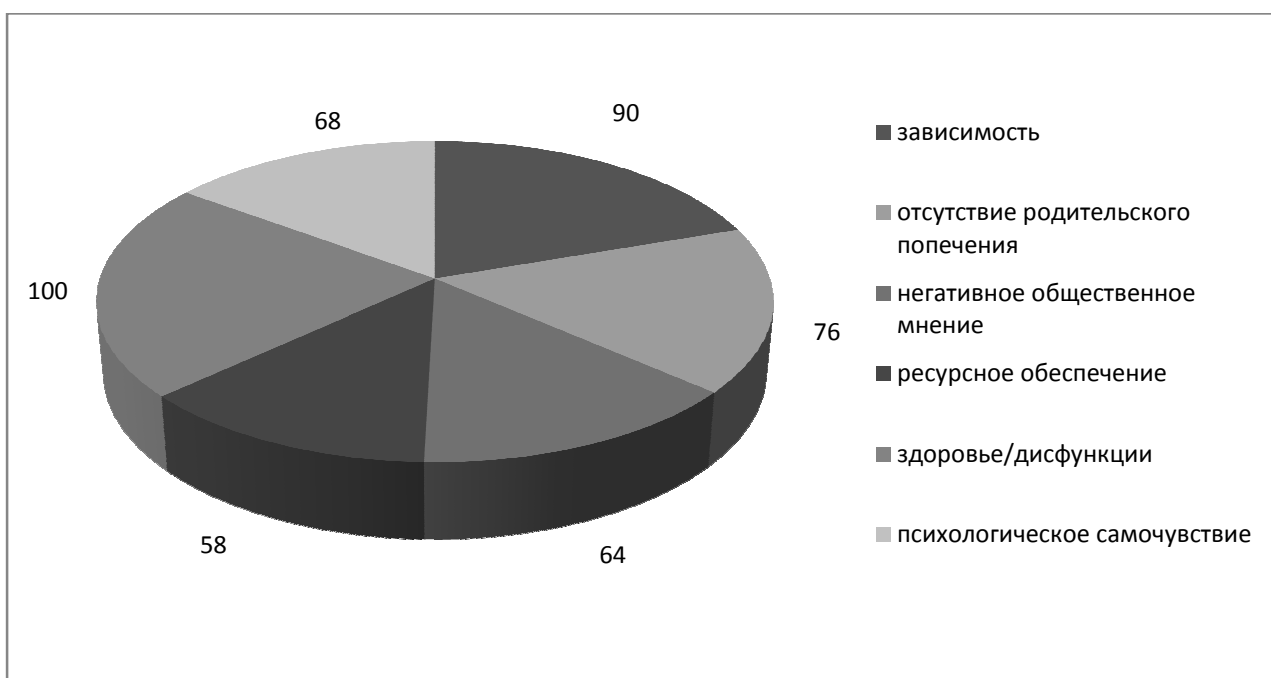


Рисунок 5 – Основные проблемы воспитанников из числа детей-инвалидов, %

Эксперты констатировали, что на базе ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный» в рамках осуществляемой социальной работы реализуются все утвержденные программы индивидуальной реабилитации детей-инвалидов – в полном объеме. Комплексные программы социальной работы, в т.ч. по ее отдельным направлениям – реабилитации, адаптации, терапии, - которые были бы ориентированы не на отдельных воспитанников, а на целевую категорию детей-инвалидов, в Доме ребенка отсутствуют.

К особенностям работы по решению проблем детей-инвалидов в доме ребенка эксперты называли (возможно называть несколько вариантов):

1) раннее начало работы с ребенком – практически с первых дней жизни (100%);

2) индивидуализация работы (с конкретным ребенком, с учетом особенностей состояния именно его здоровья, возраста, характера патологий развития и т.п.) (90%);

3) комплексность и преемственность использования различных средств и методов работы (медикаментозных, социально-психологических, социально-педагогических и иных) (76%);

4) целостность диагностики состояния ребенка и дальнейшей работы с ним (т.е. учет в комплексе социальных, анатомо-физиологических, психофизиологических, педагогических и иных особенностей статуса ребенка-инвалида) (60%) (рис. 6).

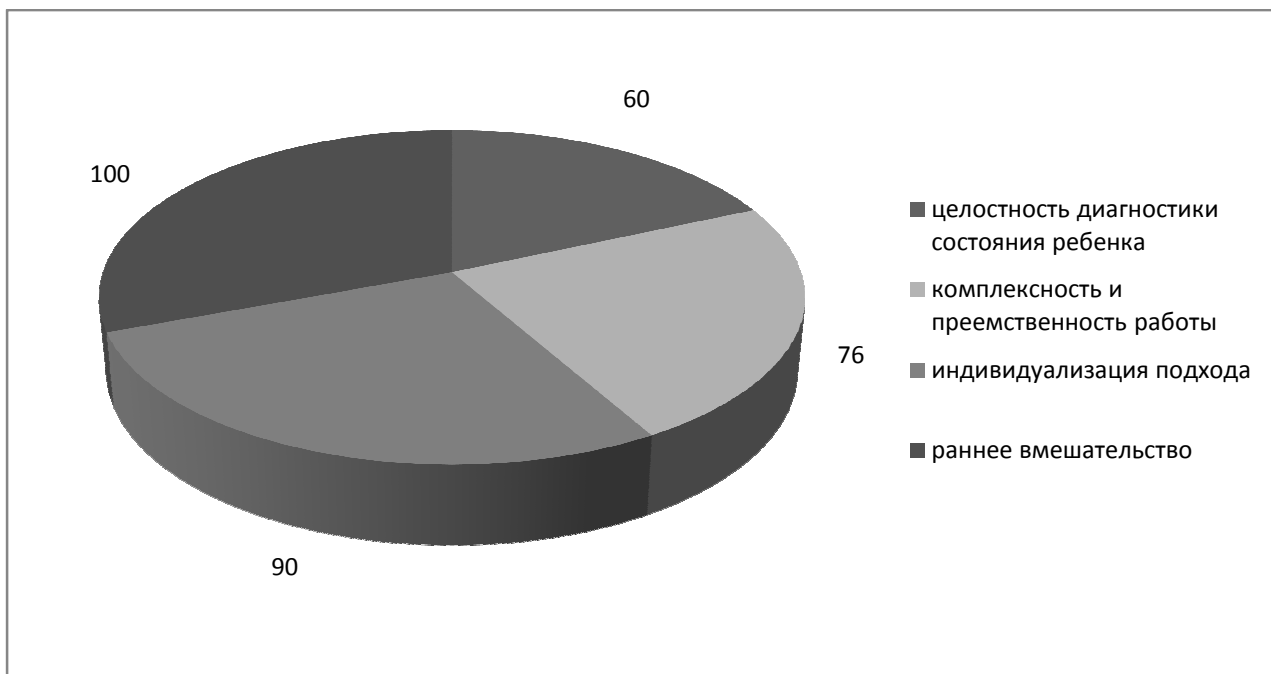


Рисунок 6 – Особенности работы Дома ребенка по решению проблем воспитанников из числа детей-инвалидов, %

Эксперты (100%) отмечают осуществляемое сотрудничество с Министерством социальной защиты населения Амурской области и УСЗН по г. Благовещенску и Благовещенскому району, Министерством здравоохранения Амурской области и подведомственными учреждениями (Амурская областная Детская клиническая больница, 1ая поликлиника г. Благовещенска, областной центр репродуктивного здоровья, др.), научно-исследовательскими и образовательными учреждениями (Институт физиологии и патологии дыхания, Амурская государственная медицинская академия, Амурский государственный университет, Амурский медицинский колледж и др.), городские судебные и правоохранительные органы.

Основное содержание работы с детьми-инвалидами в Доме ребенка эксперты описали следующим образом. Основные направления работы с детьми-инвалидами в Доме ребенка (возможность назвать несколько вариантов ответа):

- диагностика степени недоношенности ребенка, первичного поражения функций организма, имеющих признаки последующей инвалидности (100%);
- поиск путей устройства воспитанника в родную родительскую или замещающую семью (94%);
- документальное оформление инвалидности и иных вопросов реализации прав воспитанников (80%);
- реализация реабилитационных мероприятий в рамках индивидуальной программы реабилитации воспитанников (80%);
- фито и ароматерапия в реабилитации часто болеющих детей (74%);
- профилактика инфекционных заболеваний в Доме ребенка (66%);
- вакцинопрофилактика (60%);
- диагностика и купирование симптомов социально-опасных заболеваний – ВИЧ, СПИД, туберкулез, педикулез, т.п. (60%)
- иное (не конкретизировалось экспертами) (30%) (рис. 7).

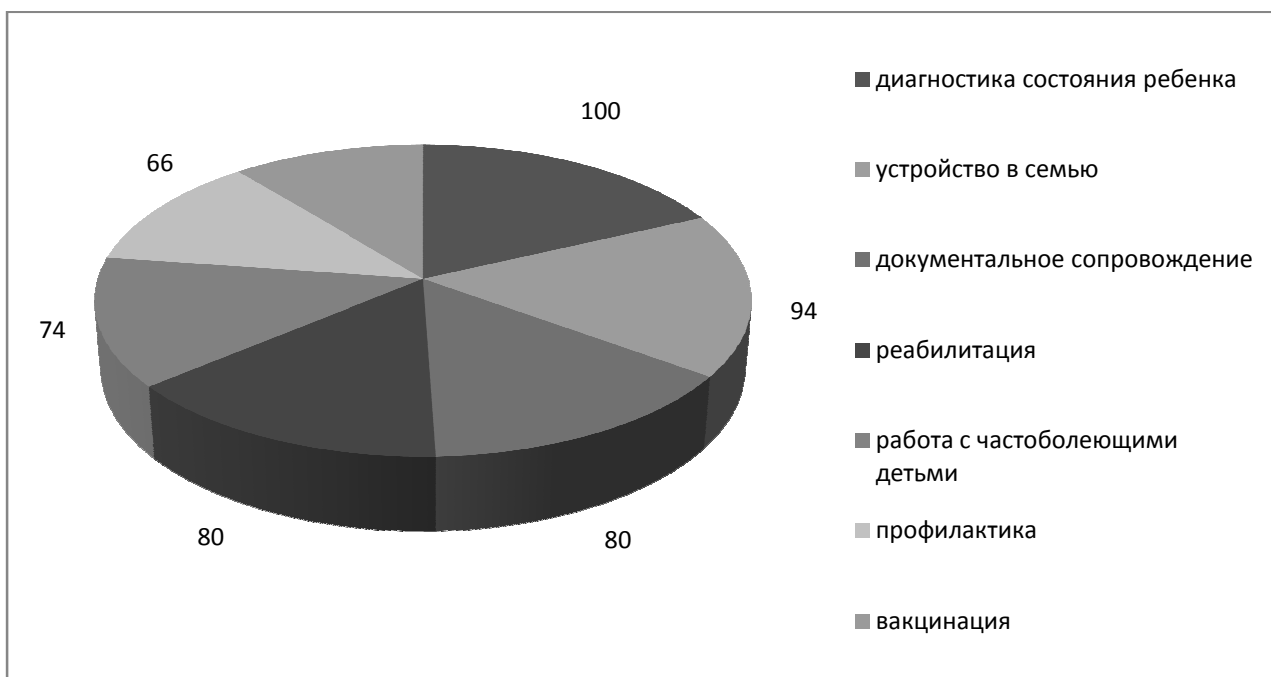


Рисунок 7 – Основные направления работы с детьми-инвалидами в Доме ребенка, %

Для оптимизации существующей практики работы с детьми-инвалидами, по мнению экспертов, требуется обращение к инновационному опыту подобной

деятельности, особенно в случаях отсутствия необходимой информации о должной результативности своей работы (54%), а также при осознании имеющихся проблемных моментах/аспектах (42%).

В качестве необходимых дополнительных форм и методов организации социальной работы с детьми-инвалидами 76% экспертов назвали необходимость создания специализированной, отдельной группы, обособленной территориально в специально оборудованном помещении Дома ребенка, ориентированной именно на работу с детьми-инвалидами.

48 % опрошенных высказали пожелание актуализировать справочно-информационную и методическую работу в области решения проблем детей-инвалидов младенческого и младшего возраста, а также разрабатывать специальные программы и проекты в области решения социальных проблем детей-инвалидов из числа воспитанников Дома ребенка.

По итогам проведенного исследования были сформулированы следующие ***проблемы организации социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный»:***

1) данное учреждение является специализированным, предоставляющим несовершеннолетнему населению узкопрофильные услуги; однако *информации о данном учреждении в свободном доступе явно недостаточно:* отсутствуют информационно-справочные материалы о работе учреждения, за исключением контактных данных на сайте Министерства здравоохранения Амурской области; на момент проведения исследования официальный сайт Дома ребенка прекратил свою работу;

2) дети с ослабленным здоровьем, а также дети-инвалиды составляют значительную долю воспитанников Дома ребенка, однако *содержатся они в общих группах с остальными воспитанниками,* что несколько осложняет доступ к профильным медицинским, психологическим, педагогическим и социальным услугам с учетом специфики состояния здоровья;

3) несмотря на имеющийся опыт по сотрудничеству Дома ребенка с органами опеки и попечительства, а также учреждениями образования, здравоохра-

нения и социальной защиты города; в Доме ребенка *отсутствуют собственные программы и проекты социальной работы с детьми-инвалидами* по решению их социальных проблем.

Для решения обозначенных проблем автором сделаны следующие ***предложения по организации социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный»:***

1) для решения проблемы недостаточного информационного освещения деятельности учреждения рекомендуется разработка справочно-информационных материалов, в т.ч. *буклета* (приложение В), а также *возобновление работы официального сайта* ГБУЗ АО «Дома ребенка специализированный» в сети интернет с размещением на нем актуальной информации; в частности, можно рекомендовать *создание фотогалереи* о тех детях-инвалидах, которые планируются к устройству в семьи, либо судьба которых была успешно устроена – можно предположить, что для потенциальных замещающих родителей детей-инвалидов данная информация будет полезна с точки зрения устранения психологического барьера и страха перед детской инвалидностью, а также ориентирует в среде тех детей, которые могут быть усыновлены или переданы под опеку;

2) т.к. дети-инвалиды составляют значительную долю воспитанников Дома ребенка, можно сделать вывод о целесообразности выделения отдельной группы для детей-инвалидов с собственным помещением, контингентом специалистов и методическим обеспечением, например, предлагается *памятка для родителей, кандидатов в замещающие родители, родственников воспитанников-инвалидов* ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный» (Приложение Г);

3) в качестве варианта проектного обеспечения социальной работы с детьми-инвалидами в Доме ребенка автором предлагается *социальный проект «Организация социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный».*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дети-инвалиды являются особой социально незащищенной группой населения. Особенности детского здоровья и развития оказывают существенное влияние на формирование детской – инвалидности.

Организация социальной работы с детьми-инвалидами очень актуальна, потому, что в г. Благовещенска, 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 выпускной квалификационной работы решены поставленные задачи.

1. Дети-инвалиды (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. Инвалидность детей значительно ограничивает их жизнедеятельность, приводит к социальной дезадаптации вследствие нарушения их развития и роста, потери контроля за своим поведением, а также способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

2. Основными социальными проблемами детей-инвалидов являются барьеры в осуществлении прав на охрану здоровья и социальную адаптацию, образование, трудоустройство, переход на платные медицинские услуги, платное образование, неприспособленность архитектурно-строительной среды к особым нуждам детей-инвалидов в зданиях общественной инфраструктуры (больницах, школах, средних и высших образовательных учреждениях), финансирование государством социальной сферы по остаточному принципу усложняют процессы социализации и включение их в общество. Особо значимой социальной проблемой детей-инвалидов является отсутствие специальных законов и нормативных актов, устанавливающих ответственность органов государ-

ственной власти и управления, должностных лиц учреждений и организаций за реализацию прав детей-инвалидов на охрану здоровья и социальную реабилитацию и независимое существование.

3. 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. Государственную политику в области социальной защиты детей-инвалидов в РФ, определяет Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

4. Организация социальной работы с детьми-инвалидами состоит в оказании содействия ребенку-инвалиду, предоставлении индивидуальной помощи через информирование, диагностику, консультирование, прямую натуральную или финансовую помощь, педагогическую и психологическую поддержку, помощь в адекватной адаптации к условиям среды, социализации и реабилитации, с целью обеспечения культурного, социального и материального уровня жизни.

5. В целях реализации полномочий и соблюдения социальных гарантий, обеспечивающих социальную поддержку детей с ограниченными возможностями здоровья, в Амурской области принят Закон от 28.11.2006 № 246-03, который определяет порядок воспитания и обучения детей с ограниченными возможностями здоровья на дому, размеры компенсации затрат родителей на эти цели и регулирует вопросы воспитания и обучения в дошкольных и общеобразовательных учреждениях области. Разрабатываются целевые региональные программы в области социальной защиты и поддержки инвалидов.

6. Анализ социальной работы с детьми-инвалидами в отделении реабилитации детей с ограниченными физическими и умственными возможностями ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный» показал, что потребность постоянного ухода за ребёнком в ряде случаев приводит к снижению уровня жизни семьи и провоцирует изъятие ребенка и помещение его в специализированное

учреждение. Работа специалистов благовещенского Дома ребенка с ребёнком-инвалидом даёт возможность находящимся в нем детям частично преодолеть изолированность, получение социальных навыков, способствует интеграции детей-инвалидов в среду здоровых сверстников.

7. Однако, результаты проведённого исследования подтверждают, что в организации социальной работы с детьми-инвалидами на базе Дома ребенка имеется ряд проблем, которые возможно решить путем внедрения предложенных автором рекомендаций. На основании этого можно предложить ряд мероприятий по усовершенствованию системы организации социальной работы.

Итак, автором была достигнута поставленная цель бакалаврской работы.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Акатов, Л. И. Психологические основы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности / Л. И. Акатов. – 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, 2014. – 368 с.
- 3 Боровая, Л. П. Социально-психологическая помощь семьям, имеющих тяжело больных детей / Л.П.Боровая // Социально-педагогическая работа. - 2015. - №6. – С. 59-63.
- 4 Букатова, Л.М. «Добро по кругу» /Л.М. Букатова // Библиотека . – 2015. – № 6. – С.564
- 5 Быков, А. В. Психологическая служба в учреждениях социально-педагогической поддержки детей и подростков / А.В. Быков – М.:УРАО, 2015. – 100 с.
- 6 Быков, Д. А. Опыт создания реабилитационного комплекса для детей с ограниченными возможностями / Д. А. Быков // Педагогика. – 2015. – № 6. – С. 231.
- 7 Василькова, Ю. В. Социальная педагогика / Ю.В. Василькова, Т.А.Василькова. – М.: ВЛАДОС, 2013. – 321 с.
- 8 Гембаренко, В.Т. Семья и ребенок с ограниченными возможностями / В.Т.Гамбаренко // Социальное обеспечение – 2014. - №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 за 2000 – 2011 гг. и ее прогноз до 2015 года / Медико-социальная экспертиза и реабилитация / Л. Г Гришина, Н. Д. Таламаева, Э. К. Амирова. – М., 2013. – 244 с.
- 11 Дмитриев, А. В. Проблемы инвалидов / А. В. Дмитриев. – СПб.: Питер, 2015. – 245с.

12 Зайнышев, И. Г. Технология социальной работы: учебное пособие для студентов высших учебных заведений /И. Г. Зайнышев. – М.: Гуманитарное издательство Владос, 2014. – 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 12.10.2015 №400-ОЗ) //Амурская правда. - №2. - 11.01.2015.

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» //Амурская правда. - №17. -18,25.11.2015.

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) //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 07.06.2014 №345-ОЗ) //Амурская правда. -№ 240. - 20.12.2014.

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

18 Здоровоохранение и медицинское обслуживание в Амурской области: ЗАП. - Благовещенск: Амуроблкомстат, 2014. – 54 с.

19 Здоровоохранение и медицинское обслуживание в Амурской области: статистический сборник. – Благовещенск: Амуроблкомстат, 2014. – 106 с.

20 Колпакова, О. Использование инвалидовных социальных технологий реабилитации детей в летний период / О. Колпакова // Социальное обеспечение – 2014. - №6 . – С.183.

21 Коновалова, М. П. Социокультурная реабилитация детей с ограниченными возможностями в процессе информационно-библиотечного обслуживания

ния / М. П. Коновалова. // Вестник Московского государственного университета культуры и искусств – 2014. - №2. – С. 103-107.

22 Кулагина, Е.В. Семьи с детьми инвалидами: социально – экономическое положение / Е. В. Кулагина // Народонаселение. – 2015. – № 1. – С. 20 – 32.

23 Ляпидиевская, Г. В. О создании в России сети реабилитационных центров для детей и подростков с ограниченными возможностями / Г. В. Ляпидиевская // Вестник психо-социальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2010. - №2. – С. 448.

24 Малофеева, Т., Васин С. – Инвалиды в России / Т. Малофеева, С. Васин. // Pro et contra. – 2015. - №3 – С. 205.

25 Настольная книга специалиста. Социальная работа с инвалидами. - М: ВЛАДОС, 2010. – 153 с.

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

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

28 Основы социальной работы: Учебник / Отв. ред. П. Д. Павленок. – М.: Инфра, 2013. – 345 с.

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

30 Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» (в редакции Федерального закона от 30.06.2007 №120-ФЗ: Федеральный закон от 24.07.1998 №124-ФЗ // Собрание законодательства РФ. - № 31. - Ст. 3802.

31 О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросу о гражданах с ограниченными возможностями здоровья: Федеральный закон от 8.06.2007 № 163249-4- ФЗ //Собрание законодательства РФ. - № 31. - Ст. 3823

32 Пособие по технологии работы с детьми с ограниченными возможностями / под ред. Л. Г. Гусяковой. – М.: Социальное здоровье России, 2011. – 210 с.

33 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».

34 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».

35 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.

36 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 26.03.2011, №28) // Бюллетень Минтруда РФ. – 2011. -№8. – Ст.200.

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

38 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 23.01.2014 № 2) //Бюллетень Минтруда РФ. – 2014. - №5. – Ст. 145.

39 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» //Бюллетень Минтруда РФ. – 2011. - № 4. – Ст. 267.

40 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» //Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. - 02.06.2013. - №3. – Ст. 240.

41 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». -М.: ИПК Издательство стандартов, 2010.- 50 с.

42 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. – 35 с.

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

44 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».

45 Романов, М. Р. Реабилитация инвалидов / М. Р. Романов. - М.: Вагриус, 2011. – 175 с.

46 Российская энциклопедия социальной работы / Под ред. А.

- И.Панова, Е. И. Холостовой. – М.: Институт социальной работы, 2011. – 364 с.
- 47 Российский статистический ежегодник: Стат.сб. /Госкомстат России. – М.: Светоч, 2012. – 568 с.
- 48 Словарь основных понятий по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями / под ред. Гусяковой Л. Г. – Барнаул: Издательство АГУ, 2011. – 63 с.
- 49 Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями / под ред. А . Поликова. – М.: КТМУ, 2013. – 207 с.
- 50 Социально-экономическое положение Амурской области: Доклад. – Благовещенск: Амуроблкомстат, 2012. – 173 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Программа социологического исследования

***«Анализ организации социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ
АО «Дом ребенка специализированный»***

В течение последних нескольких лет в результате социально экономического кризиса наблюдаемого в российском обществе произошла корректировка организации социальной работы с детьми инвалидами. 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 организации социальной работы 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 – эксперты (сотрудники ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный»)

Предмет исследования – мнение экспертов об организации социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный».

Продолжение Приложения А

Цель исследования – изучение организации социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный»

Задачи исследования:

1. Установление общих тенденций, проверка существующих теорий, их интерпретация или выдвижение новой концепции по решению социальных проблем детей-инвалидов в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный»
2. Проанализировать основные направления, формы и методы организации социальной работы с детьми-инвалидами ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный»
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 ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный»
4. Выявление основных социальных проблем присущих детям инвалидом.

Интерпретация основных понятий

Инвалидность - нарушение здоровья человека со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной работы. При этом под ограничением жизнедеятельности понимается полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Инвалид - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной работе.

В соответствии с Законом РФ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» в зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид».

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.

На основе анализа понятия социальная проблема можно выделить показатели, отражающие способность ребенка с ограниченными возможностями здоровья ориентироваться в изменяющихся условиях и возможности осуществить свое право на социальную защиту, на создание условий для нормальной жизнедеятельности ребенка-инвалида, и возможности улучшить свою жизнедеятельность.



Объективные признаки:

- удовлетворенность качеством жизни;
- условия для нормальной жизнедеятельности;
- обеспечение льготами.

Субъективные признаки:

- инициативность;
- целеустремленность;
- желание жить по законам общества.

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

Социальные проблемы детей-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, указанных в уставе общественного объединения.

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

Социальная служба - предприятия и учреждения, независимо от форм собственности предоставляющее 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.

Учреждение социального обслуживания - учреждения, предназначенные для предоставления социальных услуг и помощи гражданам пожилого возраста, инвалидам, иным социально уязвимым группам населения

Операционализация основных понятий

Структурная операционализация



Рисунок А1- Структурная операционализация

Факторная операционализация

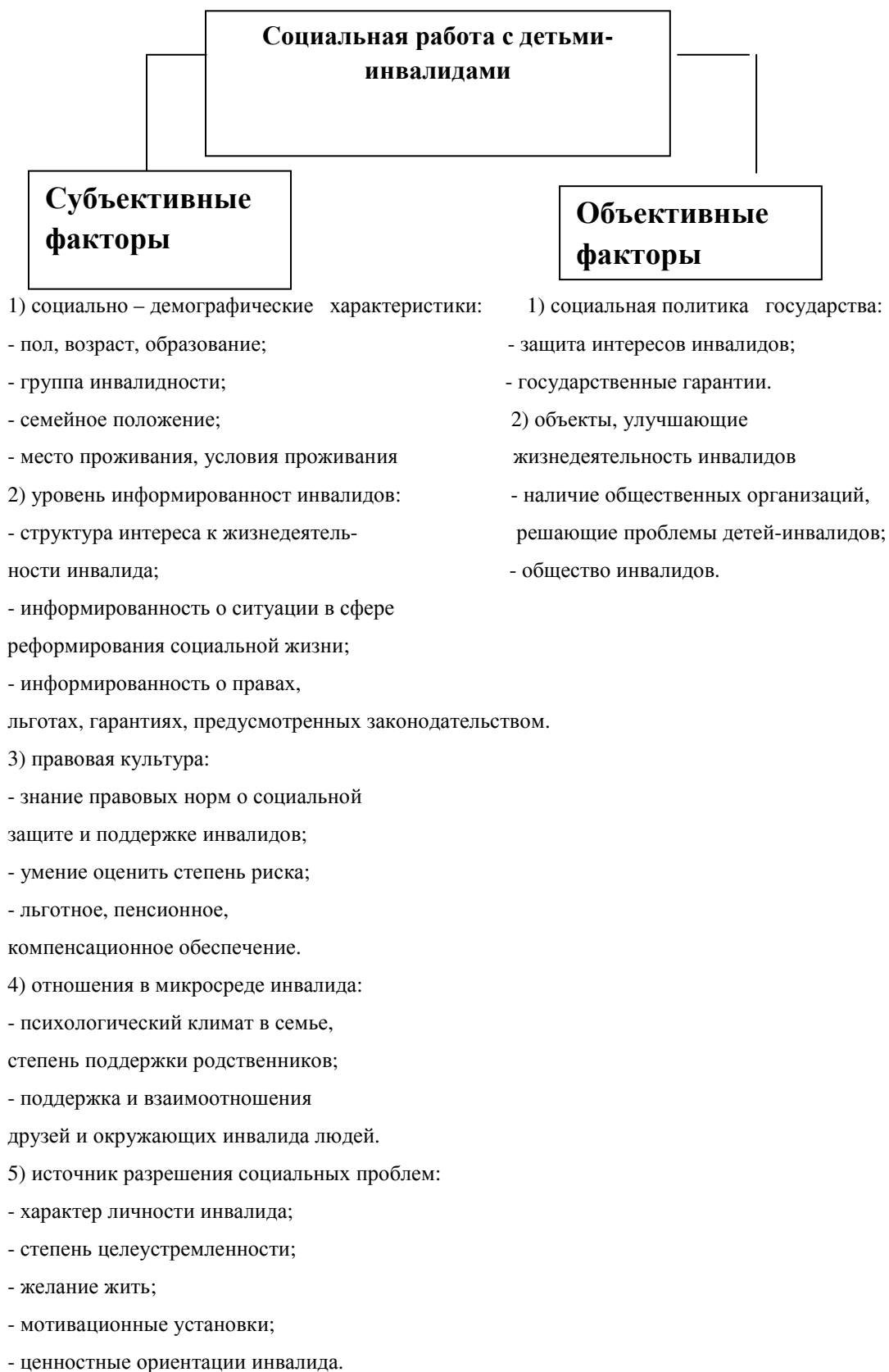


Рисунок А.2 - Факторная операционализация

Метод исследования - экспертный опрос.

Гипотеза: Организация социальной работы с детьми инвалидами в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный» осуществляется на систематичной основе, что позволяет решить основные задачи данного учреждения при этом можно отметить отдельные проблемы.

Формирование выборочной совокупности из числа сотрудников.

Выборочная совокупность составлялась на квотной основе, числовой аналог квоты конгруэнтен генеральной совокупности .

Отбор экспертов велся по следующим критериям:

- должность;
- стаж работы в учреждении;
- функциональные обязанности

Соответственно было выделено 2 группы экспертов:

1. Медицинский персонал, работающий с детьми инвалидами
2. Социально-педагогический персонал.

В каждой из групп экспертов было определено по 30 человек, таким образом количество выборочной совокупности составило 60 человек.

Таблица А1 – План исследования

	Содержание деятельности	Сроки
Начальный этап	1.Разработка программы	04.10. -13.10.
Основной этап	2.Разработка инструментария	14.10. -28.10.
	3.Проведение исследования	1.11. - 10.12.
	4.Обработка первичной информации	11.12. -15.12.
Завершающий этап	5.Обработка, анализ и интерпретация данных, получение эмпирически обоснованных выводов	16.12. -20.12.

База исследования - ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный»

Сроки исследования 04.10.16 по 20.12.16г.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

АНКЕТА

«Анализ организации социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный»

Уважаемый эксперт!

Проблема детей-инвалидов в ГБУЗ АО « Дом ребенка специализированный» 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 организацию социальной работы, а также предложить способы её оптимизации.

Анкета анонимна. Результаты анкетирования будут использованы в обобщенном виде.

1. Как Вы считаете, насколько распространенной является детская инвалидность в Амурской области?

2. Какие основные социальные проблемы испытывают дети – инвалиды в Амурской области?

3. Какие виды социальной помощи детям инвалидам осуществляется в нашем учреждении?

4. В каких формах в нашем учреждении организована социальная помощь детям инвалидам?

5. Какие из них являются наиболее эффективными? И почему?

6. Назовите основные направления организации работы по ликвидации неблагоприятия детей инвалидов существующих в нашем учреждении?

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

8. Рассматриваете ли Вы инновационный опыт в качестве источника совершенствования организации социальной работы с детьми-инвалидами?

- а) нет, особенно при отсутствии необходимой информации;
- б) да, но при разрозненности узнать о новшествах трудно;
- в) да, причем, ищу любую возможность знакомства с новаторами.

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

9. Как вы считаете, достаточно ли в нашем учреждении организована социальная помощь детям инвалидам?

10. Какие формы и методы организации социальной работы с детьми- инвалидами необходимо ввести в нашем учреждении дополнительно?

11.Какие проблемы существуют в организации социальной работы в нашем учреждении?

12. Какие проблемы детей инвалидов удастся решить в нашем учреждении?

13. Какие проблемы детской инвалидности воспитывающихся в нашем учреждении не удастся решить? И почему?

14. С какими гос. учреждениями, сотрудничают наше учреждение?

15. В чем заключается сотрудничество?

16. Как можно улучшить это сотрудничество?

17. Какие существуют при этом проблемы?

18. С какими общественными организациями сотрудничает наше учреждения?

19. В чем заключается сотрудничество?

20. Как можно улучшить это сотрудничество?

21.Какие существуют при этом проблемы?

22.С какими частными общественными организациями сотрудничает наше учреждение?

23.В чем заключается сотрудничество?

24.Как можно улучшить это сотрудничество?

25.Какие существуют при этом проблемы?

26. Как по вашему мнению улучшить организацию социальной работы в нашем учреждении?

Сведение о респондентах. Ответе на несколько вопросов о себе

27. Ваш пол?

1. Женский?
2. Мужской?

28. Ваш возраст?

1. 20-25
2. 25-30
3. 30-35
4. 35-40
5. 40-45
6. 45-50
7. 50-55
8. 55-60

29. Ваше образование?

1. Среднее?
2. Высшее?
3. Другое?

30. Ваше должность?

1. Воспитатель?
2. Мед. работник?
3. Другое?

31. Стаж работы в учреждении?

Спасибо за сотрудничество!

ПРИЛОЖЕНИЕ В

БУКЛЕТ

ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный» - лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, у которых имеются различного рода ограничения физического и психического здоровья.

Перечень услуг, предоставляемых детям-инвалидам:

- медицинские;
- социально-медицинские;
- социально-педагогические;
- психолого-педагогические;
- социально-культурные.

Адрес:

г. Благовещенск, ул. Воронкова. 28

Телефон: (4162) 36-50-26,
(4162) 36-27-06



ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

**"ДОМ РЕБЕНКА
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ"**



г. Благовещенск



**В ГБУЗ АО
«Дом ребенка
специализированный»**

принимаются следующие категории детей:

- дети с периода новорожденности, содержатся до 3-х летнего возраста;
- дети с дефектами физического и психического развития – содержатся до 4х летнего возраста;
- дети, достигшие 3х летнего возраста, с задержкой физического и психоречевого развития, если их перевод в детский дом в соответствии с заключением специалистов считается преждевременным (в виде исключения).



В Доме ребенка помогают детям-инвалидам адаптироваться в окружающем мире



ОБРАЩАТЬСЯ МОЖНО:

директор Ламекина Людмила Ивановна
Телефон: (4162) 49-55-87
E-mail: childhome@amur.ru

Приложение Г

ПАМЯТКА

для родителей, кандидатов в замещающие родители, родственников воспитанников ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный»

Уважаемый посетитель!

Вы планируете посещение специализированной группы для детей-инвалидов.

Ваш малыш (опекаемый либо усыновленный Вами, либо планируемый под опеку/попечительство/усыновление) находится в нашем доме ребенка, где ему оказывается комплексная медицинская, педагогическая, психологическая и социальная помощь. Перед посещением просим Вас внимательно ознакомиться с этой памяткой. Все требования, которые мы предъявляем к посетителям дома ребенка продиктованы исключительно заботой о безопасности и комфорте воспитанников.

1. Ребенок находится в нашем учреждении на реабилитации и лечении, его организм сейчас особенно восприимчив к инфекции, поэтому если у Вас имеются какие-либо признаки заболеваний (насморк, кашель, боль в горле, недомогание, повышение температуры, сыпь, кишечные расстройства) не заходите в дом ребенка – это крайне опасно для Вашего ребенка и других детей. Сообщите медицинскому персоналу о наличии у Вас каких-либо заболеваний для решения вопроса о том, не представляют ли они угрозу для Вашего ребенка.

2. Перед посещением ребенка необходимо снять верхнюю одежду, надеть бахилы, одеть входной халат, маску, тщательно вымыть руки.

3. В дом ребенка не допускаются посетители в состоянии алкогольного (наркотического) опьянения.

4. В специализированной палате для детей-инвалидов могут находиться одновременно не более 2-х посетителей. Не разрешается посещать воспитанников детям в возрасте до 14 лет. Не разрешаются посещения в период каран

тинных мероприятий.

5. Посетитель обязан не нарушать режим дня воспитанников, пропускной режим учреждения, не затруднять оказание медицинской и реабилитационной помощи, выполнять рекомендации медицинского и педагогического персонала.

6. В доме ребенка следует соблюдать тишину, не прикасаться к медицинскому оборудованию, общаться с детьми корректно, неукоснительно выполнять указания медицинского и педагогического персонала, не затруднять оказание медицинской и педагогической помощи другим детям.

7. Для организации посещения воспитанников, необходимо предварительно согласовать по телефону дату и время посещений.

8. Посетители воспитанников могут приносить детям передачи в соответствии с Правилами посещения воспитанников.

9. Если Вы проживаете за пределами города Благовещенска, то возможно для поддержания родственных связей организовать общение с ребенком по телефону.

Контакты посетителей с детьми могут быть запрещены (ограничены) в случае нарушения установленных учреждением правил общения с ребенком.

С более подробной информацией о деятельности учреждения Вы можете ознакомиться на стенде, в информационных буклетах и брошюрах и на сайте учреждения.

Обращаем Ваше внимание на то, что в доме ребенка ведется видеонаблюдение.

Запрещается курение и употребление спиртных напитков в доме ребенка и на его территории.

С памяткой ознакомлен (-а, -ы).

Обязуюсь (-емся) выполнять указанные в ней требования.

Ф.и.о. _____ Подпись _____

«___» _____ 201__ года

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

ПРОЕКТ

«Организация социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный»

Анализ статистических данных демонстрирует факты увеличения численности рождающихся детей с ограниченными физическими и умственными возможностями. Распространение функциональных патологий обуславливает рост случаев установления инвалидности детям в младенческом и младшем возрасте.

Обнаруженная проблематика распространения масштабов детской инвалидности в г. Благовещенске и Приамурье актуализирует необходимость поиска организационных форм осуществления деятельности по решению проблем детей-инвалидов разных возрастов. В связи с ориентацией в данном случае преимущественно на детей-инвалидов самого младшего возраста, далее речь пойдет об организации социальной работы с детьми-инвалидами на базе специализированного учреждения – ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный», который в рамках реализации предложенного проекта должен обеспечить условия и базу осуществления необходимых преобразований окружающей среды и оптимизацию существующей практики работы с данной категорией населения.

Объект – дети-инвалиды, находящиеся на воспитании в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный» (г. Благовещенск).

Предмет – социальная работа с детьми-инвалидами в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный» (г. Благовещенск).

Цель проекта – создание условий для организации социальной работы с детьми-инвалидами в ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный» (г. Благовещенск).

ЗАДАЧИ ПРОЕКТА:

- 1) Увеличение внебюджетного финансирования

2) Улучшение качества предоставляемых социальных услуг

Субъекты – персонал ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный» (г. Благовещенск):

15 врачей, 50 медицинских сестер, 52 младших медицинских сестер по уходу за больными (в т.ч. санитарок), 60 педагогов, 35 другой обслуживающий персонал.

Партнёры проекта:

1. Администрация города, Правительство области.
2. Детская областная больница
3. Детские поликлиники города.
4. БКЦСОН «Доброта».
5. Благовещенский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Мечта»
6. ФГБОУ ВО «Амурский государственный университет»
7. ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия»

База реализации проекта – структурные подразделения ГБУЗ АО «Дом ребенка специализированный» (г. Благовещенск):

- групповые ячейки (9 групп для содержания детей с полным набором обеспечивающих помещений).
- медицинская служба (карантинное отделение, изолятор, медицинский пост, служба физиотерапии, ЛФК и массажа, иммунопрофилактики, патронажа);
- педагогическая служба (в т.ч. логопедическая, музыкальный руководитель);
- социально-правовая служба (социальный педагог, социальный работник, юрисконсульт).
- вспомогательные службы (работники пищеблока, прачечной, водители, подсобные рабочие и др.);
- финансово-экономическая служба (главный бухгалтер, бухгалтера, эконо-

номист, кассир).

Тип проекта – пилотный.

Сроки реализации проекта – с 01.09.2017 по 31.12.2018 (1 год 4 мес.).

№ этапа	Название этапа	Содержание деятельности	Сроки
1	Подготовительный	1) анализ проблемы социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья посредством общения со сверстниками, не имеющими отклонений в состоянии здоровья; 2) поиск путей финансового обеспечения работы с детьми с ограниченными возможностями; 3) беседы о проблемах детей-инвалидов, регистрация партнеров проекта	сентябрь
2	Организационный	<ul style="list-style-type: none">• организация работы творческой группы;• организация координации и взаимодействия работы по привлечению спонсоров, благотворителей.	октябрь – декабрь
3	Основной	<ul style="list-style-type: none">• работа творческих групп;• изготовление подарков;• проведение развлекательно-театрализованных представлений;• посещение детей-инвалидов в ГБУЗ «ДОМ ребенка специализированный»;• осуществление комплексного сопровождения детей-инвалидов в ГБУЗ «ДОМ ребенка специализированный»;• создание электронного ресурсного банка данных о детях-инвалидах, нуждающихся в семейном устройстве.	январь.- ноябрь
4	Аналитический	1) подведение итогов реализации проекта; 2) обсуждение планов дальнейшей работы в данном направлении.	декабрь

Проектные мероприятия – основное содержание проекта:

1. «Новогодний утренник «В гостях у Снегурочки» - развлекательно-театрализованное представление для детей-инвалидов с участием волонтеров из числа студентов. Отв. социальный педагог группы.

2. «Цветик – семицветик» - творческое мероприятие для детей-инвалидов с участием волонтеров из числа студентов. Отв. социальный педагог группы.

3. Праздник детства «Мы вместе» - творческое мероприятие для детей-инвалидов. Отв. социальный педагог, психолог.

4. Конкурс детских рисунков и поделок. Отв. социальный педагог, психолог.

5. Фотосессия для детей – портретная и тематическая. Размещение фото детей на сайте ГБУЗ «Дом ребенка специализированный». Отв. социальный педагог.

6. «Праздник урожая» - творческое мероприятие для детей-инвалидов с участием волонтеров из числа студентов. Отв. социальный педагог группы.

Организационная работа:

1. Создание банка данных детей с ОВЗ. Отв. социальный педагог группы.

2. Индивидуальные и групповые консультации для персонала, работающего с отдельными категориями детей с ОВЗ. Отв. зам.директора ГБУЗ.

3. Изучение состояния здоровья, возможностей детей с ОВЗ по карте ИПР. Отв. социальный педагог группы, мед.персонал.

4. Изучение личности учащихся с ОВЗ. Отв. психолог.

5. Изучение интересов и способностей учащихся с ОВЗ. Отв. социальный педагог группы.

6. Контроль за организацией питания учащихся с ограниченными возможностями. Отв. социальный педагог группы, вспомогательный персонал.

Сопроводительная документация:

- график, планы, программы работы;
- журналы учёта (первичного приёма, посещаемости, групповых занятий с детьми, т.п.);
- анкеты и карты по изучению развития ребёнка.

Бюджет – ресурсное обеспечение проекта:

Предполагаемые расходы:

№	Назначение расходов	Сумма
1	Закупка материалов для изготовления игрушек	2000 руб.
2	Оплата развлекательно-театрализованное представление	3000 руб.
3	Покупка призов для проведения развлекательно-театрализованного представления	1000 руб.
4	Покупка подарков для детей с ограниченными возможностями здоровья к памятным датам (день рождение, новый год и т.п.)	4700 руб.
5	Расходы на транспорт	1000 руб.
Итого		11700 руб.

Предполагаемые доходы:

№	Источники доходов	Сумма
1	Средства, выделенные органами исполнительной власти / собственные средства учреждения (из внебюджетных источников)	3000 руб.
2	Спонсорская и благотворительная помощь	8700 руб.
Итого		11700 руб.

Предполагаемые результаты:

Реализация данного проекта позволит:

- снизить дефицит общения ребенка, имеющего инвалидность;
- исключить изоляцию детей данной категории в социуме;
- больше узнать здоровым детям (студентам профильных специальностей, волонтерам) о проблемах детей с ограниченными возможностями здоровья, научиться деликатности, терпимости, пониманию;
- организовать творческую благотворительную деятельности среди учащихся образовательных заведений города.