

Федеральное агентство по образованию
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ГОУ ВПО «АмГУ»
Факультет социальных наук

УТВЕРЖДАЮ
Зав. кафедрой МСР
М.Т. Луценко

«__» _____ 2007 г.

Учебно-методический комплекс дисциплины

«Социальная реабилитация»

Для специальности 040101 «Социальная работа»

Составитель: Лобанова Е.В.

Благовещенск 2007

Печатается по решению
редакционно-издательского совета
факультета социальных наук
Амурского государственного
университета

Е.В. Лобанова

Учебно-методический комплекс по дисциплине «Социальная реабилитация» для студентов очной, заочной и заочно-сокращенной форм обучения по специальности 050711 «Социальная педагогика». – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2007. - ____ с.

Учебно-методические рекомендации ориентированы на оказание помощи студентам всех форм обучения по специальностям 050711 «Социальная педагогика», для формирования специальных знаний о сущности и содержании социальной реабилитации.

© Амурский государственный университет

ВВЕДЕНИЕ

Одна из актуальнейших проблем нашего общества- социальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями.

Результатом перемен общественного сознания является создание и функционирование на территории России широкой сети центров психологической, социальной и медицинской реабилитации людей, имеющих физическую инвалидность.

Однако, как показывает опыт работы с инвалидами и другими нетрудоспособными лицами, у некоторых представителей «помогающих профессий» нет четкого представления о том, как и какого рода, помощь необходимо оказывать, какова доктрина, этапы, методы, цели и задачи реабилитационной деятельности.

Всё это приводит к тому, что довольно часто работа с инвалидами и другими нетрудоспособными гражданами ограничивается только активным или профилактическим лечением, оказанием материальной помощи, организацией досуга и уменьшением дефицита общения. Однако этого явно недостаточно, чтобы позволить инвалиду чувствовать себя полноценным, духовно здоровым, полноправным членом общества. Это не решает проблемы внутренней неполноценности, столь болезненно переживаемой инвалидами различных возрастов, социальной отчуждённости и изоляции.

Поэтому в последние годы соц. реабилитация получила широкое признание, чему в свою очередь способствовали и развивающаяся теоретико-методологическая база, с одной стороны, и подготовка высокопрофессиональных специалистов по социальной работе, социальной педагогике и реабилитологов, реализующих научные положения на практике с другой стороны.

Курс «Социальной реабилитации» имеет непосредственное практическое значение для профессиональной подготовки студентов. Он дает знания о комплексной системе мероприятий (профессионально-трудовых, учебных, медико-психологических, социально-педагогических и др.), направленных на оп-

тимизацию процесса морально-психологической адаптации, выполнения социальных ролей, трудоустройства имеющих органические и физические недостатки людей, восстановление, коррекцию или компенсацию нарушения физических, психических и социальных функций, личного и социально-трудового статуса человека.

Программа данного курса ставит своей задачей введение будущего специалиста в широкую и многопрофильную деятельность по социальной реабилитации различных категорий населения.

Предлагаемый учебно-методический комплекс составлен в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта профессионального высшего образования.

Требования к уровню освоения содержания курса – студент должен:

- усвоить общие принципы организации и проведения социальной реабилитации;
- иметь четкое представление о многообразии видов и форм социальной реабилитации;
- понимать необходимость оказания реабилитационных услуг и выбирать наиболее целесообразные формы и методы реабилитации;
- иметь представление о роли социального педагога в организации реабилитационного процесса, овладеть технологиями составления комплексных программ реабилитации;
- овладеть основами ведения документации при планировании, осуществлении и завершении реабилитационного процесса (контроль, патронаж).

1. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1. Цели и задачи дисциплины, ее место в учебном процессе

Цель курса: способствовать овладению студентами знаниями, навыками, позволяющими организовать процесс социальной реабилитации детей на профессиональном уровне.

Задачи курса:

- дать студентам знания по теоретико-методологическим основам социальной реабилитации;
- познакомить с нормативно-правовыми актами социальной реабилитации;
- обучить технологиям составления комплексных программ социальной реабилитации социальных педагогов;
- способствовать пониманию студентами роли социального педагога в течение реабилитационного процесса;
- обучить студентов навыкам анализа эффективности реабилитационного процесса;
- познакомить с основами ведения документации при планировании, осуществлении и завершении реабилитационного процесса;
- способствовать использованию теоретических знаний студентов на практике.

1.2. Место курса в профессиональной подготовке выпускника

Курс «Социальная реабилитация» важен для изучения студентами специальности «Социальная педагогика», так как социальная реабилитация является одним из основных специальных механизмов реализации социальной политики, способом реализации которой является социальная педагогика.

Курс «Социальной реабилитации» имеет практическое значение в профессиональной подготовке студентов, т.к. дает знания о комплексной системе мероприятий (профессионально – трудовых, учебных, медико - психологиче-

ских, социально-педагогических и др.), направленной на оптимизацию морально-психологической адаптации выполнения социальных ролей, трудоустройства людей, имеющих органические и физические недостатки (инвалиды); восстановление, коррекцию или компенсацию нарушения физических, психических и социальных функций, личного и социально-трудового статуса человека.

Программа данного курса ставит своей задачей введение будущего специалиста в широкую и многопрофильную деятельность по социальной реабилитации нуждающейся категории населения.

1.3. Межпредметные связи:

Преподавание дисциплины связано с другими дисциплинами государственного образовательного стандарта: «Социология», «Социальная психология», «Основы социальной работы», «Нормативно-правовые основы защиты детей группы риска», дисциплины правового цикла.

1.4. Организация изучения дисциплины

Курс «Социальная реабилитация» является специальным курсом по общепрофессиональным дисциплинам программы подготовки специальности «Социальная педагогика».

Разделы дисциплины посвящены теоретическим основам социальной реабилитации инвалидов, социальной среде жизнедеятельности инвалидов, детской инвалидности и проблемам социальной реабилитации детей, правовым основам социальной защиты и реабилитации лиц, с ограниченными возможностями. В программу курса включены разделы по программам социальной реабилитации, технологиям социальной реабилитации различных категорий инвалидов по практике работы учреждений социального обслуживания инвалидов.

Преподавание основ социальной работы осуществляется с учетом знаний, полученных студентами при изучении других учебных дисциплин.

Изучение специального курса «Социальная реабилитация» рассчитано на 1 семестр (9). В конце 9 семестра студенты сдают зачет.

1.5. Формы учебной работы

Учебное содержание дисциплины изучается в ходе лекций, семинаров, самостоятельной работы под руководством преподавателя, выполнения контрольных работ и контрольных аттестаций.

В ходе *лекций* даются основы систематизированных знаний по дисциплине, раскрываются ее наиболее важные теоретические положения.

На *семинарских занятиях* у обучаемых формируются навыки применения полученных знаний. В ходе семинаров осуществляется также формирование целостного, обобщающего видения студентами своего места и роли как будущих специалистов в разрешении социально-психологических проблем клиентов, в уточнении организационной стороны предстоящей деятельности с учетом российского исторического опыта. Основной упор сделан на активные формы обучения студентов.

Во время *самостоятельной работы* основной упор делается на изучение студентами законодательных актов, учебной и научной литературы, периодических изданий, написание рефератов, оформление тематических докладов, стендов и т.п.

Проверить качество освоения материала по данной дисциплине помогут предлагаемые *тестовые задания*.

Контроль успеваемости, качества обучения и теоретической подготовленности студентов осуществляется в следующих формах:

- входящий – оценивание базового уровня знаний, умений и навыков, необходимого для изучения данной дисциплины;
- текущий – проведение зачета по тематическим блокам, защита контрольной работы, индивидуальное собеседование, опросы и другие формы по усмотрению преподавателя;
- итоговый – в процессе экзамена или зачета по результатам изучения учебной дисциплины.

2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

2.1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСОВ КУРСА ПО ТЕМАМ И ВИДАМ РАБОТ

Дневная форма обучения

№	Наименование тем	Ауд. зан.		Сам. раб.
		Лекц.	Пр.зан.	
1	Основные понятия реабилитации	2	2	5
2	Объекты и субъекты соц. реабилитации и факторы влияющие на реабилитацию	2	2	5
3	Теоретич. осн. соц. реабил. инвалидов Научные концепции социализации и Инвалидизации	2	2	5
4	Сущность и содержание соц. реабилитации	2	2	5
5	Социальные ограничения инвалидов и модели Инвалидности	2	2	5
6	Принципы и структура соц. реабилитации	2	2	5
7	Соц. среда жизнедеятельности инвалидов	2	2	5
8	Детская инвалидность, её структура	4	4	5
9	Виды реабилитации	2	2	5
10	Формы и методы реабилитации	2	2	5
11	Госуд. политика в отношении инвалидов и их реабилитация	2	2	5
12	Программы соц. реабилитации	4	4	6
13	Технологии соц. реабилитации различных категорий инвалидов	4	4	6
14	Социальные службы и учреждения, осуществляющие социальную реабилитацию. Межведомственный подход к проблемам соц. реабилитации.	2	2	5
15	Технология составления комплексных программ реабилитации. Основы ведения документации	2	2	6
16	Всего часов 150	36	36	78

2.3. Краткое содержание лекционных занятий.

Тема №1 Основные понятия реабилитации.

Основные подходы к определению понятия «реабилитация»

Реабилитация – от позднелат. *rehabilitato* - восстановление.

В зависимости от конкретной сферы человеческой деятельности, различаются следующие определения реабилитации:

- Реабилитация в медицинской практике – осуществление различных программ, видов обслуживания или терапевтических мероприятий, способствующих оптимальному восстановлению нарушенных функций организма;
- Реабилитация в правовых науках – юридическое восстановление в правах лица, которое привлекалось в качестве обвиняемого, или было признано виновным по приговору суда, или подвергалось административному взысканию;
- Реабилитация в психолого-педагогическом аспекте – процесс восстановления психических проявлений и способностей ребенка после каких-либо нарушений, включающий аспекты профилактики и коррекции отклонений в его развитии.

Др. варианты – см. в социокультурной, социокommunikативной деятельности, в технической работе.

Универсальное определение понятия реабилитации звучит следующим образом: это комплекс медицинских, психологических, педагогических, технических, профессиональных и иных мер направленных на восстановление или компенсацию нарушенных функций организма и трудоспособности больных и инвалидов.

Существует еще четыре подхода, в свою очередь, рассматривающие реабилитацию как систему мер, как процесс, систему методов и как результат.

В первом значении под реабилитацией понимается комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом связей и

отношений вследствие воздействия тех или иных факторов и имеющих целью быстрое и наиболее полное восстановление способности к социальному функционированию больных, инвалидов и других категорий нетрудоспособного населения.

Второй подход рассматривает реабилитацию как непрерывный процесс, направленный на решение различных задач – от привития элементарных навыков до полной интеграции в общество, как определенная последовательность социальных технологий, средств и методов, направленных на достижение поставленной цели.

В рамках третьего подхода реабилитация понимается, как система взаимосвязанных методов восстановления способностей индивида воспроизводить и совершенствовать свою жизнь с помощью индивидуально-личностных средств.

В четвертом значении реабилитация рассматривается как результат, т.е. достижение поставленной цели реабилитационного воздействия субъекта реабилитации на объект, его поведение, личность, отдельные психические и физические функции.

Существование как минимум этих названных подходов к определению понятия реабилитации связано:

- во-первых, с различными подходами к определению момента реабилитационного воздействия;
- во-вторых, с различными концептуально-теоретическими и идеологическими позициями исследователей;
- в-третьих, с опорой на различный по содержанию фактологический и практический материал;

Сущность реабилитации — не только (или не столько) восстановление здоровья, сколько восстановление (или создание) возможностей для социального функционирования, при том состоянии здоровья, которым после излечения располагает инвалид. Инвалидность трактуется как проблема не столько медицинская, сколько социальная. Лечение болезни, коррекция нарушения, меди-

цинская компенсация дефекта имеют свои границы. В то же время люди, не являющиеся инвалидами, также отличаются по своим физическим возможностям, уровню физической силы, скорости реакции, интеллектуальным способностям и т. д. Цель общества – максимально полно обеспечить возможность для всех людей, с их специфическими, в том числе ограниченными, возможностями социальное функционирование и развитие. Люди сильного личностного потенциала добиваются этого самостоятельно. Более слабые индивиды в процессе развития компенсируют уязвимые стороны своей личности, нуждаясь иногда в помощи. Лица, утратившие здоровье или не имевшие его, нуждаются в социальной реабилитации, осуществляемой с премиальной помощью специалистов по реабилитологии или социальной работе, так как степень их дефекта требует особенно обширных ресурсов компенсации. При помощи последовательной системы мер может быть достигнуто не только уменьшение воздействия инвалидизирующих факторов и условий, но и создание возможностей для инвалидов достичь социальной интеграции, адаптироваться к жизни в обществе. Необходимо создавать возможность для инвалидов жить счастливыми и находить удовлетворение в своей жизнедеятельности.

Для осуществления этой специальной деятельности общества в отношении лиц с ограниченными возможностями создаются структуры, реализующие их социальную защиту. Под социальной защитой инвалидов понимается 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.

Содержание реабилитации рассматривается как «процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма». Цель реабилитации – «восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости».

сти и его социальная адаптация». Принятый 24 декабря 1995 г. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ впервые дал определение социальной реабилитации, которая включает в себя социально-бытовую адаптацию и социально-средовую ориентацию лиц с нарушениями здоровья, приведшими к ограничению жизнедеятельности. Социальная реабилитация определяется как комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма (инвалидность), изменением социального статуса (пожилые граждане, беженцы и вынужденные переселенцы, безработные и некоторые др.), девиантным поведением личности (несовершеннолетние, лица, страдающие алкоголизмом, наркоманией, освободившиеся из мест заключения и др.).

Целью социальной реабилитации является восстановление социального статуса личности, обеспечение социальной адаптации в обществе, достижение материальной независимости.

Основными принципами социальной реабилитации являются: как можно более раннее начало осуществления реабилитационных мероприятий, непрерывность и поэтапность их проведения, системность и комплексность, индивидуальный подход.

В задачи социальной реабилитации входят:

- выявление причин деформаций в развитии, отклонений в поведении, ограничений в возможностях и т.п.
- поиск средств и способов их устранения;
- оптимизация условий жизни, воспитания, обучения и профессиональной деятельности;
- оказание разносторонней помощи индивиду, ограниченного в возможностях самопомощи и самообеспечения;
- построение адекватного коррекционного процесса способствующего развитию нормальной личности и устранению или минимизации ограничений жизнедеятельности.

Весь комплекс мероприятий социальной реабилитации направлен на восстановление и развитие активного социального субъекта, личности, способной к волевым усилиям, трудовой мотивации, саморазвитию.

Социальная реабилитация – процесс, который имеет начало, но не имеет конца. Завершение выполнения индивидуальной реабилитационной программы вовсе не означает, что структуры социальной помощи могут ограничиться только материальной поддержкой инвалида, выплатой пенсий и пособий. Социальный патронаж лица с ограниченными возможностями, известный уровень социального надзора и контроля за ним необходимы и на последующих этапах его существования с целью своевременного оказания помощи при необходимости и предотвращения негативной динамики процессов.

Вся деятельность по социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями, будучи системной и комплексной, может осуществляться со всей совокупностью органов и учреждений социальной сферы, прежде всего, на региональном уровне, вне зависимости от их принадлежности к системе социальной защиты, здравоохранения, образования, занятости, культуры и спорта и т. д. Межведомственная координация в этом направлении социальной деятельности является особенно необходимой; обеспечение этой координации входит в функции органов государственного управления на уровне территории.

Тема № 2 Объекты и субъекты социальной реабилитации. Уровни социальной реабилитации и факторы, влияющие на реабилитацию.

Объекты социальной реабилитации

Объект деятельности – тот, на кого направлено воздействие активного участника взаимодействия.

К объектам социальной реабилитации относятся:

- сами реабилитанты (больные, инвалиды, аномальные, девианты, т.д.);
- социальное окружение реабилитантов;
- семья реабилитантов.

В соответствии с определением социальной реабилитации, в качестве

объекта социально-реабилитационной работы могут выступать:

- лица со стойкими нарушениями здоровья вследствие расстройства функций организма (т.е. различные категории инвалидов);
- индивиды с изменившимся социальным статусом (граждане пожилого возраста, беженцы, вынужденные переселенцы, безработные, некоторые другие категории граждан);
- индивиды с девиантным поведением и выраженными социальными патологиями (преступники и правонарушители, пьяницы, алкоголики, наркоманы, лица, страдающие другими видами патологических зависимостей, члены их семей, граждане, освободившиеся из мест лишения свободы и т.п.).

С точки зрения собственно социальной педагогики, к объектам социальной реабилитации относятся:

- социально и педагогически запущенные дети и подростки (самая распространенная категория детей группы риска, трудновоспитуемость и труднообучаемость которых обусловлена психолого-педагогическими причинами: основными признаками запущенности можно считать недостатки ведущей деятельности – игры, учения, отклонения в поведении, трудности социальной адаптации: при отсутствии аномалий наблюдается дисгармония развития, как правило, нарушена «Я-концепция», система самосознания личности ребенка);
- несовершеннолетние правонарушители, дезадаптированные подростки с отклоняющимся (девиантным) поведением, дети-сироты (этой группе риска, прежде всего, нужна помощь в социальной адаптации, овладении социальными ролями, культурно-нравственными нормами и ценностями, социальная поддержка);
- дети с нарушениями психосоматического и нервно-психического здоровья и функциональными отклонениями, имеющие хронические соматические заболевания, функциональные нарушения, нервно-психические заболевания, умственную отсталость, инвалидность (дети дан-

ной группы нуждаются, прежде всего, в медицинской и психологической, реабилитации, либо в комплексной реабилитации в условиях взаимодействия врачей, психологов, педагогов и социальных работников).

В зависимости от того, с какой категорией клиентов приходится работать реабилитологу, выделяют и основные направления социально - реабилитационной деятельности. К таким направлениям, например, относят реабилитацию:

- инвалидов и детей с ограниченными возможностями;
- пожилых и престарелых граждан;
- лиц, отбывших наказание в местах лишения свободы;
- безработных граждан;
- дезадаптированных детей и подростков;
- участников боевых действий;
- жертв природных и техногенных катастроф и ЧС;
- пострадавших от насилия и др.

Лицо, ограниченное в возможностях – любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и (или) социальной жизни в силу недостатка его (или ее) физических или умственных возможностей.

Инвалид - лицо, имеющее инвалидность, т.е. стойкое нарушение функций организма в результате заболевания, травм или дефектов, ведущее к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию.

Нетрудоспособный гражданин – лицо, утратившее способность к трудовой деятельности (трудоспособность) на длительное время или постоянно.

Группа риска – группа лиц, в силу имеющихся противоречий и особенностей жизнедеятельности представляющие опасность для нормального функционирования общества.

Выбор объектов социальной реабилитации осуществляется по следующей схеме (рис. 1).



Рис. 1 – Схема выбора объектов социальной реабилитации.

На *первом этапе* работы производится сканирование всех субъектов, которые попадают в область наблюдения специалиста социальной службы или учреждения, например, при проведении социального картографирования или патронажного наблюдения. При этом специалисты выделяют общие группы риска, определяют индивиды, нуждающиеся в социальной реабилитации (инвалиды, беспризорные дети, освободившиеся из мест лишения свободы и т.д.). За основу дифференциации берутся определенные критерии - например, трудности в процессе обучения, воспитания, отсутствие работы у трудоспособного гражданина, проблемы в общении с окружающими и т.п. В задачи специалистов производящих такое обследование и осуществляющих дифференциацию населения по группам риска, не входит определение сущности ограничений, барьеров и патологий: они лишь ставят диагноз о наличии этих ограничений, барьеров, патологий.

На *втором этапе* представители выделенных групп риска, нуждающиеся в социальной реабилитации, обследуются по медицинским, педагогическим, психологическим, экономическим и иным характеристикам в зависимости от характера жалоб и содержания обращений, послуживших основанием для отнесения этих индивидов к той или иной группе риска, и получают направления для дальнейшего освидетельствования. В это время происходит первичное деление общей группы риска на подгруппы по сходным симптомам (например,

дети с нарушениями поведения, неуспеваемостью, больные, инвалиды 1, 2 или 3 групп, длительно безработные или впервые оказавшиеся без работы, пенсионеры и др.).

На *третьем этапе* осуществляется глубокая диагностика специалистами соответствующих служб (например, Государственного бюро медико - социальной экспертизы, школьной социально-психологической службы, Управления социальной защиты населения, Центра адаптации и реабилитации и т.п.) сущности и причин имеющихся патологий (что послужило причиной для потери работы - низкая профессиональная квалификация или нежелание работать в данном учреждении? Низкая успеваемость - результат небрежного отношения к урокам или следствие стрессов и конфликтов? На эти и другие вопросы необходимо получить ответы для планирования дальнейшей работы).

Наконец, *четвертый этап* - это диагностика собственно отклонений и патологий, составление индивидуальных реабилитационных маршрутов и программ. На этом этапе диагностическая работа вновь возвращается на уровень учреждения, в котором работают специалисты, компетентные в той или иной области реабилитационной работы. Для составления реабилитационных программ они проводят глубокую диагностику личности реабилитанта, анализируют его ближайшее окружение (например, педагоги делают срезы знаний, умений и навыков для оказания педагогической помощи; психологи выявляют личностные характеристики, уровень развития психических процессов для их дальнейшей коррекции; соц. педагоги изучают особенности средовой дезадаптации и проблемы межличностных отношений; соц. работники выявляют особенности социального положения индивида и имеющиеся социально-экономические проблемы и т.п.).

Таким образом, можно сказать, что общая концепция социальной реабилитации различных граждан основывается на скрининге групп риска и диагностике имеющихся социальных патологий и ограничений.

Однако следует признавать, что перечисленные категории граждан являются не только объектами реабилитационного процесса. Они должны являть-

ся и признаваться полноправными участниками этой деятельности, субъектом социальной реабилитации, успех которой в значительной степени зависит от степени глубины их установки на восстановление действенной социальной роли, а отсутствие сотрудничества может минимизировать эффективность С.Р. или сделать ее совершенно невозможной.

Субъекты социальной реабилитации

Субъект - активный участник социального взаимодействия, осуществляющий какое-либо воздействие на внешнюю среду, в том числе на иных участников.

К субъектам социальной реабилитации относятся органы и структуры (образования, здравоохранения, соц. защиты, правоохранительные и правозащитные организации, государственные учреждения, фонды и благотворительные организации), а также специалисты, в них работающие (врачи, соц. работники, педагоги, психологи, юристы и т.д.).

В обязанности социальных педагогов как субъектов С.Р. входит осуществление деятельности, способствующей решению поставленных задач реабилитационного воздействия, в тесном взаимодействии с другими специалистами.

Межведомственность субъектов С.Р. может быть отражена на следующей схеме (рис. 2).

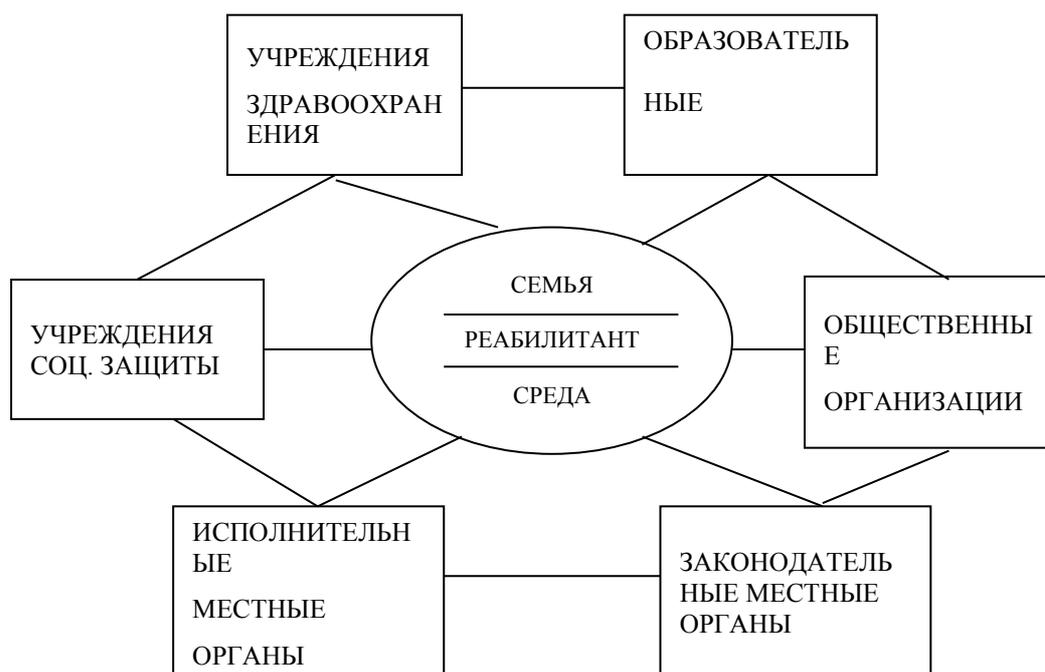


Рис. 2 – Межведомственность субъектов социальной реабилитации.

На рис. 2 могут быть представлены также структуры иной, не указанной ведомственной принадлежности (например, учреждения министерства юстиции или внутренних дел, др.).

Уровни социальной реабилитации

В рамках социально-реабилитационной деятельности специалисты выделяют различные уровни:

- уровни индивидуальной работы, работы в группах, коллективах, общинах;
- медико-социальный, профессионально-трудовой, социально - психологический, социально-ролевой, социально-бытовой, социально – правовой уровни.

Основные факторы, влияющие на реабилитацию

К основным факторам, оказывающим влияние на реабилитацию, относятся:

внешние - факторы окружающей среды (политические, экономические, культурные, социальные и т.д.);

внутренние - факторы и характеристики объекта реабилитационной работы, включающие:

- характер патологии (заболевание, изменение статуса, отклонения в поведении, т.п.);
- возраст (ребенок, подросток, взрослый человек, пожилой, престарелый);
- госпитализм (синдром, которому способствует многолетнее пребывание в однообразных условиях, минимальные возможности общения со здоровым окружением и т.п.);
- аггравация (преувеличение симптомов болезни или иной патологии);
- зависимость (синдром, выражающийся с полной или частичной зависимости индивида от окружения, лекарств, самой болезни или отклонения и т.п.);

- социальные депривации (переживания, вызванные невозможностью удовлетворения насущных интересов, потребностей).

Тема №3 Теоретические основы социальной реабилитации инвалидов: научные концепции социализации и инвалидизации.

Социальная реабилитация получила в последние годы широкое признание. Этому способствовали развивающаяся теоретико-методологическая база, с одной стороны, и подготовка высокопрофессиональных специалистов по социальной работе, реализующих научные положения на практике – с другой.

Анализ социальных проблем инвалидизации в целом и социальной реабилитации инвалидов в частности осуществлялся в проблемном поле двух концептуальных социологических подходов: с точки зрения социоцентристских теорий и на теоретико-методологической платформе антропоцентризма. На основе социоцентристских теорий развития личности К. Маркса, Э. Дюркгейма, Г. Спенсера, Т. Парсонса рассматривались социальные проблемы конкретного индивида посредством изучения общества в целом. На основе антропоцентристского подхода Ф. Гиддингса, Ж. Пиаже, Г. Тарда, Э. Эриксона, Ю. Хабермаса, Л. С. Выготского, И. С. Кона, Г. М. Андреевой, А. В. Мудрика и других ученых раскрываются психологические аспекты повседневного межличностного взаимодействия.

Для осмысления проблемы анализа инвалидности как социального феномена (инвалидность с социологической точки зрения – это «ненормальная» норма или «нормальное» отклонение) важной остается проблема социальной нормы, с разных сторон изучавшаяся такими, учеными, как Э. Дюркгейм, М. Вебер, Р. Мертон, П. Бергер, Т. Лукман, П. Бурдьё.

Анализ социальных проблем инвалидизации в целом и социальной реабилитации инвалидов в частности осуществляется в плоскости социологических концепций более общего уровня обобщения сущности этого социального явления – концепции социализации.

Социальная реабилитация инвалидов важна не только сама по себе. Она

важна как средство интеграции лиц с ограниченными возможностями в социум, как механизм создания равных возможностей инвалидам, для того чтобы быть социально востребованными.

Т. Парсонсу принадлежит разработка социального понятия «роль больного», введенного в 1935 г. Гендерсоном. Рассматривая болезнь как форму социального отклонения, при которой индивид играет специфическую социальную роль, ученый разработал модель этой роли больного.

Важными в разработке теории социальной реабилитации являются подходы к понятию инвалидности, предложенные Н. В. Васильевой, рассмотревшей восемь социологических концепций инвалидизации.

В структурно-функциональном подходе (К. Дэвис, Р. Мертон, Т. Парсонс) рассмотрены проблемы инвалидности как специфического социального состояния индивида (модель роли больного Т. Парсонса), социальной реабилитации, социальной интеграции, социальной политики государства по отношению к инвалидам, конкретизируемой в деятельности социальных служб по поддержке семей, имеющих детей-инвалидов. Предложены понятия: «дети с ограниченными возможностями», «инвалиды». В отечественных исследованиях в рамках структурно-функционального анализа проблему инвалидизации исследовали Т. А. Добровольская, И. П. Каткова, Н. С. Морова, Н. Б. Шабалина и др.

В рамках социально-антропологического подхода (Э. Дюркгейм) в отношении инвалидизации исследовались стандартизированные и институциональные формы социальных отношений (социальная норма и девиация), социальные институты, механизмы социального контроля. Использована терминология для обозначения детей-инвалидов: нетипичные дети, дети с ограниченными возможностями. В отечественных трудах данный подход продолжили А. Н. Суворов, Н. В. Шапкина и др.

Макросоциологический подход к изучению проблем инвалидности отличается социально-экологическую теорию У. Бронфелбреннера, продолженную в отечественных исследованиях В. О. Скворцовой. Проблемы инвалидности рассматриваются в контексте «воронки» понятий: макросистема, экзосистема,

мезосистема, микросистема (соответственно политические, экономические и правовые позиции, господствующие в обществе; общественные институты, органы власти; взаимоотношения между различными жизненными областями; непосредственное окружение индивида).

В теориях символического интеракционализма (Дж. Г. Мид, Н. А. Залыгина и др.) инвалидность описывается посредством системы символов, характеризующих эту социальную группу лиц с ограниченными возможностями. Рассматриваются проблемы становления социального «Я» инвалида, анализируется специфика этой социальной роли, устойчиво воспроизводимые стереотипы поведения самих инвалидов и отношение к ним социального окружения.

В рамках теории наклеивания ярлыков или теории социентальной реакции (Г. Беккер, Э. Лемертон) для обозначения лиц с ограниченными возможностями появляется понятие «девианты». Инвалидность рассматривается как отклонение от социальной нормы, носителям этой девиации наклеивается ярлык - инвалид. В рамках этой социоцентристской теории изучаются социальные проблемы конкретного индивида посредством изучения отношения к нему общества в целом через изучение феноменов социального контроля, социальной реакции. Появляется новое понятие «социальный аттитюд». В отечественных исследованиях на этой методологической базе проблемы инвалидизации изучались М. П. Левицкой и др.

Н. В. Васильева отдельно рассматривает теорию стигматизации И. Гоффмана. В этой также социоцентристской теории изучаются социальные проблемы конкретного индивида посредством изучения отношения к нему общества в целом, проблема инвалидов мыслится в понятиях «девианты», понятие «стигма» в данном аспекте близко к понятию «наклеивание ярлыка». Рассмотрение механизмов и социальных последствий стигматизации с оговорками можно соотнести с механизмами социальной реакции, социального контроля.

Феноменологический подход отличает социокультурную теорию нетипичности Е.Р. Ярской-Смирновой. Феномен «нетипичного ребенка» формируется и транслируется всем его социальным окружением. Он характеризуется

всем многообразием исторически сложившегося этноконфессионального, социокультурного макро - и микросоциума, в котором нетипичный ребенок проходит социализацию. Этот подход продолжен в исследованиях Д. В. Зайцева, Н. Е. Шапкиной и др.

Тема № 4 Сущность и содержание социальной реабилитации.

Для анализа процесса социальной реабилитации инвалидов, лиц с ограниченными возможностями, необходимо выяснить, каково содержание понятия «инвалидность», какими социальными, экономическими, поведенческими, эмоциональными гениями оборачиваются те или иные патологии здоровья и что представляет собой процесс социальной реабилитации, какую цель он преследует, какие составные части или элементы в него ходят.

Термин «инвалид» восходит к латинскому корню (*valid* - «действенный, полноценный, могущий») и в буквальном переводе может означать «непригодный», «неполноценный». Организация Объединенных Наций в 1975 г. приняла Декларацию о правах инвалидов, где сказано, что ««инвалид» означает любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или приобретенного, его или ее физических или умственных возможностей».

В Рекомендациях 1185 к реабилитационным программам 44-й сессии Парламентской Ассамблеи Совета Европы от 5 мая 1992 г. инвалидность определяется как «ограничения в 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». Общество обязано адаптировать существующие в нем стандарты к особым нуждам людей, имеющих инвалидность, для того чтобы они могли жить независимой жизнью.

В 1971 г. Генеральной Ассамблеей ООН была принята Декларация о пра-

вах умственно отсталых лиц. В 1989 г. Организацией Объединенных Наций был принят текст Конвенции о правах ребенка. Положения о защите прав инвалидов содержатся также в таких документах, как Декларация социального прогресса и развития, Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психической помощи и т. п.

Интегративным документом, охватывающим все стороны жизнедеятельности инвалидов, являются Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, утвержденные ООН в 1994 г.

Идеология Правил основана на принципе обеспечения равных возможностей, предполагающем, что инвалиды являются членами общества и имеют право оставаться жить в своих общинах. Они должны получать поддержку, в которой нуждаются в рамках обычных систем здравоохранения, образования, занятости и социальных услуг. Всего таких правил 20.

Социальные изменения, объективно происходящие в современных обществах или отражающиеся в сознании людей, выражаются в стремлении расширить содержание этих терминов. Так, Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) приняты в качестве стандартов для мирового сообщества такие признаки понятия «инвалидность»:

- любая потеря или нарушение психологической, физиологической или анатомической структуры или функции;
- ограниченность или отсутствие (из-за указанных выше дефектов) способности выполнять функции так, как считается нормальным для среднего человека;
- затруднение, вытекающее из указанных выше недостатков, которое полностью или частично мешает человеку выполнять какую-то роль (учитывая влияние возраста, пола и культурной принадлежности).

Постановлением Правительства РФ от 16 января 1995 г. утверждена Федеральная комплексная программа «Социальная поддержка инвалидов», состоящая из следующих Федеральных целевых программ:

- медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов;

- научное обеспечение и информатизация проблем инвалидности и инвалидов;
- формирование доступной для инвалидов среды жизнедеятельности;
- разработка и производство средств протезирования, строительство, реконструкция и техническое перевооружение протезно-ортопедических предприятий;
- разработка и производство технических средств реабилитации для обеспечения инвалидов.

Кроме того, были изданы указы Президента РФ, направленные на государственную поддержку инвалидов, в том числе Указы Президента РФ «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности» (1992 г.), «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов» (1992 г.), «О мерах по профессиональной реабилитации инвалидов и обеспечению занятости инвалидов», постановление Правительства Российской Федерации № 1151 от 25 ноября 1995 г., которым утвержден федеральный перечень гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания.

Понимание социальной реабилитации прошло свой достаточно содержательный путь развития. Первоначально здесь преобладал чисто медицинский подход: Всемирная организация здравоохранения полагала, что сущность реабилитации заключается в том, чтобы «не только вернуть больного к его прежнему состоянию, но и развивать его физические и психологические функции до оптимального уровня». Очевидно, что здесь акцент сделан, прежде всего, на психосоматических качествах человека, восстановления которых было достаточно для достижения социального благополучия. Правда, здесь содержится указание на необходимость развития «до оптимального уровня», что можно рассматривать в качестве некоторой предпосылки к сверхреабилитации, разрыванию свойств индивида сверх того уровня, который он имел до наступления инвалидности.

Постепенно происходит переход от чисто медицинского подхода к социальной модели, а в рамках социальной модели реабилитация рассматривается не только как восстановление трудоспособности, но как восстановление всех социальных способностей индивида.

Все дальнейшие международные документы в той или иной мере включали данные направления: меры медицинской реабилитации, профилактика ухудшения здоровья и усилия по его восстановлению; реабилитация личности, восстановление социофункциональных способностей индивида; максимально раннее и полное возвращение инвалидов к трудовой деятельности; обеспечение внешних возможностей для интеграции инвалидов в общество; создание системы реабилитации, объединяющей централизованные (государственные) и децентрализованные ресурсы.

Рассмотрение многочисленных международных документов необходимо для того, чтобы выяснить, как трансформировалось понимание инвалидности и обязательств Общества 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. Социальная реабилитация в настоящее время признается неотъемлемым правом инвалида и неотъемлемой обязанностью общества перед инвалидом.

Тема № 5 Социальные ограничения инвалидов и модели инвалидности.

Для того чтобы выяснить содержание процесса реабилитации, нужно проанализировать сущность социальных ограничений, рассмотреть те барьеры, которые воздвигает перед человеком инвалидность. Социальные ограничения, порожденные дефектами здоровья, носят комплексный характер и поэтому особенно трудно поддаются компенсации. В первую очередь можно говорить о физическом ограничении, или изоляции инвалида, – это обусловлено либо физи-

ческими, либо сенсорными, либо интеллектуально-психическими недостатками, которые мешают ему самостоятельно передвигаться и/или ориентироваться в пространстве. С другой стороны, факторы внешней среды могут усугубить либо, наоборот, компенсировать влияние этих индивидуальных недостатков. Это ограничение влечет за собой многие последствия, осложняющие положение инвалида, и требует принятия специальных мер, устраняющих пространственную, транспортную, бытовую изоляцию инвалида, эмоциональную депривацию и обеспечивающих возможность трудовой адаптации.

Второй барьер – это трудовая сегрегация, или изоляция, инвалида: из-за своей патологии индивид с ограниченными возможностями имеет крайне узкий доступ к рабочим местам или не имеет его вовсе. В ряде случаев инвалид абсолютно не способен к трудовой деятельности, даже самой простой. Однако в других ситуациях инвалидам представляются (или оказываются доступны) рабочие места, требующие низкой квалификации, предусматривающие монотонный, стереотипный труд и невысокую заработную плату. Такое положение обусловлено не только (или не столько) ограниченностью их индивидуальных физических или интеллектуальных ресурсов, сколько неразвитым характером рынка труда для лиц с особыми нуждами. В условиях «дикой» рыночной экономики адаптация рабочих мест для таких индивидов рассматривается работодателями как невыгодная и нежелательная.

Третьим барьером в жизни инвалидов выступает малообеспеченность, которая является следствием социально-трудовых ограничений: эти люди вынуждены существовать либо на невысокую заработную плату, либо на пособие (которое тоже не может быть достаточным для обеспечения достойного уровня жизни индивида).

Важным и труднопреодолимым барьером для инвалида является пространственно-средовой. Даже в тех случаях, когда лицо с физическими ограничениями имеет средства передвижения (протез, кресло-коляска, специально оборудованный автомобиль), сама организация жилой среды и транспорта не является пока дружественной к инвалиду. Недостает оборудования и при-

способлений для бытовых процессов, самообслуживания, свободного передвижения. Люди с сенсорными нарушениями испытывают дефицит специальных информационных средств, извещающих о параметрах окружающей среды. Для лиц с интеллектуально-психическими ограничениями отсутствуют возможности ориентироваться в среде, безопасно передвигаться и действовать в ней.

Следующее важное препятствие представляет *информационный барьер*, который имеет двусторонний характер. Инвалиды затруднены в получении информации, как общего плана, так и имеющей непосредственное значение для них (исчерпывающие сведения о своих функциональных нарушениях, о мерах государственной поддержки инвалидов, о социальных ресурсах их поддержки). Это вызвано и экономическими причинами (например, невозможность купить или отремонтировать телевизионный или радиоприемник, выписать газету), и дефицитом специальных носителей информации (телепередачи с сурдопереводом, книги брайлевского шрифта, кассеты и диски для слепых и т. д.), и неразвитостью современных глобальных информационных систем (типа Интернет) в нашей стране.

Эмоциональный барьер также является двусторонним, то есть он может складываться из непродуктивных эмоциональных реакций окружающих по поводу инвалида - любопытства, насмешки, неловкости, чувства вины, гиперопеки, страха и т. д. - и фрустрирующих эмоций инвалида: жалость к себе, недоброжелательство по отношению к окружающим, ожидание гиперопеки, стремление обвинить кого-то в своем дефекте, стремление к изоляции и т. д. Подобный комплекс является ретардирующим, т.е. затрудняющим социальные контакты в процессе взаимоотношений инвалида и его социальной среды. И сам индивид с ограниченными возможностями, и его ближайшее окружение остро нуждаются в том, чтобы эмоциональный фон их взаимоотношений был нормализован.

Коммуникативный барьер, обусловлен кумуляцией действия всех вышеперечисленных ограничений, деформирующих личность человека. Расстрой-

ство общения, одна из наиболее трудных социальных проблем инвалидов, является следствием и физических ограничений, и эмоциональной защитной самоизоляции, и выпадения из трудового коллектива, и дефицита привычной информации. Поэтому закономерно, что восстановление нормальных для возраста и социального статуса коммуникаций является одной из наиболее нагруженных целей социальной реабилитации инвалида. Сущность и содержание социальной реабилитации в значительной мере зависит от того, как понимают инвалидность ведущие субъекты этого процесса, из каких идейно-методических оснований исходят. Господствовавшая прежде *медицинская модель* инвалидности исходила из ведущей роли медицины в лечении дефекта, рассматривая инвалида как пациента. Реабилитация, таким образом, рассматривается исключительно с одной стороны - со стороны восстановления трудовых возможностей.

«Социальная модель инвалидности» - это решение проблем, связанных с инвалидностью. Предполагается осуществлять в первую очередь через оказание помощи лицам с функциональными нарушениями, создание системы учреждений социального обслуживания, как комплексных, так и специализированных. В последнее время получает также распространение понятие *«политико-правовая модель инвалидности»*. В соответствии с ней люди, имеющие инвалидность, рассматриваются как социальное меньшинство (minority), права и свободы которого ущемляются посредством внешних ограничений: недоступностью архитектурной среды, замкнутым кругом общения, ограниченным доступом к участию во всех аспектах жизни общества, к информации и средствам коммуникации, культуре и спорту.

Модель культурного плюрализма. Основной акцент здесь делается на понятии равенства: все аспекты жизни общества должны быть одинаково доступны для всех членов общества вне зависимости от их отличий от других.

Тема №6 Принципы и структура социальной реабилитации.

Институт социальной реабилитации инвалидов реализуется в комплексной деятельности, включающей в себя организационные, экономические, гра-

достроительные, собственно реабилитационные действия. Она осуществляется всей совокупностью государственных и муниципальных органов и учреждений социальной защиты, образования, здравоохранения, других сфер в сотрудничестве с негосударственными органами.

Деятельность как государственных, так и негосударственных структур, реализация различных моделей помощи инвалидам в социальной политике по отношению к лицам с ограниченными возможностями в своей основе имеет программу реабилитационных мероприятий, позволяющих индивиду не только адаптироваться к своему состоянию, но в наиболее оптимальной ситуации выработать навыки самопомощи и создания сети социальных связей.

Объем и содержание социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями зависит в немалой степени от тех принципов, которыми руководствуются в своей деятельности субъекты реабилитации, общество в целом, государство, организующие и реализующие соответствующие, социальные программы.

Социальная политика, адресованная инвалидам, была основана первоначально на принципах изоляции и компенсации. Принцип изоляции выражается в создании особых систем обеспечения жизнедеятельности инвалидов, сегрегированных от общих систем: специальных домов для постоянного, иногда пожизненного проживания, особых учебных заведений, специализированных предприятий и т. д.

Принцип компенсации реализуется в мероприятиях, нацеленных на возмещение тех ущербов, которые имеются у инвалидов, в денежной или иной компенсационной форме: выплата пенсий или пособий, предоставление льгот (на пользование транспортом, на лекарства, на квартплату и пр.).

Изменение идеологии политики в отношении инвалидов, переход к восприятию социальной модели инвалидности привели к тому, что на инвалидов и инвалидность распространяется ведущий принцип социального устройства современного общества - принцип равных социальных прав и возможностей индивидов, которые предоставляются каждому члену общества вне зависимо-

сти от его физических, психических, интеллектуальных и прочих особенностей. Все более влиятельно заявляет о себе принцип активного участия самих инвалидов в организации работы служб помощи для них, в формировании и реализации государственной социальной политики по отношению к лицам с ограниченными возможностями. Этот принцип в последнее время активно воплощается в практике реабилитационных служб ряда зарубежных стран в качестве программы «Share your life» - «Формируй свою жизнь». В соответствии с этой программой инвалиды либо получают средства на руки, либо получают право распоряжаться средствами, выделяемыми государственными или муниципальными органами для их реабилитации.

Из практики зарубежных социальных систем пришел к нам принцип независимой жизни лиц с ограниченными возможностями, который заключается в их максимальном развитии и использовании способностей к самообслуживанию, самопомощи и самообеспечению. Идеология независимой жизни рассматривает инвалидность как ограниченное умение человека ходить, видеть, слышать, говорить или мыслить обычным образом, обусловленное психологическими, физиологическими, функциональными нарушениями или аномалиями. Помощь в осуществлении этих функций человек, имеющий инвалидность, может ожидать и получить от социальных служб, создание которых должно быть нормой в обществе, если оно руководствуется принципом равенства прав человека. К числу важнейших относится также принцип неразрывной связи индивида с ограниченными возможностями и социальной среды.

Среда влияет на инвалида по многим направлениям - через общие социальные связи и чувства, через ближайшую социальную сеть, через общественные настроения, предрассудки и ожидания. Даже в стационарном социальном учреждении индивиды находятся под воздействием своего социального окружения - однообразного, монотонного и бедного. Личность инвалида формируется в конкретных социальных условиях. Одним из основополагающих является принцип изучения и сохранения семейных и социальных связей инвалида, ибо для каждого индивида его семья должна являться наиболее совершенной и

функциональной социализирующей и реабилитирующей средой.

Только в условиях семьи инвалиды могут добиться высоких показателей в развертывании своей жизнедеятельности, сохранении социальной и интеллектуальной адекватности, по сравнению с лицами, находящимися в государственных стационарных учреждениях.

Чрезвычайно важен принцип комплексности и последовательности реабилитационных мероприятий, поскольку отдельные несистематизированные меры могут не принести полноценного положительного результата или даже в редких случаях сказаться негативно. Хотя в последнее время все более подчеркивается субъектная роль индивида в его участии в реабилитационном процессе, значение деятельности негосударственных социальных организаций, благотворительных обществ, ассоциаций самопомощи лицам с ограниченными возможностями, ведущим в наших условиях должен оставаться принцип государственных социальных гарантий для инвалидов.

Наша страна социальное государство, которое, принимает на себя ответственность за социальное благосостояние своих граждан.

Результаты кризиса в экономике, стагнация асоциально-экономических трудностей, снижение возможностей трудового самообеспечения даже для вполне здоровых и квалифицированных работников, сокращение в обществе трудовой мотивации приводит к тому, что инвалиды более всех других граждан испытывают затруднение в обеспечении своей жизнедеятельности, реализации своих потребностей - от самых первичных нужд до высших социальных и духовных потребностей. Люди с ограниченными возможностями в ряде случаев не могут надеяться на выживание без систематизированной и всесторонней поддержки государства. Социальная реабилитация как дорогостоящий и ресурсоемкий процесс также должна проводиться на основе зафиксированных в законодательстве социальных гарантий.

Демократический подход, особенно по отношению к инвалидам, требует придерживаться принципа приоритета прав и законных интересов лиц с ограниченными возможностями в ходе реабилитации и в случае конфликта интересов.

Структура социальной реабилитации является предметом дискуссии. Так, Л. П. Храпылина предлагает выделять медицинские меры реабилитации, социальные меры реабилитации, профессиональную реабилитацию. По мнению А. И. Осадчих, инвалидность выступает как проблема деятельности человека в условиях ограниченной свободы выбора и включает в себя такие аспекты, как правовой, социально - средовой, психологический, общественно - идеологический, производственно - экономический, анатомо - функциональный. Каждому из этих аспектов отвечает свое направление реабилитации.

Структура социальной реабилитации как деятельности

Реабилитацию можно рассматривать как разновидность социальной деятельности, а потому ее структуру можно представить схематично следующим образом:



Рис. 1 – Схема структуры социальной реабилитации.

Как показано на рис. 1. субъект реабилитационной деятельности осуществляет реабилитационное воздействие на объект, при этом конкретное содержание этого воздействия определяется поставленными перед объектом целями и задачами, а также планируемыми и достигнутыми результатами. В свою очередь, объект реабилитационного воздействия осуществляет обратную связь, которая может проявляться как в действиях, так и в бездействии объекта как реакции на осуществляемое воздействие.

Тема №7 Социальная среда жизнедеятельности инвалидов.

Жилая среда.

Жилая среда включает микросреду, т. е. жилище, среду обитания, в которой предусматриваются коммунальные удобства, соблюдение санитарных норм

жилой площади, уют жилых помещений, оснащение жилищ мебелью, обеспечивающей безопасность пользования (проживания, передвижения, самообслуживания, досуга и т. д.) и комфортность.

Понятие комфортности жилища включает: бесперебойное энергоснабжение, обеспечивающее возможность освещения, обогрева, приготовления пищи; коммунальные услуги (водопровод, канализацию, центральное отопление), наличие лифтов и мусоропроводов, телефонов и ряд других удобств. Помимо этого общепринятого понятия комфортности, самого элементарного его выражения, комфортность обеспечивается также и архитектурно-планировочными решениями: увеличение санитарных норм жилой площади вспомогательных помещений (кладовых, антресолей, лоджий, помещений для тренажеров и др.)

Указанные понятия и требования комфортности жилищ распространяются на все виды жилых помещений для всех категорий жителей. Применительно к инвалидам понятие комфортности жилищ имеет особую специфику. Эта специфика объясняется тем, что для инвалида должен быть доступ к пользованию комфортными условиями. Этим, по существу, определяется возможность создания доступной среды жизнедеятельности с помощью вспомогательных устройств и приспособлений, специальных архитектурно-планировочных решений.

В жилых помещениях обеспечивается возможность беспрепятственного перемещения инвалида за счет устранения порогов между комнатами и при выходе на балкон, установки горизонтальных настенных поручней, облегчающих передвижение.

Для инвалидов, пользующихся креслами-колясками, предусматривается широкий дверной проем лифта, пандус при выезде из подъезда, пёрила и поручни при сходе с лестницы.

В ВСН 62-91 предусмотрен ряд требований, предъявляемых к жилым зданиям, в которых могут проживать инвалиды. При проектировании жилых зданий учитываются возможности пользования ими инвалидами, в том числе передвигающимися с помощью кресел-колясок или других вспомогательных

средств и приспособлений.

Встроенные в жилые здания или встроенно-пристроенные к ним помещения культурно-бытового и медицинского обслуживания инвалидов следует располагать не выше второго этажа.

Жилые помещения в специализированных жилых зданиях проектируются непроходными в составе жилых ячеек, которые должны объединяться в жилые группы вместимостью не более 25 человек.

В специализированных жилых зданиях для инвалидов и престарелых должны предусматриваться помещения культурно-бытового и медицинского обслуживания.

В зависимости от типа дефекта, функциональных расстройств, поражения конкретной области (опорно-двигательной, психической, сенсорной) специальные приспособления носят специфический характер. В связи с этим личное жилище инвалида, помимо общих требований (комфорт, уют, дизайн, санитарные нормы площади и т. д.), должно отвечать еще и специфическим потребностям инвалидов с учетом типа дефекта.

Специалисты по социальной работе должны быть информированы о тех требованиях, которые предъявляются к жилищам для инвалидов. Эта информация необходима указанным специалистам при решении вопросов расселения инвалидов в приспособленных для них квартирах. Не исключено, что в будущем при рассмотрении проектов жилых домов с квартирами для инвалидов будут принимать участие специалисты по социальной работе.

Градостроительная среда.

В мире свыше 500 млн. человек являются инвалидами в результате умственных, физических или сенсорных расстройств. В силу ущербности здоровья они не могут вести полноценный образ жизни из-за существующих в обществе социальных и физических барьеров, препятствующих их полноценному участию в общественной жизни. В результате этого миллионы людей вынуждены вести такой образ жизни, который ведет к сегрегации и унижению их достоинства.

Важная задача общества состоит в выявлении и устранении барьеров, препятствующих полноценной жизнедеятельности инвалидов. Для обеспечения нормальной жизнедеятельности инвалидов необходимы комфортные условия, создание условий беспрепятственного передвижения, которое основывается на устранении строительных барьеров, дающего возможность свободного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры: жилым, общественным, производственным зданиям, сооружениям и помещениям, местам отдыха и досуга.

Наличие тяжелого физического дефекта формирует у человека определенное отношение к своему заболеванию, что существенно сказывается на социальной активности. Субъективная оценка тяжести состояния является фактором, детерминирующим различную степень социальной активности.

Круг интересов инвалида столь же широк, как у здоровых людей. Можно предположить даже, что он более широк, чем у здорового населения, что объясняется психологически — попыткой компенсировать свой дефект, сделать свою среду обитания более разнообразной. Все жизненно важные потребности инвалидов связаны с необходимостью приспособления среды обитания к анатомическому дефекту и функциональным нарушениям с целью устранения барьеров и создания для инвалидов равных возможностей.

Среда обитания инвалида на уровне макросреды включает городскую инфраструктуру с возможностью досягаемости наиболее нужных объектов быта, культуры, здравоохранения, социального обслуживания и др. Имеется в виду такое расположение объектов, которое позволяет инвалиду достичь их беспрепятственно, самостоятельно.

Решение этого вопроса связано с рациональной планировкой микрорайона, который должен иметь бестранспортные зоны, зоны безопасного перемещения инвалидов, приближение торговых предприятий, учреждений здравоохранения и других объектов к местам наиболее массового заселения лицами, имеющими различные дефекты.

Осуществление трудовой и общественно полезной деятельности инвали-

дов, получение образования, проведение досуга сопряжены с необходимостью передвижения, пользования транспортом, пешеходными дорожками и тротуарами, входами, лифтами, спусками в подземные переходы и т. д. На этом пути встречаются непреодолимые препятствия, которые заставляют инвалидов ограничивать свою жизнедеятельность.

Законодательной базой создания доступной для инвалида адекватной среды обитания является Указ Президента РФ от 2 октября 1992 г. № 1156 “О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности”.

В соответствии с этим Указом не допускается:

- проектирование застройки городов и других поселений;
- разработка проектов на строительство и реконструкцию зданий и сооружений без учета требований доступности их для инвалидов;
- разработка новых средств индивидуального и общественного пассажирского транспорта, связи и информатики без модификаций, приспособленных для пользования отдельными категориями инвалидов;
- застройка городов и других поселений, строительство и реконструкция зданий и сооружений без обеспечения требований доступности для инвалидов, а также серийное производство средств индивидуального и общественного пассажирского транспорта, связи и информатики без модификаций, приспособленных для пользования отдельными категориями инвалидов — с 1 января 1994 г.

Этим документом устанавливается важность создания условий для беспрепятственного доступа инвалидов к социальной инфраструктуре при предоставлении права Министерству социальной защиты населения РФ и закреплении этого, права в соответствующих законодательных и нормативных актах.

Вопросы доступной для инвалидов среды жизнедеятельности прописаны в Законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (ст. 15, 16).

Основными нормативными документами для проектирования доступной для инвалидов среды жизнедеятельности являются строительные нормы и пра-

вила (СНиПы), а также ведомственные строительные нормы и правила (ВСН).

Устранение градостроительных барьеров для инвалидов с патологией опорно-двигательного аппарата создает условия для облегчения их передвижения. Эти условия включают оборудование пешеходных путей, их покрытий, установку пандусов и специальных лестниц, выделение мест для личных автотранспортных средств инвалидов. Указанные условия изложены в ВСН-62-91.

Социальную реабилитацию инвалидов невозможно представить без возможности передвижения, которая является одной из главных сфер жизнедеятельности. Оно дает возможность посещения различных объектов бытового, культурного, производственного, образовательного и спортивного назначения.

Ограниченные возможности передвижения инвалидов обусловлены наличием анатомо-физиологических дефектов нервной и костно-мышечной системы, с одной стороны, и архитектурных и строительных барьеров – с другой.

Наиболее сложные проблемы, с которыми приходится сталкиваться инвалиду, возникают в тех случаях, когда он проживает в городе. Огромные территории города, разбросанность учреждений культурно-бытового обслуживания, удаленность мест проживания от места учебы, работы, зон отдыха, всевозможные строительные-архитектурные барьеры – все это вынуждает инвалида постоянно находиться перед дилеммой: оставаться дома или с огромными трудностями, часто рассчитывая только на постороннюю помощь, покинуть свою квартиру.

Анализ существующей практики перевозки пассажиров, в том числе пассажиров-инвалидов, в общественном транспорте, автобусах, трамваях, метро, поездах пригородного и дальнего сообщения, речных, морских и воздушных судах – показал неприспособленность отечественного общественного транспорта к перевозкам пассажиров-инвалидов в связи с определенными особенностями технологии их перевозки, сказывающейся на объемно-планировочных и конструктивных решениях транспортных средств.

В целях повышения уровня социальной активности инвалидов, их реабилитации и трудоустройства необходимо создание доступных условий их пере-

возки в транспортных средствах, а также создание доступной комплексной системы транспортного обслуживания по схеме «от дома до конечного пункта назначения». Осуществление данного принципа на практике является очень сложной проблемой ввиду вовлечения в транспортную систему таких составляющих элементов, как внутриквартальные дороги, тротуары, переходы, остановки транспортных средств, вокзалы и привокзальные площади, собственно транспортные средства, информационные элементы, функциональные и технические средства для приспособления предметов внешней среды к возможностям инвалида. Общим для всех инвалидов, пользующихся транспортом, является психологический фактор, заключающийся в воздействии мощного пассажиропотока, который создает психологический стресс, эмоциональную напряженность и затрудняет доступ инвалидов к транспорту.

При обсуждении проблемы пользования инвалидами транспортом с целью осуществления всех видов жизнедеятельности необходимо принимать во внимание ряд положений:

- учет типа дефекта (характера патологии);
- выявление степени функциональных расстройств;
- установление способности инвалида к самообслуживанию в условиях пользования транспортом;
- выявление состояния мобильности инвалида, степени ее утраты;
- установление способности инвалида к сбору и обработке информации.

Анализ типов дефектов, лежащих в основе ограничения жизнедеятельности, показал, что наиболее приоритетными являются 4 группы расстройств:

- нарушение опорно-двигательного аппарата;
- патология зрения;
- патология слуха;
- интеллектуальный дефект.

По степени выраженности функциональные расстройства подразделяют на:

- умеренно выраженные;

- выраженные;
- значительно выраженные.

При определении способности инвалида к самообслуживанию возможны следующие градации:

- обслуживает себя полностью;
- обслуживает себя частично;
- не может себя обслужить.

При характеристике состояния мобильности инвалида возможны три градации:

- способность к самостоятельному передвижению;
- вынужден пользоваться для передвижения вспомогательными приспособлениями;
- не способен к самостоятельному передвижению.

Анализ установления способности инвалида к сбору и обработке информации позволяет выделить три градации:

- человек способен к сбору и обработке информации;
- человек способен к сбору информации при отсутствии способности к ее обработке;
- человек не способен к сбору и обработке информации.

При решении вопроса о возможности пользования инвалидами транспортными средствами принимается во внимание не один фактор, а их комплексное взаимодействие.

Применительно к типу дефекта каждая степени функциональных расстройств требует различных вспомогательных устройств.

Социально-психологическая среда.

В социально-психологическом плане инвалидность ставит перед человеком множество проблем. Инвалидность – это специфическая ситуация развития и состояния личности, как правило сопровождающаяся ограничениями жизнедеятельности в самых разнообразных ее сферах. Жизнь человека, ставшего ин-

валидом, резко меняется – в семье из кормильца он превращается в частичного иждивенца, нередко нуждающегося в особом уходе, помощи, зависимого от других. Снижение его продуктивности на производстве вызывает неудовлетворенность, чувство неполноценности. Ломаются прежние социальные роли, социальные связи, возможности инвалида не всегда соответствуют ожиданиям окружающих. Если человек стал инвалидом с детского возраста, то, как правило, он не имеет возможностей для полноценного социального развития, его контакты с окружающими крайне ограничены.

Необходимо подчеркнуть, что важнейшим условием достижения социальной интеграции является внедрение в общественное сознание идеи равных прав и возможностей для инвалидов. В развитых странах этот процесс давно идет. У нас, в стране, к сожалению, идея равных прав и возможностей не только не присутствует в общественном сознании, но лишь недавно начала осознаваться людьми, ответственными за социальную политику в отношении инвалидов, и не получила должного отражения в правовой сфере. Но даже при полном принятии законодательных мер по реализации идеи равных прав и возможностей инвалидов в высших эшелонах власти социальная интеграция не будет достигнута, пока общество не осознает правильность этой идеи. Отход от сегрегированных видов помощи инвалидам (в виде специальных медицинских, учебных учреждений, производственных предприятий и пр.) стал возможен в ряде развитых стран лишь благодаря тому, что в общественном сознании произошел сдвиг, здоровые люди признали за инвалидами равные права и перестали препятствовать их осуществлению.

Взаимоотношения инвалидов и здоровых — мощнейший фактор социальной интеграции. Как показывает зарубежный и отечественный опыт, инвалиды, нередко даже имея все потенциальные возможности активно участвовать в жизни общества, не могут их реализовать просто потому, что здоровые не хотят общаться с ними, работодатели опасаются принять на работу (далеко не всегда эффективна распространенная система квот при трудоустройстве: если предприниматель настроен по отношению к инвалидам негативно, он предпочитает

платить штрафы, но не принимать инвалида на работу). Организационные меры по интеграции, не подготовленные психологически, рискуют сказаться неэффективными. Сложившееся в общественном сознании отношение к инвалидам можно оценить как амбивалентное: с одной стороны, они воспринимаются как отличающиеся в худшую сторону, а с другой — как лишенные многих возможностей, что порождает неприятие и даже враждебность, которые сосуществуют с симпатией сочувствием. Такая амбивалентность дает надежду на улучшение взаимоотношений инвалидов и здоровых, ломку негативных стереотипов.

Надо заметить, что подобное отношение к инвалидам не свойственно только нашему обществу. Зарубежные исследователи уже давно отмечали наличие подобных стереотипов, приписывание инвалидам таких черт, как недоброжелательность, завистливость, недоверие к здоровым, недостаток инициативы. Во взаимоотношениях инвалидов и здоровых выявлялись напряженность, неискренность, желание прекратить контакт и т. п.

Однако тщательная проработка социально-психологических аспектов взаимоотношений инвалидов и здоровых на протяжении многих лет позволила создать и в большой степени реализовать программы по улучшению их взаимоотношений. Необходимо и у нас глубоко изучить эту проблему и создать подобные программы. Эта работа, безусловно, облегчит процесс социальной интеграции.

Часто неблагополучны и семейные взаимоотношения инвалидов. Практически каждый третий инвалид отмечает ухудшение взаимоотношений в семье после получения инвалидности (29,8%).

Чаще всего не могут создать своей семьи так называемые инвалиды с детства. Такое положение является следствием не только физического нездоровья, но и результатом того, что родители не обеспечивают должной социально-психологической адаптации ребенка-инвалида. Такой ребенок не имеет возможности пройти все циклы социализации, взросление его задерживается, на всю жизнь этот человек остается инфантильным, зависимым от других, пассивным, неуверенным в себе, комфортно чувствующим себя лишь в кругу близких.

Психологические проблемы довольно существенно отличаются в семьях с ребенком-инвалидом, со взрослым инвалидом или с престарелым инвалидом.

Так, когда в семье появляется ребенок с ограниченными возможностями, она переживает как бы два кризиса: само по себе рождение ребенка является кризисом в жизненном цикле семьи, ведет к переосмыслению социальных ролей и функций, нередко порождает семейные конфликты, ухудшает экономическое положение семьи. Когда же ребенок имеет признаки инвалидности, то этот кризис переживается с удвоенной остротой. Это чрезвычайно резко меняет социально-экономический статус семьи, нарушает социальные связи. Крайне остро встают психологические проблемы. Установлено, что у подавляющего большинства родителей (в первую очередь у матерей) возникают пограничные нервно-психические расстройства, чувство вины, ощущение собственной неполноценности. Они начинают ощущать неловкость и стыд перед окружающими, сужают круг социальных контактов.

Возникновение проблем во внутрисемейных отношениях в семьях, где инвалидом стал взрослый человек, связано в первую очередь с изменением социальных ролей и обязанностей в семье. Логика социальной роли члена семьи, ставшего инвалидом, может приводить к болезненным как для семьи, так и для самого инвалида последствиям. В результате у инвалида может появиться чувство вины, ненужности, обузы; у членов семьи — скрытые или явные агрессия или недовольство. Супружеские конфликты на этой почве могут привести и к развалу семьи.

Не вполне гармонично складываются и взаимоотношения между инвалидами. Принадлежность человека к категории “инвалид” вовсе не означает, что другие инвалиды будут настроены к нему благожелательно. Опыт работы общественных организаций инвалидов, психологические исследования в этой области показывают, что инвалиды предпочитают объединяться и идентифицировать себя с людьми, имеющими то же заболевание, и нередко негативно относятся к другим. Так, инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата, которые являются, пожалуй, наиболее социально активными (в том числе и в

плане создания общественных организаций инвалидов), отличаются установкой на своеобразное соперничество с инвалидами вследствие других заболеваний, априори оценивая себя более элитной группой.

Анализ социально-психологических особенностей адаптации инвалидов к существующей ситуации выявляет четыре основных типа этой адаптации:

- активно-позитивная позиция, для которой характерно стремление поиска самостоятельного выхода из сложившейся ситуации, сопровождающееся благоприятными социально-психологическими особенностями личности (достаточно высокой самооценкой, удовлетворенностью жизнью и т. п.). К сожалению, представителей этого типа крайне мало;
- пассивно-негативная позиция, в которой неудовлетворенность своим положением (наряду с отсутствием желания самостоятельно улучшить его) сопровождается заниженной самооценкой, психологическим дискомфортом, настороженным отношением к окружающим, тревожностью, ожиданием катастрофических последствий даже от бытовых неурядиц и другими негативными социально-психологическими особенностями;
- пассивно-позитивная позиция, которая при объективно неудовлетворительном социально-экономическом положении и низкой самооценке приводит в целом к относительной удовлетворенности, существующей ситуацией и, как следствие, отсутствию желания активно менять ее в лучшую сторону. Эта позиция характерна для людей старших возрастных групп;
- активно-негативная позиция, которая при психологическом дискомфорте и неудовлетворенности жизнью не отрицает желания самостоятельно изменить свое положение, однако практических последствий это не имеет в силу ряда субъективных и объективных обстоятельств. Такая позиция более характерна для инвалидов преимущественно среднего возраста.

Производственная среда как условие социальной реабилитации

инвалидов.

Реабилитация инвалидов была бы неполной, если бы они не могли реализовывать свой потенциал в условиях производственной трудовой деятельности. Для осуществления наиболее эффективной трудовой деятельности лиц с ограниченными возможностями необходимо создание условий, приспособление производственной среды к потребностям инвалидов. В связи с этим разработаны требования, предъявляемые к планировке промышленного предприятия, где используется труд инвалидов: минимальная протяжённость пешеходных путей передвижения по территории, безопасность передвижения по территории, устройство или изменение элементов, обеспечивающих удобную связь производства с местами проживания инвалидов.

На предприятиях с массовым использованием труда инвалидов, трудовая деятельность которых требует специального инструктажа или выработки специальных навыков в труде или ориентации, должен быть предусмотрен кабинет социальной адаптации.

Например, для лиц с полной или частичной потерей зрения необходимо практическое обучение специальности на полностью оснащенных типовых рабочих местах, обучение ориентации на предприятии на планшетах с рельефными планами или макетами предприятия, цехов, участков производства, ознакомление с системой ориентации на данном предприятии.

Характеристика производственной среды, т. е. условий трудовой деятельности инвалидов, представленная с точки зрения адаптации промышленной территории и производственных зданий к потребностям инвалидов, позволяет судить о важности организации этой среды жизнедеятельности инвалидов как социально-реабилитационной среды. Она дает возможность инвалидам осуществлять активную трудовую деятельность, находиться в производственной и общественной среде на правах "равных возможностей".

Физкультура и спорт как специфическая (оздоровительная) среда в социально-средовой реабилитации инвалидов

Одним из путей вовлечения инвалидов в активную социальную жизнь и

профессиональную деятельность, создание благоприятных условий для их физической, психологической и социальной реабилитации является физкультурно-оздоровительная и спортивная деятельность.

Среди наиболее часто встречающихся ограничений жизнедеятельности у инвалидов является ограничение способности к передвижению. В связи с патологией костно-мышечной системы либо других органов и систем возникает дефицит двигательной активности, что в результате приводит к так называемой гипокинетической болезни. В основе ее лежат гипокинезия и гиподинамия, их кумулятивное воздействие.

Гиподинамия означает абсолютное и относительное снижение объема и интенсивности двигательной активности человека, сопровождающейся малыми мышечными усилиями. Гипокинезия характеризуется низким уровнем затрат энергии на мышечную работу, локальным характером мышечных действий, длительной фиксированностью вынужденной позы, упрощением и обеднением координационной деятельности.

Кумулятивное воздействие гиподинамии и гипокинезии приводит к негативным последствиям, которые проявляются в следующем:

- трофические и дегенеративные изменения опорно-двигательного аппарата, его нервно-мышечного и костного компонентов;
- снижение тонуса мышц, нарушение устойчивости и надежности координации двигательных актов;
- контрактуры суставов, создающие предпосылки для аномального взаиморасположения костей скелета;
- нарушение обменных процессов, приводящее к увеличению объема жировых тканей;
- детренированность мышц живота, негативно отражающаяся на функции пищеварения (атония кишечника);
- нарушение сердечной деятельности и силы сокращения сердечной мышцы;

- изменение дыхания, характеризующееся уменьшением жизненной емкости легких и легочной вентиляции;
- уменьшение объема циркулирующей крови за счет депонирования ее в органах, что сопровождается ослаблением тонуса сосудов и ухудшением снабжения тканей кислородом.

Гиподинамия и гипокинезия являются причиной не только снижения функциональных возможностей организма и сокращения сроков профпригодности, но и оказывают влияние на продолжительность жизни.

Именно физкультура и спорт в силу активирующего воздействия на организм, на повышение уровня физической подготовки, расширение круга общения, стимуляции «духа состязания» рассматривается как оздоровительная среда.

Физическая культура как оздоровительная среда состоит из ряда последовательных этапов, смена которых не обязательно будет осуществлена в каждом конкретном случае. Это зависит от физических и психологических задатков и степени выраженности реабилитационного потенциала.

Признано, что одним из первых этапов, а вместе с тем необходимых компонентов физической культуры является физическое воспитание, которое выполняет функцию систематической физической подготовки, в частности, инвалидов с детства к практической жизни. В ходе физического воспитания формируются личностные свойства инвалида, воля, способность преодолевать трудности.

В процессе физического воспитания осуществляется формирование и совершенствование моторных функций и особенно тех, которые нарушены вследствие патологического процесса. В ходе физического воспитания происходит компенсация основного дефекта и коррекция вторичных нарушений, возникших в связи с основным заболеванием. Двигательные упражнения развивают мышечно-суставное чувство, ориентировку в пространстве, тренируют память на последовательность движений, совершенствуют умение выполнять движения по вербальной инструкции, способствуют укреплению сердечно - сосудди-

стой системы, активизируют обмен веществ, стимулируют интеллектуальные способности инвалидов, улучшают общий тонус организма.

Цель физического воспитания – дать возможность инвалиду самому корректировать и компенсировать свои недостатки.

В основе физического воспитания лежат коррекционно - компенсаторные приемы. Независимо от категории инвалидов, типа дефектов решаются общие оздоровительные задачи, которые предполагают организацию работы таким образом, чтобы оказывать влияние не только на общее состояние, но восстанавливать те или иные нарушенные болезнью функции организма. Эти задачи включают в себя физическое оздоровление, создание условий для правильного физического развития, закаливание, коррекцию особенностей соматического состояния (коррекцию акта дыхания, нарушений сердечно-сосудистой системы).

Воспитательные задачи предполагают выработку определенных психологических черт (воля, настойчивость, чувство коллективизма, организованности, активности, смелости и т. д.), обеспечивают стимуляцию психического развития. Развивается внимание, память, находчивость, улучшается ориентация, осуществляется развитие интеллекта.

В физическом воспитании инвалидов должны широко использоваться все средства системы физического воспитания. Вместе с тем они должны быть разработаны в строгом соответствии с коррекционно-компенсаторными задачами с учетом занимающихся.

Среда в стационарных учреждениях социального обслуживания лиц с ограниченными возможностями

Лица, находящиеся в этих учреждениях, – это инвалиды и пожилые люди, представляющие собой своеобразную общность людей, вынужденно объединенных сходными условиями проживания, стесненным режимом длительного пребывания.

Средовая ситуация в этих учреждениях характеризуется признаками, составляющими понятие «госпитализм». К этим признакам относятся:

- монотонный образ жизни;

- ограниченность связей с внешним миром;
- бедность впечатлений;
- скученность, недостаток жизненного пространства;
- скудость выбора занятий;
- зависимость от персонала;
- отсутствие интимного уюта;
- регламентированность деятельности учреждения.

Многолетнее воздействие этой средовой ситуации негативно сказывается на жизнедеятельности проживающих в этих учреждениях людей. Они становятся малоинициативными, подчиняющимися общему режиму учреждения, у них возникают черты, нивелирующие личностные особенности, характеризующие ограничение их интересов и желаний.

Противопоставлением госпитализму и как выражение социально-средовой реабилитации является терапия средой, которая представляет собой организованное комплексное воздействие на пожилых людей и инвалидов. В центре этого реабилитационного воздействия — создание атмосферы деятельности, занятости, востребованности инвалидов и пожилых людей в общественно полезном труде, т. е. создание активного образа жизни.

Среди методических приемов терапии средой особенно важно:

- расселение с учетом характерологических особенностей пожилых людей и инвалидов;
- группировка проживающих для формирования (восстановления социальных навыков);
- создание микросоциальных групп для трудовой занятости;
- подбор содержательного, развивающего и развлекательного досуга.

Основу организации терапии средой составляет терапия занятостью. Это широкое понятие включает занятость элементарным трудом и любительские занятия.

Занятость трудом, а по существу трудовая терапия понимается как орга-

низация целенаправленной деятельности человека, которая строится на принципах производственных отношений, в которых достигается создание общественно полезного продукта. В условиях стационарных учреждений социального обслуживания при соблюдении этих принципов в процессе трудовой терапии решаются не менее важные другие задачи. Они носят характер психологического воздействия, способствующего адаптации инвалидов и пожилых людей к новым условиям, поскольку в ходе трудовой терапии возникают и утрачиваются межличностные связи. Психологический характер воздействия сказывается и в осознании инвалидов и пожилых людей в приобщении к общественно полезному труду.

Вторая составляющая терапии занятостью представлена тремя основными формами:

- занятия по способностям (музыка, изобразительное искусство, литература);
- занятия прикладного характера (рукоделие, домоводство, фотография и др.);
- участие в коллективных мероприятиях развлекательно - познавательного характера (вечера танцев, экскурсии, литературные, музыкальные вечера и др.).

Терапия средой в широком смысле понимается как использование средовых факторов на проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания. Она ассоциируется с терапевтической средой, под которой понимается система отношений, складывающихся в стационаре и ближайшем окружении (медицинские, социальные работники, вспомогательный персонал). При этом основу коллектива составляют так называемые функциональные группы, каждая из которых имеет четко очерченные задачи самообслуживания и организации пребывания в стационаре. Название групп различное: коммуникативные, социотерапевтические, обучающие и др. Цель этих групп — организация активности, развитие коммуникаций, тренировка социальных ролей. Структура терапевтической среды должна позволять человеку действовать как можно бо-

лее адекватно в соответствии с его индивидуальностью.

Терапия средой в стационарных учреждениях социального обслуживания не только способствует организации активного образа жизни, она также создает предпосылки для социальной интеграции инвалидов как конечной цели реабилитации.

Тема №8 Детская инвалидность, ее структура.

Факторы, влияющие на рост численности детей-инвалидов различны: ухудшение экологической обстановки, низкий уровень качества медицинского обслуживания, ухудшение социально-экономического положения и психофизического здоровья населения в целом, рост алкоголизма и наркомании.

В течение многих лет в России семьи, имеющие детей-инвалидов, были предоставлены сами себе в деле их обучения и воспитания. В лучшем случае, будучи ориентированными, в своих правах, эти семьи пользовались специальными пособиями, пенсиями, и другими льготами. В стране не издавалась специальная литература для родителей, имеющих детей с нарушениями в развитии. Что же касается коррекционно - реабилитационной помощи, специального медико-психологического и социально - педагогического консультирования таких семей, то оно практически не было развито. Это обстоятельство негативным образом сказывалось не только на психическом развитии ребенка, но и на социально-психологическом статусе семьи.

Факторы, дестабилизирующие семью и повышающие степень риска, могут быть в значительной степени нейтрализованы структурами социальной поддержки и социальной помощи, частными и добровольческими инициативами.

В последние годы в России наметилась тенденция к улучшению социальной поддержки семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями. Этому способствовали ряд обстоятельств. К ним относится совершенствование нормативно-правовой базы социальной поддержки таких семей, введение в систему социального обслуживания специалистов по социальной работе, развитие реабилитационных центров, специализированных дошкольных и школьных

учреждений.

Социальная защита семей, воспитывающих детей-инвалидов, является составной частью социальной политики страны.

Указом Президента РФ от 14.05.1996 г. №712 утверждены «Основные направления государственной семейной политики», в том числе, государственной политики по социальной защите семей воспитывающих детей с ограниченными возможностями.

Эти направления следующие:

- обеспечение условий для преодоления негативных тенденций и стабилизации материального положения семей, воспитывающих детей - инвалидов;
- сохранение льготности обеспечения жильём семей, воспитывающих детей-инвалидов;
- обеспечение работников, имеющих детей-инвалидов, благоприятными условиями для сочетания трудовой деятельности с выполнением семейных обязанностей;
- улучшение медико-социальной помощи детям - инвалидам, включая квалифицированное восстановительное лечение, протезирование, санаторное лечение, реабилитационные мероприятия, создание и внедрение программы обучения родителей основам реабилитации и воспитания детей с физическими и умственными недостатками;
- создание системы специализированных социальных служб для семей, воспитывающих детей - инвалидов.

Как показывает отечественный и мировой опыт работы с детьми - инвалидами, успех в реализации планов реабилитации таких детей достигается только, при тесном сотрудничестве всех занятых в этой работе специалистов - врачей, психологов, педагогов и социальных работников - с родителями ребенка. Более того, родители ребенка-инвалида должны рассматриваться в качестве непосредственных исполнителей значительной части реабилитационных мероприятий.

При работе с семьей данной категории, важно учитывать ее специфику, а потому, необходимы специалисты, имеющие специальную подготовку в области психологии, дефектологии, педагогики, медицины.

В настоящее время возникло много детско-подростковых учреждений, предназначенных для коррекционной и реабилитационной работы социальных, социально - психологических, медико-психологических, социально - реабилитационных центров, различных по структуре, задачам, возрасту и социально-психологическим характеристикам воспитанников и основным формам работы с ними. Возникновение таких центров было обусловлено, во-первых, появлением нормативной документации, дающей возможность реализовать на практике реабилитацию детей с особыми нуждами, а во-вторых, стремительным увеличением количества детей, нуждающихся в специализированной помощи.

В работе специалистов Центра с семьей ребенка-инвалида можно выделить следующие направления:

- социально-экономическая помощь, которую могут получить малообеспеченные семьи, имеющие детей-инвалидов в отделении социально-экономической помощи;
- социально-правовая помощь, осуществляется юристом Центра и предусматривает консультации по вопросам законодательства, льготного обеспечения, выплаты пособий и компенсаций;
- медико-социальная помощь, выполняется специалистами медико - социального отделения и включает в себя следующие компоненты:
- содействие в медицинской реабилитации. Врачом терапевтом медико-социального отделения осуществляется реабилитация детей, больных ДЦП с применением рефлекторно-тренажерного устройства «Гравитон». Дети с нарушениями в развитии проходят курс ЛФК и механотерапии.
- психологическая и психотерапевтическая помощь, осуществляется психологом и психотерапевтом Центра;

- содействие в получении медицинских услуг, консультаций специалистов. Эта работа осуществляется специалистами медико - социального отделения в сотрудничестве с медико-социальными отделениями детских поликлиник, женской консультацией, Центром планирования семьи;
- социальный патронаж семей.

Ухудшение социально-экономического положения семей, темпы роста, детской инвалидности требуют повышенного внимания со стороны органов здравоохранения, социальной защиты, образования, общественных организаций, добровольческих инициатив. В целях повышения эффективности работы социальных служб по улучшению экономического, социального, психологического статуса семьи, воспитывающей ребенка-инвалида, необходимо:

- развитие социальной инфраструктуры;
- улучшение информационного обеспечения проблем инвалидности, формирование общественного сознания, издание и распространение специальной методической литературы;
- расширение комплекса услуг, оказываемых детям-инвалидам и их семьям специалистами социальных служб, освоение новых программ психолого-педагогической реабилитации детей-инвалидов и их родителей.
- активизировать работу специалистов социальных учреждений по участию в федеральных целевых программах, различных конкурсах проектов социальной направленности;
- развитие преемственности в деятельности различных учреждений и организаций, осуществляющих работу с детьми-инвалидами и их семьями, разработка единой программы действий;
- создание в Центре социальной помощи семье и детям единой информационной базы по семьям, имеющим детей-инвалидов, отражающей социально - экономический, физиологический, социально - психологический статус ребенка-инвалида и всех членов его семьи;

- введение специализации «Специалист по социальной работе с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями» в учебных заведениях, готовящих специалистов по социальной работе;
- расширение сети общественных некоммерческих организаций, добровольческих объединений, оказывающих содействие родителям, воспитывающим детей-инвалидов, в самоактуализации, активизации собственных ресурсов; популяризация их деятельности.

Трудности, с которыми сталкивается семья, воспитывающая ребенка с ограниченными возможностями, отличаются от проблем обычной семьи и требуют повышенного внимания со стороны государственных структур, общественных организаций. Поле деятельности специалиста, работающего с семьей данной категории, очень широко и нуждается в дальнейшем исследовании и развитии. Что касается организации взаимодействия специалистов различного профиля в реабилитационном процессе, то она строится, исходя из этапов этого процесса: 1) предварительная диагностика; 2) первичная и углубленная диагностика; 3) комплексная коррекция и реабилитация; 4) завершающий этап – ре-адаптация ребенка в микро- и макросоциум.

На *первом этапе*, исходя из всего сказанного выше, ведущая роль принадлежит совместному обследованию ребенка нейропсихологом и врачом. Задача первого этапа, на котором решается вопрос о возможности приема ребенка в данную конкретную реабилитационную систему, исходя из принятых в этой системе критериев включения и отсева, состоит также в уточнении круга специалистов, необходимых для более полной диагностики нарушений ребенка, и выработке первоначальных, предварительных рекомендаций для участников предстоящего реабилитационного процесса.

На *втором этапе*, проходящем одновременно с началом коррекционного процесса, проводятся скрининговые и индивидуальные углубленные обследования различными специалистами, по показаниям вырабатываются индивидуальные планы комплексной реабилитации.

Важнейшая задача данного этапа – назначение каждому ребенку курато-

ра, т.е. специалиста, в помощи которого в первую очередь этот ребенок нуждается, который обязан, помимо своей специфической работы, организовывать участие других необходимых специалистов и который ответственен за результат реабилитационного процесса. При достаточной длительности данного процесса и изменениях в состоянии ребенка куратор, естественно, может меняться.

На *третьем этапе* необходимо максимальное использование возможностей ребенка для его адаптации к жизни в обществе, причем акцент должен сместиться с медицинского на психолого-педагогический характер помощи. Это необходимо, с одной стороны, для предупреждения развития инвалидизации личности ребенка, а с другой стороны — никакой врач (по характеру своей деятельности) не в состоянии обеспечить сопровождение процесса формирования психики ребенка. Социальной реабилитацией должны заниматься профессионалы, деятельность которых направлена на психический системогенез человека. Долг специалистов - обеспечить оптимальный режим для актуализации всех потенциальных ресурсов психики ребенка. Для этого необходимо разрабатывать комплексные программы реабилитации, сочетающие различные формы и виды коррекции (медицинские, психологические, педагогические и социальные), их взаимодействие и преемственность.

Особо следует отметить тот факт, что собственно социореабилитационной работе, как правило, не уделяется достаточно внимания. Важно учитывать, что, попадая в реабилитационный центр, ребенок обретает своеобразную нишу, в которой, как правило, чувствует себя более комфортно и выход, из которой в естественную среду следует специальным образом готовить, чтобы не спровоцировать срыва адаптации. Этот вопрос еще предстоит подробно разрабатывать.

Наконец, *четвертый этап* – этап социальной интеграции ребенка в социум со всеми его проблемами и угрозами, представляется на сегодняшний день наименее разработанным или вообще не разработанным. Здесь решающая роль должна принадлежать социальному педагогу. Наиболее оптимальной формой

адаптации является постепенное встраивание ребенка в модель социума в условиях реабилитационного центра с последующей интеграцией в жизнь микросоциума: интеграционная реабилитационная группа по месту жительства, оздоровительная группа, интегративные объединения дополнительного образования. И, наконец, постепенное введение в жизнь макросоциума. На данном этапе реабилитационная работа должна проводиться не только с ребенком, но и с обществом. Нужно формировать адекватное отношение к ребенку с особыми потребностями у общественности с помощью просветительской работы и через средства массовой информации.

Главная проблема ребенка с ограниченными возможностями заключается в его связи с миром, в ограничении мобильности, бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограниченности общения с природой, доступа к культурным ценностям, а иногда - и к элементарному образованию. Эта проблема является не только субъективного фактора, каковым является социальное, физическое и психическое здоровье, но и результатом социальной политики и сложившегося общественного сознания, которое санкционирует существование недоступной для инвалида архитектурной среды, общественного транспорта, отсутствие специальных социальных служб.

Ребенок, имеющий инвалидность - часть и член общества, он хочет, должен и может участвовать во всей многогранной жизни.

Ребенок, имеющий инвалидность может быть так же способен и талантлив, как и его сверстники, не имеющие проблем со здоровьем, но обнаружить свои дарования, развить их, приносить с их помощью пользу обществу, ему мешает неравенство возможностей.

Ребенок - не пассивный объект социальной помощи, а развивающийся человек, который имеет право на удовлетворение разносторонних социальных потребностей в познании, общении, творчестве.

Государство не просто призвано предоставить ребенку, имеющему инвалидность, определенные льготы и привилегии, оно должно пойти навстречу его социальным потребностям и создать систему социальных служб, позволяющих

нивелировать ограничения, препятствующие процессам его социальной реабилитации и индивидуального развития.

Человек с ограниченными возможностями должен рассматриваться, как эксперт, активно участвующий в реализации программ собственной реабилитации. Выравнивание возможностей обеспечивается с помощью социальных служб, помогающих преодолеть специфические трудности ребенка, имеющего инвалидность, на пути к активной самореализации творчеству, благополучному эмоциональному состоянию в детском сообществе.

Тема № 9 **Виды реабилитации.**

Начальное звено системы общей реабилитации инвалидов - *медицинская реабилитация*, которая представляет собой комплекс мер, направленных на восстановление утраченных функций или компенсацию нарушенных функций, замещение утраченных органов, приостановление прогрессирования заболеваний. Медицинская реабилитация неразрывна с лечебным процессом - уже в ходе реализации медицинских услуг потерявшего здоровье индивида должен предусматриваться наиболее полный учет возможностей дальнейшей реабилитации: минимально травмирующая операция, удобные для протезирования результаты ампутаций и т. д. Возможно, что этот процесс должны начинать уже специалисты по социальной работе лечебных учреждений после того, как больной выведен из острого состояния.

Медицинская реабилитация - система комплексных мероприятий, включающих в себя воздействие, как на пораженный орган, так и на весь организм инвалида. Вторым крупным разделом медицинской реабилитации является восстановительная и реконструктивная хирургия, которая восстанавливает пораженные органы, создает органы или их части взамен утраченных, а также устраняет нарушения внешности, полученные в результате заболевания или травмы. Помимо хирургического пути, восстановление утраченных органов может осуществляться при помощи протезирования.

Медицинская реабилитация инвалида в большинстве случаев должна осу-

ществляться пожизненно, так как для предотвращения негативной динамики состояния индивида необходимы меры его медицинской поддержки и оздоровления.

Следующий вид реабилитации - *психологическая реабилитация*, является самостоятельным направлением реабилитационной деятельности, направленным на преодоление страха перед действительностью, изживание социально-психологического комплекса «калеки», укрепление активной, деятельной личностной позиции.

Педагогическая реабилитация включает в себя, в первую очередь, мероприятия воспитательного и обучающего характера в отношении несовершеннолетних инвалидов, направленные на то, чтобы больной ребенок овладел по возможности знаниями, умениями и навыками самоконтроля и осознанного поведения, самообслуживания, получил необходимый уровень общего или дополнительное школьное образование.

Важнейшая цель этой деятельности, ее психологическая составляющая - выработка у ребенка уверенности в собственных возможностях, создание установки на активную самостоятельную жизнь. В ее рамках осуществляется также профессиональная диагностика и профессиональная ориентация несовершеннолетнего инвалида, обучение его соответствующим трудовым навыкам и умениям.

В отношении взрослых инвалидов педагогическая реабилитация должна включать подготовку или переподготовку к новой профессии, основанной на доступных для них видах продуктивной деятельности. Также это осуществляется параллельно с внушением этим лицам уверенности, что полученные ими знания и навыки помогут в трудоустройстве, в сохранении ими социального статуса и материального достатка.

Один из видов реабилитации - *социальная реабилитация инвалидов*, что подразумевает деятельность по социально-бытовой адаптации и социально-средовой реабилитации.

Необходимость *социально-средовой реабилитации* лиц с утраченными

функциями обусловлена тем, что инвалидность приводит к значительному числу ограничений в возможностях самообслуживания и передвижения, которые здоровый человек использует, даже не задумываясь об их значимости. Инвалид же может оказаться зависимым от посторонней помощи в самых повседневных, простых, интимных потребностях. Поэтому должны проводиться два параллельных процесса: организация жилища, среды обитания инвалида соответствующими приспособлениями, которые обеспечат ему относительно самостоятельное выполнение бытовых функций, осуществление санитарно - гигиенических мероприятий, с одной стороны, и обучение инвалида пользованию этими приспособлениями - с другой стороны.

Важным видом реабилитации является – трудотерапия. В учреждениях социальной реабилитации для лиц с ограниченными возможностями (или на базе отделений комплексных центров социального обслуживания) все шире применяются технологии трудотерапии именно в таком буквальном смысле слова: создаются мастерские или мини-производства, где инвалиды, обслуживаемые центром, могут восстановить или приобрести трудовые навыки, участвовать в труде производственного коллектива, почувствовать свою общественную востребованность и, кроме того, заработать себе дополнительно некоторые средства. Социально-трудовая адаптация инвалидов включает в себя также направленный к единой цели комплекс мероприятий: приспособление производственной среды к нуждам и потребностям инвалида, адаптацию инвалида к требованиям производства.

Социальная реабилитация в условиях стандартной производственной среды требует достаточно значительных усилий и расходов, так как по общему правилу проекты производственных мощностей и инфраструктура предприятий проектируется на основе требований, далеких от нужд инвалидов. Во многих случаях устаревшие технические средства и пространственные решения, складывавшиеся десятилетиями, затрудняют деятельность также вполне здоровых рабочих. Для инвалидов же данные препятствия могут оказаться практически непреодолимыми.

Одним из перспективных видов реабилитации является *обучение и переобучение инвалидов*, предоставление им в процессе переподготовки новой профессии или специальности, обучение навыкам работы по прежней специальности в условиях утраты ряда возможностей или функций.

Профориентация и профессиональное обучение инвалидов строится на основе углубленной профессиональной диагностики их в процессе взросления (для детей-инвалидов) или после завершения медицинской реабилитации (для взрослых инвалидов). Разрабатываются показания к тем профессиями, которыми могут заниматься инвалиды. Чаще всего речь идет о массовых профессиях, требующих сравнительно скромной общеобразовательной и профессиональной подготовки. Такой подход оправдан, если речь идет о лицах с ограничениями по интеллекту или об умственно полноценных лицах, не имеющих возможности по условиям своей социализации получить качественное образование.

Еще одним ресурсом расширения возможностей социально-трудовой реабилитации инвалидов является сфера творческих занятий. Несмотря на двигательные или даже интеллектуальные ограничения, творческий реабилитационный потенциал как юных, так и взрослых инвалидов может быть довольно значительным (не говоря уже о лицах с психическими проблемами, которые иногда несут в себе настоящую талантливость). Создание возможностей для реализации в этой области представляет собой дополнительный канал реабилитационной деятельности для инвалидов.

Образовательная реабилитация инвалидов - сложный комплекс, который включает в себя процессы получения инвалидами необходимого общего образования, при необходимости - различных уровней и видов специального или дополнительного образования, профессиональной переподготовки для получения новой профессии. Образовательная реабилитация частично перекрывается педагогической, однако социальный смысл этого явления шире. В современных условиях доступ к современному и качественному образованию является одним из важнейших социальных ресурсов, обеспечивающих достойный социальный старт, развитие и полноценное существование индивидов. Блокада этого досту-

па для лиц с ограниченными возможностями практически перекрывает для них потенциал социального развития, перспективы материальной самообеспеченности, достойной карьеры, высокого социального образовательная реабилитация является в значительной мере путем и средством восстановления и повышения социального статуса индивида с расстройством тех или иных функций.

Социокультурная реабилитация составляет важный элемент реабилитационной деятельности, так как удовлетворяет блокированную у инвалидов потребность в информации, в получении социально-культурных услуг, в доступных видах творчества, даже если они не приносят никакого материального вознаграждения.

Относительная самостоятельность эмоционально-творческой сферы психики, отсутствие жестко детерминированных связей ее с физическим или интеллектуальным статусом индивида приводит к тому, что стимуляция развития этой стороны личности и деятельности человека с ограниченными возможностями позволяет иногда «обходными путями» интенсифицировать также реабилитацию умственных или физических возможностей лица с функциональными ограничениями. Социокультурная деятельность выступает важнейшим социализирующим фактором, приобщая людей к общению, согласованию действий, восстанавливая их самооценку.

В качестве элемента социокультурной реабилитации можно рассматривать спортивную реабилитацию инвалидов, в которой особенно сильны механизмы соперничества, действующие также зачастую в сфере творческой реабилитации. Помимо общего оздоравливающего воздействия, занятия спортом и участие в специальных соревнованиях для инвалидов повышают степень координации движений, развивают общение, воспитывают командные навыки.

Социальная реабилитация – это результат реабилитационной деятельности, может достигаться только в результате совокупности действий в рамках всех названных выше направлений реабилитации, только в ходе их реализации возможно истинное и полноценное восстановление способностей индивида к социальному функционированию.

Все эти виды реабилитации относятся лишь к тем лицам, у которых имеется (или сохранился) достаточно обширный потенциал реабилитации. Отсутствие способностей к социальному функционированию, вызванное различными формами слабоумия, рядом психических заболеваний, делает излишним в ряде случаев вопрос о социальной реабилитации такого лица.

Процесс реабилитации является целостным и комплексным; выпадение или пропуск того или иного направления или формы реабилитации не только ведут к ущемлению возможностей социального функционирования для индивида с ограниченными возможностями, но также и к неэффективной, неполной реабилитации в тех направлениях, которые были реализованы. Это объясняется как целостностью человеческой личности, все стороны и проявления которой взаимосвязаны, так и целостностью социального бытия.

Тема №10 Формы и методы реабилитации.

Осуществление всех направлений социальной реабилитации происходит в рамках индивидуальной программы реабилитации (ИПР), которая дает возможность учитывать физические и психофизиологические особенности инвалида и связанный с ними реабилитационный потенциал.

В соответствии со ст. 11 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», индивидуальная программа реабилитации инвалида - разработанный на основе решения Государственной службы медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых норм и форм собственности.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно в соответствии с федеральной базовой программой реабилитации инвалидов, так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимают участие либо сам инвалид, либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых норм и форм собственности.

Объем реабилитационных мероприятий, предусматриваемых индивидуальной программой реабилитации инвалида не может быть меньше установленного федеральной базовой программой реабилитации инвалидов.

Индивидуальная программа реабилитации имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством или видом реабилитации, включая автомобили, кресла-коляски, протезно-ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом, другими аналогичными средствами.

Если предусмотренное индивидуальной программой реабилитации техническое или иное средство либо услуга не могут быть предоставлены инвалиду или если инвалид приобрел соответствующее средство либо оплатил услугу за собственный счет, то ему выплачивается компенсация в размере стоимости технического или иного средства, услуги, которые должны быть предоставлены инвалиду.

Отказ инвалида (или лица, представляющего его интересы) от индивидуальной программы реабилитации в целом, или от реализации отдельных ее частей, освобождает соответствующие органы государственной власти, органы местного самоуправления, а также организации независимо от организационно-правовых норм и форм собственности от ответственности за ее исполнение и не дает инвалиду право на получение компенсации в размере стоимости реабили-

тационных мероприятий, предоставляемых бесплатно.

Основными принципами формирования ИПР являются:

- индивидуальность;
- непрерывность;
- последовательность;
- преемственность;
- комплексность.

Индивидуальность реабилитации означает необходимость учета конкретных условий возникновения, развития и возможностей исхода инвалидности у данного индивидуума.

Непрерывность предполагает организационное и методическое обеспечение неразрывности единого процесса реализации различных реабилитационных мероприятий. В противном случае происходит резкое снижение их эффективности.

В то же время необходимо соблюдать определенную последовательность в проведении реабилитации, диктуемую особенностями течения заболевания инвалида возможностями его социально-средового окружения, организационными аспектами реабилитационного процесса.

Преемственность этапов реабилитации заключается в учете конечной цели последующего этапа при проведении мероприятий предыдущего. В основном различают следующие этапы реабилитации: экспертная диагностика и прогнозирование, формирование и реализация индивидуальной программы реабилитации, динамический контроль за отдельными результатами реабилитации.

Комплексность реабилитационного процесса означает необходимость учета на всех его этапах многочисленных аспектов реабилитации: медицинских, психофизиологических, профессиональных, санитарно-гигиенических, социально-средовых, правовых, учебно-производственных т.д.

ИПР состоит из трех программ:

- 1) программы медицинской реабилитации;
- 2) программы профессиональной реабилитации;

3) программы социальной реабилитации.

Программа социальной реабилитации в ИПР включает:

- информирование и консультирование по вопросам социально-бытовой реабилитации инвалидов;
- обучение инвалида самообслуживанию, включая информирование о технических средствах реабилитации, обучение технике и методическим приемам для самообслуживания, обучение правилам личной гигиены (причесывание, умывание, чистка зубов), пользованию одеждой, одеванию, раздеванию, приему пищи и др. Особенности обучения во многом определяются видом инвалидизирующей патологии и тяжестью ограничения жизнедеятельности. Адаптационное обучение инвалидов включает «обучение жизни с инвалидностью», в том числе вопросы диетотерапии, режима дня, информирования об особенностях течения болезни и др.;
- адаптационное обучение семьи инвалида должно обеспечивать информирование, консультирование и обучение семьи инвалида по различным вопросам: характере течения заболевания инвалида, возникающих ограничениях жизнедеятельности, связанных с ними социально-психологических, физиологических и экономических проблемах; видах и формах социально-бытовой помощи инвалиду, видах технических средств реабилитации и особенностях их эксплуатации; видах реабилитационных учреждений, их местоположении и спектре оказываемых ими услуг и т. д.;
- обучение инвалида пользованию техническими средствами реабилитации должно обеспечить соответствие эргономических требований физическим и психофизиологическим потребностям инвалида;
- организация жизни инвалида в быту, включая архитектурно-планировочное решение проблемы адаптации жилого помещения к потребностям инвалида, оснащение техническими средствами реабилитации, перепланировку жилых помещений;

- обеспечение инвалида, техническими средствами реабилитации, включая подбор технических средств в соответствии с медико-социальными показаниями, доставку технического средства, его сервисное обслуживание; обучение персональной сохранности, которое включает овладение знаниями и навыками таких видов деятельности, как пользование газом, электричеством, туалетом, ванной, транспортом, лекарствами и др.;
- обучение социальным навыкам, которое включает освоение знаний и навыков, позволяющих инвалиду приготавливать пищу, убирать помещение, стирать белье, осуществлять ремонт одежды, работать на приусадебном участке, пользоваться транспортом, посещать магазины, предприятия бытового обслуживания;
- обучение социальному общению, которое включает обеспечение возможности инвалида посещать друзей, кино, театры и др.;
- обучение социальной независимости, которое должно быть направлено на возможность самостоятельного проживания, возможность распоряжаться деньгами, пользоваться гражданскими правами, участвовать в общественной деятельности;
- оказание помощи в решении личных проблем, включает обеспечение инвалидам контроля рождаемости, получение знаний в области полового воспитания, воспитания детей и др.;
- консультирование по правовым вопросам, которое должно обеспечивать правовую помощь инвалиду в область социальной защиты и реабилитации;
- обучение навыкам проведения отдыха, досуга, занятия ми физкультурой и спортом, которое включает приобретение знаний и навыков о различных видах спортивной и досуговой деятельности, обучение пользованию для этого специальными техническими средствами, информирование о соответствующих учреждениях, осуществляющих данный вид реабилитации.

При формировании программы социальной реабилитации необходимо определить:

- исполнителя (наименование учреждения);
- форму реабилитации (амбулаторная, стационарная, пансионат, отделение дневного пребывания, клубная);
- сроки выполнения (даты начала и окончания реабилитационного мероприятия);
- объем (содержание и количество реабилитационных мероприятий);
- прогнозируемый результат (возможность компенсации ограничений жизнедеятельности, достижение самообслуживания, самостоятельного проживания, интеграции в общество).

При невыполнении Программы социальной реабилитации должна быть запись с указанием причины, подпись ответственного лица и печать.

Инвалид подписывает разработанную Программу социальной реабилитации. Исполнение ИПР осуществляется реабилитационными учреждениями любой формы собственности при наличии лицензии на право заниматься этим видом деятельности.

Контроль за реализацией ИПР осуществляется Бюро МСЭ при очередном освидетельствовании, а также при назначаемых в отдельных случаях освидетельствованиях в порядке динамического наблюдения.

ИПР в реабилитационном цикле имеет то преимущество, что она учитывает все потенциальные возможности инвалида, что позволяет достигать при адекватных мероприятиях наибольшего успеха.

Тема №11 Государственная политика в отношении инвалидов и их реабилитации.

Государство, обеспечивая социальную защищенность инвалидов, призвано создавать им необходимые условия для индивидуального развития, реализации творческих и производственных возможностей и способностей путем учета потребностей инвалидов соответствующих государственных программах,

предоставления социальной помощи в предусмотренных законодательством видах в целях устранения препятствий в реализации инвалидами прав на охрану здоровья, труд, образование и профессиональную подготовку, жилищных и иных социально-экономических прав.

Государство устанавливает инвалидам гарантии для реализации их прав и законных интересов, проявляет особую заботу о детях-инвалидах.

К наиболее актуальным задачам социальной политики в отношении инвалидов» является обеспечение им равных со всеми другими гражданами Российской Федерации возможностей в реализации прав и свобод, устранение ограничений в их жизнедеятельности, создание благоприятных условий, позволяющих инвалидам вести полноценный образ жизни, активно участвовать, в экономической, социальной и политической жизни общества, а также выполнять свои гражданские обязанности.

Государственные структуры, неправительственные организации и общественные объединения, частные инициативы призваны осуществлять меры, направленные не только на охрану здоровья населения и профилактику инвалидности, но и на создание условий для реабилитации инвалидов, их интеграции и реинтеграции в общество и профессиональную деятельность.

Эффективным механизмом реализации государственной политики в решении проблем инвалидов в Российской Федерации стали целевые федеральные и региональные программы, объединяющие усилия различных ведомств. В 1994 г. начато финансирование программы «Разработка и производство технических средств реабилитации для обеспечения инвалидов». Разработана также федеральная программа «Социальная поддержка инвалидов». В рамках Федеральной комплексной программы «Дети России», распространяющейся на все детское население Российской Федерации предусмотрена такая программа как «Дети-инвалиды».

Реализация федеральных программ должна создать условия, отвечающие требованиям и нормам цивилизованного государства, при которых инвалид, как и любой гражданин, имеет возможность на равных условиях получить образо-

вание, трудиться, материально обеспечивать себя и иметь доступ ко всем объектам социальной, производственной и хозяйственной инфраструктуры.

В этих условиях основной задачей социальной работы с инвалидами является деятельность по объединению усилий, как государственных органов, так и общественных и частных инициатив, групп самопомощи для наиболее полного удовлетворения потребности данной категории населения и самореализации лиц с ограниченными возможностями.

Развертыванию социальной работы с инвалидами по их интеграции, общество должно способствовать созданию сети реабилитационных центров для лиц с ограниченными возможностями, где осуществлялась бы профориентация; проводились бы профобучение, консультирование по психологическим правовым и организационным проблемам; предлагалась бы конкретная помощь при обеспечению и в трудоустройстве.

Нормативно-правовая база работы с инвалидами

Зарубежный и отечественный опыт свидетельствует, что социальную работу с лицами, имеющими инвалидность, необходимо осуществлять на основе и с учетом нормативно-правовой базы документов мирового сообщества (учредительные акты, декларации, пакты, конвенции, рекомендации и резолюции ООН, ВОЗ, МОТ, ЮНЕСКО, ЮНИСЕФ и др.), законодательных актов Межпарламентской Ассамблеи государств - участников СНГ, законов и подзаконных актов СССР, РСФСР и Российской Федерации.

К основополагающим документам мирового сообщества относятся Всемирная декларация прав человека (1948 г.), Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.), Декларация социального прогресса и развития (1969 г.). Декларация о правах инвалидов (1971 г.), Декларация о правах умственно отсталых лиц (1971 г.). Конвенция о правах ребенка (1989 г., особенно ст. 23 - 27), Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей (1990 г.), Конвенция и Рекомендация о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов (1983 г.) и др.

В российском законодательстве права инвалидов зафиксированы в таких

важнейших документах, как Декларация прав и свобод человека и гражданина, принятая Верховным Советом РСФСР 22 ноября 1991 г., Конституция Российской Федерации, принятая всенародным голосованием 12 декабря 1993 г., Закон Российской Федерации «О защите инвалидов в Российской Федерации» от 20 июля 1995 г., Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, принятые Верховным Советом Российской Федерации 22 июля 1993 г., Указы Президента Российской Федерации «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов» и «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности» от 2 октября 1992 г., постановление Совета Министров Правительства Российской Федерации «О научном и информационном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов» от 5 апреля 1993 г.

Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»

Глава III. РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ

Статья 9. Понятие реабилитации инвалидов

Статья 10. Федеральная базовая программа реабилитации инвалидов

Федеральная базовая программа реабилитации инвалидов - это гарантированный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно за счет средств федерального бюджета.

Федеральная базовая программа реабилитации инвалидов и порядок ее реализации утверждаются Правительством Российской Федерации.

Реабилитационные технические средства и услуги предоставляются инвалидам, как правило, в натуральной форме.

Статья 11. Индивидуальная программа реабилитации инвалида

Статья 12. Государственная служба реабилитации инвалидов

Государственная служба реабилитации инвалидов - совокупность органов государственной власти независимо от ведомственной принадлежности, органов местного самоуправления, учреждений различного уровня, осуществляю-

щих мероприятия по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.

Координация деятельности в сфере реабилитации инвалидов осуществляется Министерством социальной защиты населения Российской Федерации.

Реабилитационными являются учреждения, осуществляющие процесс реабилитации инвалидов в соответствии с реабилитационными программами.

Федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации с учетом региональных и территориальных потребностей создают сеть реабилитационных учреждений и обеспечивают развитие системы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов, организуют производство технических средств реабилитации, развитие услуг для инвалидов, способствуют развитию негосударственных реабилитационных учреждений, а также фондов различных форм собственности и взаимодействуют с ними в осуществлении реабилитации инвалидов.

Финансирование реабилитационных мероприятий осуществляется за счет средств федерального бюджета, средств бюджетов субъектов Российской Федерации, федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации (в соответствии с положениями об указанных фондах), других источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации. Финансирование реабилитационных мероприятий, включая содержание реабилитационных учреждений, допускается на основе кооперирования бюджетных и внебюджетных средств.

Порядок организации и деятельности Государственной службы реабилитации инвалидов определяется Правительством Российской Федерации.

Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24 июля 1998 года №124-ФЗ

Статья 10. Обеспечение прав детей на охрану здоровья.

В целях обеспечения прав детей на охрану здоровья федеральные органы

исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, осуществляют в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения мероприятия по оказанию детям бесплатной медицинской помощи, предусматривающие профилактику заболеваний, медицинскую диагностику, лечебно-оздоровительную работу, в том числе диспансерное наблюдение, медицинскую реабилитацию детей-инвалидов и детей, страдающих хроническими заболеваниями, и санаторно-курортное лечение детей.

Федеральный закон «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» от 29 апреля 1999 года №80-ФЗ

Статья 18. Организация физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий с инвалидами.

- Развитие физической культуры и спорта инвалидов направлено на повышение их двигательной активности и является неперенным и определяющим условием всесторонней реабилитации и социальной адаптации инвалидов.
- Организация занятий физической культурой и спортом в системе непрерывной реабилитации инвалидов, в том числе детей с отклонениями в физическом развитии, профессиональная подготовка социальных работников, работников физкультурно-спортивных организаций, методическое, медицинское обеспечение и врачебный контроль осуществляются образовательными учреждениями, учреждениями здравоохранения, учреждениями социальной защиты и организациями физической культуры и спорта в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Примерное положение «Об индивидуальной программе реабилитации инвалида» (утверждено Постановлением Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 14 декабря 1996 г. № 14).

Приказ МинСоцЗДРАВ РФ от 29 ноября 2004 г. №287 «Об утверждении

формы индивидуальной программы реабилитации инвалида, выдаваемой федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы».

Семейный кодекс Российской Федерации.

Все дети, независимо от состояния их здоровья, имеют право жить и воспитываться в семье (ст.54 Кодекса). Воспитание детей в семье обеспечивается наличием у родителей ребенка так называемых родительских прав. Родительские права фактически выступают и как обязанности родителей. Их ненадлежащее осуществление является основанием для лишения родителей таких прав или для ограничения их в правах (ст. 69, 70 Кодекса).

Если у ребенка нет родителей, родительские права предоставляются другим лицам-усыновителям, опекунам либо попечителям. При отсутствии лиц, заменяющих родителей, дети помещаются на воспитание в государственные детские учреждения - дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, дома-интернаты.

Закон возлагает на родителей также обязанности по содержанию детей: родители обязаны содержать своих несовершеннолетних и нетрудоспособных совершеннолетних детей, нуждающихся в помощи. Согласно ст. 85 Кодекса, в случаях тяжелой болезни, увечья, инвалидности ребенка и других обстоятельствах родители, уплачивающие алименты на несовершеннолетних детей, могут быть привлечены к участию в дополнительных расходах. Размер участия в таких расходах определяется судом с учетом материального и семейного положения родителя.

Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей от 30.09.1990 г.

(Извлечение)

Следует уделять больше внимания, проявлять заботу и оказывать поддержку детям-инвалидам, а также другим детям, находящимся в крайне трудных условиях.

Тема №12 Программы социальной реабилитации

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. предоставили инвалидам дополнительные права в сфере здравоохранения и закрепили правила проведения медико-социальной экспертизы.

В 1995 г. были разработаны и утверждены Федеральная комплексная программа «Социальная поддержка инвалидов» и Федеральный закон от 20 июля 1995 г. «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее - ФЗ от 20.07.95).

В соответствии с Федеральным законом от 23 июня 1995 г. «О государственном прогнозировании и программах социально-экономического развития Российской Федерации» ежегодно вместе с проектом федерального бюджета Правительство РФ представляет Государственной Думе перечень федеральных целевых программ, намеченных к финансированию за счет средств федерального бюджета на предстоящий год. В этом перечне указываются:

- краткая характеристика каждой из принятых к реализации федеральных целевых программ, включая указание целей, основных этапов и сроков их выполнения;
- результаты выполнения основных этапов для переходящих федеральных целевых программ; требуемые объемы финансирования каждой из принятых к реализации федеральных целевых программ в целом и по годам с указанием источников финансирования;
- объемы финансирования федеральных целевых программ за счет средств федерального бюджета в предстоящем году;
- государственные заказчики программ.

Федеральная комплексная программа «Социальная поддержка инвалидов» содержала широкий круг сведений, которые характеризовали подлежащие решению проблемы в сфере социальной защиты инвалидов. Она состояла из пяти составных частей в виде федеральных целевых программ, а именно:

- ФЦП «Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов» (1995-1997):
- ФЦП «Научное обеспечение и информатизация проблем инвалидности» (1995-1997);
- ФЦП «Формирование доступной для инвалидов среды жизнедеятельности» (1995-1997);
- ФЦП «Разработка и производство средств протезирования, строительство, реконструкция и техническое перевооружение протезно - ортопедических предприятий» (1995-1998);
- ФЦП «Разработка и производство технических средств реабилитации для обеспечения инвалидов» (1994-1996).

Каждая из перечисленных программ была ориентирована на достижение определенных задач, анализ которых приводит к выводу о том, что планировалась коренная перестройка всей системы. Однако довольно скоро началось продление сроков реализации федеральных целевых программ. Так, в 1997 г. было продлено на 1998 г. действие ФЦП «Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов», «Научное обеспечение и информатизация проблем инвалидности и инвалидов», «Формирование доступной для инвалидов среды жизнедеятельности». Позднее действие ФЦП «Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов», «Формирование доступной для инвалидов среды жизнедеятельности», «Разработка и производство средств протезирования, строительство, реконструкция и техническое перевооружение протезно - ортопедических предприятий» продлялось уже на 1999 г.

Для отдельных категорий инвалидов были разработаны специальные целевые программы. Прежде всего, следует отметить ФЦП «Дети-инвалиды», входящую в состав Федеральной программы «Дети России», которая была утверждена Уставом Президента Российской Федерации от 18 августа 1994 г. (16). Программа «Дети России» принималась с целью улучшения положения детей, создания благоприятных условий для их жизни, обучения и развития. Программа «Дети-инвалиды» предусматривала формирование основ комплекс-

ного решения проблем детей с ограниченными возможностями и их семей, создание условий для независимой жизни этой части населения, решение вопросов профилактики детской инвалидности, создание системы реабилитации таких детей, организацию разработки и выпуска изделий, необходимых для их нормальной жизнедеятельности и адаптации в обществе.

Постановлением Правительства РФ от 19 сентября 1997 г. «О федеральных целевых программах по улучшению положения детей в РФ на 1998-2000 годы» (17) была утверждена новая ФЦП «Дети-инвалиды». К числу задач программы относилось:

- повышение эффективности работы по предупреждению детской инвалидности;
- улучшение возможностей для комплексной психолого-педагогической и социальной реабилитации детей-инвалидов;
- обеспечение детей-инвалидов техническими средствами и средствами, облегчающими их самообслуживание;
- создание системы информационного обеспечения решения проблем детской инвалидности;
- обеспечение систематического повышения квалификации кадров, работающих с детьми, имеющими физические и умственные ограничения, а также преподавательского состава образовательных учреждений высшего и среднего профессионального образования, готовящих кадры для работы с детьми-инвалидами;
- организация научных исследований по актуальным проблемам детской инвалидности;
- укрепление материально-технической базы специальных учреждений для детей-инвалидов.

Реализация Федеральной комплексной программы «Социальная поддержка инвалидов» была завершена в 1999 г. К этому времени удалось:

- обеспечить условия для коренной перестройки системы врачебно-трудовой экспертизы;

- разработать и документально закрепить новую идеологию медико-социальной экспертизы (далее - МСЭ);
- ввести новые критерии определения инвалидности;
- определить требования к структуре и методологии экспертной диагностики, направленной на выявление потенциальных способностей инвалидов и определение для них мер социальной защиты;
- сформировать основы реабилитационной индустрии;
- создать условия для развития многопрофильной комплексной реабилитации, направленной на восстановление способности инвалидов заниматься различными видами деятельности;
- разработать основы системы обеспечения доступа инвалидов к зданиям, сооружениям, средствам транспорта, связи, информации и другим объектам социальной инфраструктуры.

В январе 2000 г. Правительством РФ была утверждена Федеральная целевая программа «Социальная поддержка инвалидов на 2000 - 2005 гг.». В качестве основных задач новой программы были определены следующие:

- создание современной научно-методической базы деятельности учреждений МСЭ и реабилитации инвалидов, предприятий реабилитационной индустрии;
- развитие инфраструктуры учреждений государственных служб МСЭ и реабилитации инвалидов, предприятий реабилитационной индустрии, совершенствование их организационного, правового, информационного и кадрового обеспечения;
- обеспечение профессиональной подготовки, переподготовки и трудового устройства инвалидов как одного из основных инструментов социальной интеграции инвалидов в общество в современных социально-экономических условиях;
- создание единой информационной системы по проблемам инвалидности и инвалидов;

- совершенствование системы подготовки и повышения квалификации специалистов служб МСЭ, реабилитации инвалидов, а также предприятий реабилитационной индустрии;
- усиление государственной поддержки общественных организаций инвалидов;
- повышение эффективности расходования бюджетных средств на социальную поддержку инвалидов.

Программа социальной реабилитации детей-инвалидов

Программа реабилитации – это система мероприятий, развивающих ребенка и всей семьи, которая разрабатывается командой (состоящей из врача, социального работника, педагога, психолога) вместе с родителями. Во многих странах такой программой руководит один специалист – это может быть любой из перечисленных специалистов, который отслеживает и координирует реабилитационную программу (специалист-куратор). Такая система мероприятий разрабатывается индивидуально для каждого конкретного ребенка и семьи, учитывая как состояние здоровья и особенности развития ребенка, так и возможности и потребности семьи. Программа реабилитации может разрабатываться на различный срок – в зависимости от возраста и условий развития ребенка

По прошествии установленного срока специалист-куратор встречается с родителями ребенка, чтобы обсудить достигнутые результаты, успехи и неудачи. Необходимо также проанализировать все позитивные и негативные незапланированные события, произошедшие в процессе выполнения программы. После этого специалист (команда специалистов) вместе с родителями разрабатывают программу реабилитации на следующий период.

Программа реабилитации – это четкий план, схема совместных действий родителей и специалистов, способствующих развитию способностей ребенка, его оздоровлению, социальной адаптации (например, профессиональной ориентации), причем в этом плане обязательно предусматриваются мероприятия относительно других членов семьи: приобретение родителями специальных зна-

ний, психологическая поддержка семьи помощь семье в организации отдыха, восстановления сил и т.д. Каждый период программы имеет цель, которая разбивается на ряд подцелей, поскольку предстоит работать сразу в нескольких направлениях, подключая к процессу реабилитации разных специалистов.

Программа реабилитации предусматривает, во-первых, наличие междисциплинарной команды специалистов, а не хождение семьи имеющей ребенка-инвалида, по многим кабинетам или учреждениям, а во-вторых, участие родителей в процессе реабилитации, которое представляет собой наиболее сложную проблему.

Установлено, что детям удается достичь гораздо лучших результатов, когда в реабилитационном процессе родители и специалисты становятся партнерами и вместе решают поставленные задачи.

На Западе социально-реабилитационная работа, предполагающая участие родителей, используется немногим более десятка лет. При этом те, кто применяет эту модель на практике, убеждаются в ее преимуществах по сравнению со старой моделью, когда специалисты все свое внимание и все усилия направляли лишь на ребенка, зачастую не проявляя интереса к мнению родителей (например, о том, чему, где и как они хотели бы учить своего ребенка).

Взаимодействие с родителями предполагает некоторые сложности. Нужно быть готовым к трудностям к разочарованиям. Снятие межличностных или культурных барьеров, уменьшение социальной дистанции между родителем и социальным работником (или любым другим специалистом комплекса услуг по реабилитации) может потребовать определенных усилий. Однако нужно помнить, что при отсутствии взаимодействия специалистов и родителей результат работы с ребенком может быть кулевым. Отсутствие подобного взаимодействия намного снижает эффективность социально-реабилитационных услуг – это может подтвердить любой педагог школы-интерната для детей с ограниченными возможностями или специалист реабилитационного центра.

В силу опыта, образования и тренинга специалист по социальной реабилитации при установлении партнерства с родителями детей-инвалидов должен:

- избегать униформности и приветствовать разнообразие, слушать, наблюдать и достигать договоренности;
- спрашивать столь же часто как спрашивают его проявлять искренность, чтобы установить доверительные отношения с родителями,
- давать необходимые объяснения;
- не предпринимать ничего в одиночку.

Все это будет способствовать развитию ребенка, и повышать мотивацию родителей к сотрудничеству.

Итак, программа социальной реабилитации представляет собой систему мероприятий, развивающих возможности ребенка-инвалида, которая разрабатывается командой специалистов вместе с родителями. Взаимодействие специалистов и родителей ребенка-инвалида должно быть обязательным, что позволяет более точно определить общие цели и достичь их с большей эффективностью, чем, если бы участники действовали изолированно друг от друга.

Тема №13 Технологии социальной реабилитации различных категорий инвалидов

Особенности социальной реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата

Патология опорно-двигательного аппарата является следствием врожденного дефекта, последствий травм, генеративно-дистрофических изменений в костно-мышечной системе.

В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограниченной жизнедеятельности и социальной достаточности двигательные нарушения представляются достаточно дифференцированно. Выделяются двигательные расстройства:

- вследствие полного или частичного отсутствия, одной или более конечностей, включая ампутации;
- вследствие отсутствия одной или более, дистальных частей конечностей (палец, кисть, стопа);

- в связи с отсутствием или нарушением произвольной подвижности четырех конечностей (квадриплегия, тетрапарез);
- вследствие отсутствия или нарушения подвижности нижних конечностей (параплегия, парапарез);
- в связи с нарушением произвольной подвижности верхней и нижней конечности на одной стороне (гемиплегия, гемипарез);
- вследствие нарушения мышечной силы нижних конечностей;
- в связи с нарушением двигательных функций одной обеих нижних конечностей.

Следствием этих нарушений являются ограничения жизнедеятельности в сфере самообслуживания и передвижения.

Способность к самообслуживанию – способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены.

Способность к самостоятельному передвижению – способность самостоятельно перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела, в рамках выполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности.

Оба вида ограничений жизнедеятельности у инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата взаимосвязаны, хотя и можно говорить о преобладании ограничений способности к самообслуживанию, патологии верхних конечностей, а об ограничениях способности к передвижению – при повреждении нижних конечностей. Вместе с тем известно, что инвалид с поражением нижних конечностей вследствие травмы позвоночника имеет ограничения жизнедеятельности не только в сфере способности к передвижению. У него имеются в связи с этим и ограничение способности к самообслуживанию.

Проблемы осуществления самообслуживания и самостоятельного передвижения решаются в ходе социально - бытовой реабилитации.

Организация социально-бытовой реабилитации связана с рядом методических подходов, которые лежат в основе технологии этой формы – реабилита-

ции.

На этапе первичного освидетельствования инвалида в Бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) специалист, по социальной работе по согласованию, с клиницистом-экспертом выявляет тип дефекта и связанные с ним ограничения жизнедеятельности. Вслед за этим он изучает вопрос о нуждаемости инвалида в приспособлениях и вспомогательных устройствах для осуществления относительно независимого существования в быту. На следующем этапе выявляется ситуация о наличии условий в жилище инвалида для относительной бытовой независимости.

В ходе осуществления технологии социально-бытовой реабилитации полученная специалистом по социальной работе так называемая социальная информация включается в индивидуальную программу реабилитации инвалида.

Сам процесс социально-бытовой реабилитации инвалидов должен предусматривать ряд последовательных смысловых технологических составляющих.

Осуществление социально-бытовой реабилитации должно начинаться с социально-бытовой ориентации, в ходе которой специалист по социальной работе ориентирует инвалида в его возможностях к проживанию в каких-либо конкретных условиях, раскрывает перспективу его способностей к осуществлению жизнедеятельности, показывает необходимость приложения определенных, усилий.

Осуществление социально-бытовой реабилитации инвалида с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата предусматривает обучение его приемам восстановления утраченных (искаженных) навыков по социально-бытовому самообслуживанию.

Важной составляющей социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата является социально-бытовая адаптация, которая представляет собой процесс приспособления инвалида к условиям жизнедеятельности с помощью специальных вспомогательных устройств и приспособлений для стабилизации жизни с имеющимся дефектом к новым, сложившимся условиям.

Заключительным этапом социально-бытовой реабилитации инвалида является социально-бытовое устройство – проживание его в квартире со специально созданными бытовыми условиями, которые отвечают всем потребностям инвалида.

С целью практической реализации положений о социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата в ближайшем социуме (жилой среде) необходимо создание модели жилого помещения, которая содержала бы все жизненно важные блоки для овладения инвалидом предложенными вспомогательными, устройствами и реабилитационными техническими средствами с последующим относительно независимым образом жизни.

Социально-средовая реабилитация инвалидов с нарушениями слуха.

Окружающая среда с ее многочисленными объектами, восприятие которых осуществляется с помощью слуха, для лиц, страдающих глухотой, является нередко малодоступной. Требуются определенные, реабилитационные мероприятия, для того чтобы данная категория инвалидов имела равные возможности жизнедеятельности со здоровыми.

По статистическим данным, до 3% населения страде нарушением слуха в такой степени, при которой затруднено социальное общение. Различают врожденную и приобретенную глухоту. Врожденная может быть наследственной либо вызванной заболеваниями внутриутробного периода резус-конфликтом, либо приемом матерью ототоксических веществ во время беременности.

Социально-средовая реабилитация инвалидов с патологией слуха представляется специальными методами обучения, обеспечением техническими средствами реабилитации, созданием специальных производственных условий труда. Сущность социальной реабилитации инвалидов с нарушениями слуха состоит в приведении окружающей среды в соответствие с потребностями, инвалидов, в создании условий для доступа инвалидов к информации, которой располагает здоровое общество. В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности па-

тология слуха подразделяется на:

- глубокое двустороннее нарушение развития слуха и глубокая двусторонняя потеря слуха;
- тяжелое двустороннее нарушение слуха, нет восприятия речи;
- среднетяжелое нарушение слуха, область интенсивной нормальной речи;
- легкое нарушение слуха, распознаются не все элементы обычной речи.

Инвалиды с нарушением функций слуха разделяются на глухих, слабослышащих и позднооглохших. Две последние группы при наличии технических средств реабилитации (слуховых аппаратов, телефонных приставок для глухих, стереофонических, динамических телефонов для глухих и тугоухих и другой звукозаписывающей аппаратуры) имеют представление об окружающем мире.

Инвалиды с выраженной патологией слуха испытывают определенные сложности в обучении. Требуются специальные методы в связи с невозможностью получения, а также воспроизведения информации из-за патологии коммуникативных функций. Для этой категории инвалидов существуют специальные школы для глухих и слабослышащих. Чем раньше начато обучение, тем больше вероятности развития речи. Существуют тренажеры для развития слухового, слухо-вибротактильного восприятия, применяется аппаратура для коллективных и индивидуальных занятий (производная звукоусиливающая аппаратура и беспроводная аппаратура, работающая и на радиопринципе).

Для социальной реабилитации инвалидов с патологией слуха важное значение имеет Всероссийское общество глухих (ВОГ), которое располагает широкой сетью реабилитационных учреждений, где осуществляется обучение, трудоустройство и меры по социальной интеграции лиц с данной патологией.

Социальная реабилитация инвалидов с нарушениями зрения.

Зрение является одной из ведущих функций человека, что обеспечивает получение более 90% информации о внешнем мире. При частичной или полной утрате зрения человек испытывает большие трудности в самообслуживании, передвижении, ориентации, общении, обучении, трудовой деятельности, т.е. в

осуществлении всей полноты жизнедеятельности.

В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограниченной жизнедеятельности и социальной недостаточности выделяются зрительные нарушения:

- глубокое нарушение зрения обоих глаз;
- Глубокое нарушение зрения одного глаза с низким зрением другого глаза;
- Среднее нарушение зрения обоих глаз;
- Глубокое нарушение зрения одного глаза, другой глаз нормальный.

Нарушения зрения, степень которых может быть уменьшена при помощи компенсирующих средств, и которые можно исправить очками или контактными линзами, обычно не считаются зрительными нарушениями.

По статистическим данным, распространенность слепоты среди населения достигает 1%.

Главной характеристикой отражающей тяжесть патологии органа зрения и определяющей ее влияние на жизнедеятельность и социальную достаточность человека, является состояние зрительных функций, основные среди которых острота и поле зрения.

При нарушении остроты зрения снижается различительная способность зрительного анализатора, возможность детального зрения, что ограничивает возможность обучения, получения профессионального образования и участия в трудовой деятельности. При значительном нарушении остроты зрения (вплоть до слепоты) резко ограничиваются и другие категории жизнедеятельности.

Важную роль в жизнедеятельности слепых играет слух. Слух у них чрезвычайно обострен и реагирует на малейшие акустические нюансы при передвижении в пространстве. В связи с этим при решении реабилитационных задач важен акцент на управлении звуками, в среде обитания незрячих. Необходимо выделить и усилить нужные для ориентации звуки и заглушить посторонние помехи и шумы. При формировании среды жизнедеятельности для слепых следует уделять особое внимание акустическим и звукоизоляционным характери-

стикам строительных материалов и конструкций.

Наиболее значимым видом ограничения жизнедеятельности инвалидов с нарушениями зрения является ограничение способности к ориентации - способности определяться во времени и пространстве.

Способность к ориентации осуществляется путем прямого и косвенного восприятия окружающей обстановки, переработки получаемой информации и адекватного определения ситуации.

Для лиц с остаточным зрением и слабовидящих необходимы специальные средства коррекции зрения: увеличивающие приставки, лупы, гиперокуляры, телескопические, сферопризматические очки, а также некоторые тифлотехнические средства бытового, хозяйственного и информационного назначения.

Применение тифлотехнических средств наряду с другими реабилитационными мероприятиями создает предпосылки для достижения равных со зрячими возможностей и прав для разностороннего развития, повышения культурного уровня, раскрытия творческих способностей незрячих, их активного участия в современном производстве и общественной жизни.

Инвалиды с патологией зрения испытывают определенные трудности при необходимости самостоятельного пользования транспортом. Для слепых важны не столько технические приспособления, сколько адекватная информация – вербальная, звуковая (ориентирующая, предупреждающая об опасности и др.).

Важную роль в социальной реабилитации слепых и слабовидящих (инвалидов по зрению), в улучшении качества их социальной защиты и расширении объема социальных услуг играет в Российской Федерации Всероссийское общество слепых (ВОС), где осуществляются самые разные формы социальной реабилитации, способствующие их интеграции. В системе ВОС имеется широкая сеть производственных предприятий и объединений, где созданы специальные условия организации труда, учитывающие функциональные возможности незрячих.

Особенности социальной реабилитации инвалидов с психическими

нарушениям и интеллектуальной недостаточностью.

Психическая деятельность человека обеспечивается взаимосвязью и взаимодействием всех психических функций сознания, внимания, восприятия, воли, памяти, эмоций, мышления. Нарушение какой-либо из них сказывается на других психических функциях и, следовательно, на всей психической деятельности.

Категория инвалидов с психическими нарушениями неоднородна как по проявлениям психических (и интеллектуальных) расстройств, так и по причинам, вызвавшим эти расстройства.

В структуре общего контингента инвалидов по классам болезней психические заболевания занимают третье ранговое место и составляют 9,4%.

Контингент психически-больных инвалидов имеет ряд отличий от инвалидов вследствие других заболеваний, которые выражаются в специфических проявлениях дезадаптации, неравномерности соотношений степени выраженности психических расстройств и уровня дезадаптации больных.

При психических заболеваниях, часто являющихся инвалидизирующими заболеваниями, и умственной отсталости в какой-то мере страдают все психические функции или большинство из них, что вызывает ограничения жизнедеятельности в сфере самообслуживания, общения, обучения, трудовой деятельности, ориентации, контроля за своим поведением, а нередко и в передвижении. Степень выраженности ограничений жизнедеятельности при психических заболеваниях зависит от последствий текущих длительно и с различной степенью злокачественности болезней.

Повседневную бытовую деятельность до полной утраты навыков личной гигиены и самостоятельных физиологических отправок, когда возникает необходимость в посторонней помощи.

Ограничение способности самостоятельного передвижения может выражаться либо в неявно выраженной моторной заторможенности, замедленности движений, либо в полной неподвижности (ступор, адинамия) и нуждаемости в посторонней помощи.

Ограничение способности к обучению колеблется от невозможности выполнения сложного задания учебного процесса (вследствие утомляемости, идеаторной заторможенности) до полной утраты способности к усвоению общеобразовательных и профессиональных знаний.

Ограничение способности к трудовой деятельности выражается как в снижении квалификации или уменьшении объема производственной деятельности, так и в невозможности продолжать какую-либо трудовую деятельность.

Ограничение способности к ориентации психически больных также имеет широкий диапазон – от неспособности ориентироваться в восприятии полного объема информации до полной утраты способности ориентироваться во времени, пространстве и собственной личности.

Ограничение способности к общению – наиболее частое ограничение жизнедеятельности психически больных. Степень выраженности его может быть различной: либо сужение круга лиц, входящих в сферу общения, сокращение объема информации, либо полная утрата способности общения.

Ограничение способности контролировать свое поведение может выражаться как в незначительных некорректируемых отклонениях поведения, так и в полном отсутствии способности управлять, своим поведением. В связи с этим возникает, необходимость постоянного постороннего контроля и наблюдения.

Инвалиды, страдающие психическими расстройствами нуждаются в большей степени по сравнению с другими инвалидами в социальной реабилитации.

Программа социальной реабилитации инвалидов с психическими расстройствами направлена на обеспечение реализации их прав иметь друзей, семью, выбирать место учебы и работы. В программе предусмотрено адаптационное обучение, подготовка к независимому образу жизни, пользованию бытовыми приборами, разработка индивидуальных решений адаптации жилищно-коммунальных условий к инвалиду. Программа включает обучение мерам безопасности, общению. Особое место в программе социальной реабилитации инвалидов с психическими расстройствами занимает обучение семьи отношению к больному и созданию благоприятной микросреды, поддержанию контактов с

социальными службами.

В отечественной психиатрии принято следующее наименование умственной отсталости (с учетом указанных критериев международного документа): дебильность, имбецильность и идиотия (глубокая умственная отсталость).

Программа социальной реабилитации инвалидов с выраженной дебильностью включает мероприятия по всем направлениям. В области социально-бытовой реабилитации необходимо усовершенствование знаний об окружающей действительности, обустройстве быта с нормами и правилами общежития. Эти мероприятия осуществляются в процессе длительного коррекционно-педагогического воздействия при условии постоянного подкрепления и контроля.

В программу социальной реабилитации умственно отсталых лиц в степени выраженной дебильности необходимо включить обучение занятиям физкультурой и спортом. Это будет способствовать устранению моторной заторможенности и благотворно сказываться на общем физическом и психическом развитии, совершенствовании волевых качеств и коммуникативных функций.

Программа социальной реабилитации инвалидов с выраженной имбецильностью включает целый ряд обучающих разделов:

- формирование навыков самообслуживания – содержит разделы: санитарно-гигиенические навыки, уход за одеждой, уход за жилищем, навыки приготовления и приема пищи.
- формирование навыков социально-средовой реабилитации – включает разделы: знакомство с городом, транспортом, магазинами, сферой обслуживания, производственными отношениями;
- формирование элементов нравственно-эстетического воспитания – включает разделы: формирование навыков повседневного поведения, правила поведения в общественных местах, правила поведения человека в рабочем коллективе, понимание, дружбы, товарищества, коллектива и т.д.

Инвалиды с тяжелой степенью умственной отсталости – выраженной имбецильностью – составляют контингент психоневрологических интернатов.

В программу социальной реабилитации входит обучение навыкам самостоятельного проживания, которое включает формирование навыков самообслуживания, хозяйственно-бытового труда. Для самостоятельного проживания важна способность принимать самостоятельные решения, умение ориентироваться в социальном окружении, необходимо также развитие способности к самооценке, самоопределению в широком смысле слова.

Существенно важно для этой категории инвалидов обучение досуговой деятельности. В силу несформированности потребностной сферы у лиц с выраженной имбецильностью досуг ограничивается пассивным присутствием в кинотеатрах, на концертах, организуемых в психоневрологических интернатах. В целях реабилитационного воздействия необходим досуг, развивающий, компенсирующий дефицит информации, воздействующий на эмоциональную и познавательную сферы жизнедеятельности.

Тема №14 Социальные службы и учреждения, осуществляющие социальную реабилитацию. Межведомственный подход к проблемам реабилитации.

Согласно Закону «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (ст. 12) реабилитационными являются учреждения, осуществляющие процесс реабилитации инвалидов в соответствии с реабилитационными программами.

Федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации с учетом региональных и территориальных потребностей создают сеть реабилитационных учреждений и обеспечивают развитие системы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов, организуют производство технических средств реабилитации, развитие услуг для инвалидов, способствуют развитию негосударственных реабилитационных учреждений при наличии у них лицензий на этот вид деятельности, а также фондов различных форм собственности и взаимодействуют с ними в осуществлении реабилитации инвалидов.

По организационно-правовым формам реабилитационные учреждения разделяются на государственные, муниципальные, негосударственные. К реабилитационным относятся учреждения следующих типов: реабилитационно - производственные, реабилитационно - медицинские, реабилитационно - социальные.

Основными задачами реабилитационных учреждений являются:

- детализация и конкретизация индивидуальных программ реабилитации инвалидов, разрабатываемых учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы;
- разработка планов и программ проведения реабилитации инвалидов в конкретном учреждении;
- проведение медицинской реабилитации, осуществление профессиональной реабилитации инвалидов, включающей профессиональную ориентацию, профессиональное обучение, профессионально-производственную адаптацию;
- проведение социальной реабилитации инвалидов включающей социально-средовую ориентацию и социально-бытовую адаптацию;
- динамический контроль над процессом реабилитации;
- оказание консультативно-методической помощи по вопросам реабилитации инвалидов общественным, государственным и иным организациям, а также отдельным гражданам.

Противопоказаниями к приему в реабилитационное учреждение являются:

- острые и подострые стадии основного заболевания, требующие медицинского вмешательства;
- любые приступообразные и прогрессирующе текущие заболевания со склонностью к частым обострениям или рецидивам, болезни с частыми декомпенсациями, требующими лечения в стационаре;
- злокачественные новообразования в активной фазе, кахексия любого происхождения, обширные трофические язвы и пролежни, гнойно-не-

кротические заболевания, острые инфекционные и венерические заболевания до окончания срока лечения.

В зависимости от ведомственной принадлежности реабилитационные центры профилированы и специализированы. Существуют кардиологические реабилитационные центры, реабилитационные центры для слепых и слабовидящих, для глухих и слабослышащих и др. Это отвечает принципу профилирования реабилитационных учреждений в противовес многопрофильному подходу. В основу типологии реабилитационных учреждений положен критерий масштабности, объема деятельности.

С учетом данного критерия реабилитационные учреждения подразделяются на реабилитационные центры, реабилитационные отделения, реабилитационные кабинеты.

Реабилитационный центр

Учреждения такого плана, как правило, являются многопрофильными, комплексными, в структуре которых представлены все виды реабилитации: медицинская, социальная и профессионально-трудовая. Такие крупные многопрофильные, многофункциональные, комплексные учреждения реабилитации с охватом всех категорий инвалидов должны быть межрегиональными и общая их численность в России не должна быть большой.

Реабилитационные отделения, оказывающие более узкий объем реабилитационных услуг, являющиеся структурными подразделениями больниц восстановительного лечения, учебного заведения для инвалидов, дома-интерната, центра социального обслуживания, другого учреждения медико-социального или профессионального профиля являются наиболее рациональными в плане организации функционирования и должны находиться в большинстве населенных пунктов областного подчинения.

Кабинеты реабилитации являются менее масштабными по числу реабилитационных услуг, однако потребность в них достаточно велика в стационарных учреждениях социальной защиты, в отделениях дневного пребывания Центров социального обслуживания, на специализированных предприятиях для инвали-

дов; причем в одном учреждении (на предприятии) могут существовать одновременно два или даже три кабинета – медицинской, социальной и профессиональной реабилитации.

Отделение социальной реабилитации инвалидов организуется для проведения социальной реабилитации инвалидов с различными заболеваниями и физическими дефектами в составе различных учреждений медицинского, общеобразовательного и социального профилей.

Основными задачами отделения являются:

- определение потребности инвалида в различных видах социальной помощи;
- участие в составлении индивидуальной программы реабилитации инвалида;
- реализация индивидуальных программ реабилитации инвалидов.

Кабинет социальной реабилитации инвалидов является структурным подразделением больницы восстановительного лечения, поликлиники, учебного заведения для инвалидов, дома-интерната, центра социального обслуживания специализированного предприятия, иного учреждения медицинского, профессионального, социального назначения и предназначается для практического осуществления различных видов социальной реабилитации инвалидов.

Кабинет социальной реабилитации инвалидов осуществляет социальную реабилитацию инвалидов в полном объеме или отдельные ее этапы.

Основными задачами кабинета являются:

- информирование инвалида и его семьи по вопросам социальной реабилитации;
- определение потребности инвалида в различных видах социальной реабилитации;
- подготовка инвалида к независимому образу жизни (обучение основам самообслуживания, ведению хозяйства, пользованию бытовыми приборами, техническими приспособлениями);

- обучение членов семьи инвалида правилам ухода за ним и навыкам общения.

Реабилитационный центр дня инвалидов

В ряде регионов России функционируют реабилитационные центры для инвалидов, являющиеся учреждениями предназначенными для профессионального образования, трудового обучения, социальной адаптации, медицинской обслуживания, устройства инвалидов молодого возраста, неспособных или ограниченно способных к самостоятельной жизни в обществе.

В подобных центрах предусматриваются отделения для постоянного, пятидневного и дневного пребывания инвалидов.

Основными задачами центра являются:

- определение реабилитационного потенциала инвалида;
- разработка и реализация индивидуальных программ реабилитации;
- проведение медицинской реабилитации инвалидов;
- проведение профессиональной реабилитации инвалидов, включающей профессиональную ориентацию, профотбор, трудовое и профессиональное обучение, профессионально-производственную адаптацию;
- проведение социальной реабилитации инвалидов, включающей социально-средовую адаптацию, социально-бытовую адаптацию;
- материально-техническое обеспечение проживающих в центре;
- организация социальной защиты инвалидов, включающая консультирование инвалидов по правовым вопросам, обеспечение инвалидов специализированными изделиями, облегчающими их труд и быт.

Дома-интернаты как учреждения реабилитационного типа.

Дома-интернаты как стационарные учреждения системы социальной защиты в течение многих лет выполняют реабилитационные функции. Деятельность их профилирована и дифференцирована. В центре реабилитационной деятельности – медико-социальная реабилитация. На эти учреждения распространяются сложившиеся понятия о медицинской, социальной и трудовой реабилитации.

Геронтологический центр «Переделкино» является многопрофильным стационарным учреждением системы социальной защиты населения, осуществляющим медико-санитарное и социально-бытовое обслуживание ветеранов войны и труда пожилого и старческого возраста, направленное на восстановление и укрепление их физического статуса и духовной активности с целью реабилитации и интеграции в общество.

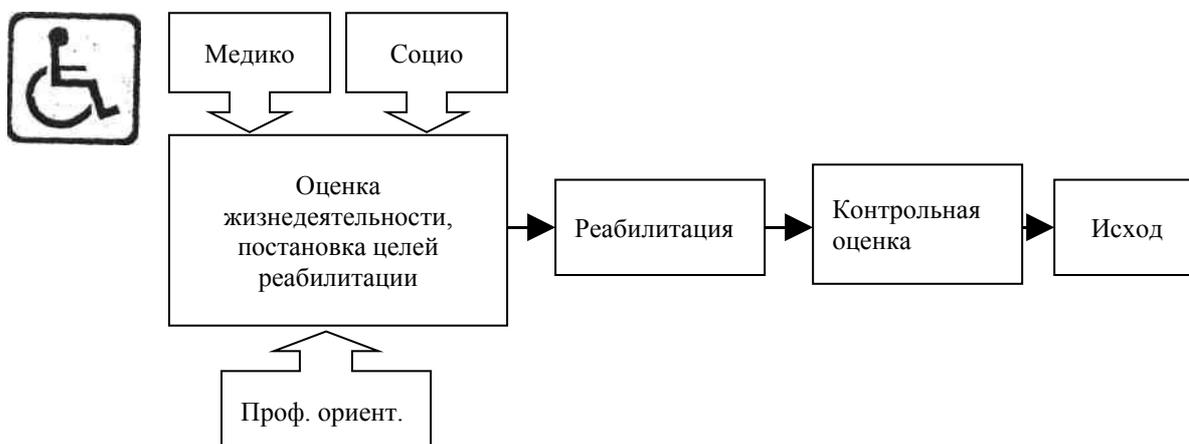
В основе деятельности образовательных учреждений лежит, профессиональное общение инвалидов.

В отличие от учебных заведений массового типа в специальные учебные заведения принимаются лица с различными отклонениями в физическом и умственном развитии, с различным уровнем подготовки (от 4 до 11 классов), разного возраста (от 16 до 40 лет).

Задачей образовательных реабилитационных учреждений является, не только дать возможность инвалидам овладеть специальными знаниями, умениями, навыками, но и создать условия для успешной социально - психологической адаптации.

В последние годы в России растет число, реабилитационных центров самого разного профиля. Так, в Пензенской области работает Центр реабилитации молодых инвалидов (ЦРМИ), в котором социальная реабилитация осуществляется через проведение социально-бытовой адаптации и социально - средовой ориентации инвалидов.

Схема работы ЦРМИ



Инвалид поступает в ЦРМИ, имея при себе медико-социальную документацию (медицинскую карту, заключение МСЭ, карту индивидуальной программы реабилитации).

На реабилитацию принимаются инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата в результате неврологических, травматологических, ревматологических заболеваний.

Программа реабилитации в ЦРМИ включает в себя обязательное активное участие пациента в процессе. С помощью специалистов - реабилитологов пациенты формируют свои цели и оценивают их достижение.

Продолжительность реабилитации в ЦРМИ индивидуальна для каждого пациента и зависит от тяжести поражения, эффективности реабилитации, желаний пациента.

Тема №15 Технология составления комплексных программ реабилитации.

Методические материалы по технологиям реабилитации детей с ограниченными возможностями развития.

Среди детей с ограниченными возможностями, наиболее часто встречаются с нарушением двигательной сферы (ДЦП), которое проявляется в различных по характеру и тяжести двигательных, психических и речевых расстройствах. Вследствие нарушения двигательной сферы, мышечного тонуса ребенок не всегда может посещать образовательные, воспитательные учреждения и является изолированным от общества, поэтому часто он лишь находится в окружении родителей, близких родственников. Подобная ситуация ведет к нарушению физической, психической и социальной активности, если ситуация не претерпевает изменений, то недоразвитие различных функций и сфер жизнедеятельности ребенка приводит к стойким нарушениям. Поэтому возникает необходимость в комплексной реабилитации детей с ДЦП, которая дает возможность компенсации нарушенных, либо утраченных функций. Одной из составляющих многоуровневой комплексной реабилита-

ции является психологическая реабилитация, которая обеспечивает адаптацию детей с ограниченными возможностями к повседневной жизни посредством специальных игровых упражнений, элементов социально - психологического тренинга, тренинга умений, психогимнастики и т. д. Наиболее адекватной формой работы с детьми, имеющими двигательные нарушения являются групповые занятия, где дети в процессе взаимодействия со сверстниками имеют возможность научиться общаться (устанавливать контакт, поддерживать и выходить из него), а, также анализируя свой коммуникативный и эмоциональный опыт, научиться дифференцировать свое эмоциональное состояние и конструктивно выражать его.

ДЦП характеризуется, прежде всего, снижением двигательной активности, которая обуславливает недоразвитие предметных действий, что приводит в дальнейшем к недостаточному развитию игровой, а позже, и учебной деятельности. Как известно, нарушение ведущей деятельности на определенном возрастном этапе сдерживает появление новообразований, характерных для этого возраста, и ведет к нарушениям психического развития, которые возникают и пронизывают все сферы личности: когнитивную, коммуникативную, эмоциональную.

Анализируя нарушения, необходимо иметь в виду, что, прежде всего, в зависимости от пораженного участка мозга, наблюдаются различные недостатки пространственной ориентации. В соответствие с этим, дети могут иметь трудности в:

- формировании восприятия формы;
- соотношении элементов в пространстве;
- недоразвитии представлений о схеме собственного тела;
- развитии речи;
- развитии слухового восприятия.

Как можно заметить, страдает, прежде всего, когнитивная сфера. Вследствие ограниченности возможностей детей с ДЦП не происходит достаточного развития их коммуникативной, поведенческой деятельности.

Многие дети имеют ограниченные, очень бедные социальные контакты. У таких детей коммуникативные навыки находятся на низком уровне развития, а это приводит к личностным нарушениям и эмоциональной деформации.

Нарушения в эмоциональной сфере характеризуются повышенной возбудимостью, склонностью к колебанию настроения, появлением страхов. Наиболее характерной особенностью личности ребенка с ДЦП являются черты своеобразного инфантилизма, отсутствие инициативы, инертность деятельности, нарушения направленного действия, а также застенчивость, неуверенность в себе. В результате длительного ограничения, накладываемого болезнью, ребенок живет и развивается в весьма ограниченном мире. Это препятствует формированию и развитию многих видов взаимодействий и взаимопонимания со сверстниками и взрослыми, что нередко приводит к формированию эгоистичности, пассивности. Характерными переживаниями детей больных ДЦП является чувство неполноценности, чувство незащищенности. Комплекс этих чувств вызывает конфликтность и враждебность. Воспитание в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями, чаще всего носит характер гиперопеки и ведет к снижению требовательности к ребенку, что приводит к усилению эгоцентризма, пассивности.

Все это свидетельствует, что процесс адаптации к социальным условиям детей с ограниченными возможностями будет затруднен без специально организованных реабилитационных мероприятий, в том числе психологической реабилитации, в основу которой как нам кажется должна лечь работа по коррекции и развитию эмоциональной сферы. Поскольку именно эмоциональная сфера первой откликается на воздействия, как неблагоприятных условий социальной среды, так и на психолого - педагогические воздействия, и, в свою очередь, влечет изменения других сфер личности (познавательной, интеллектуальной).

Перспективность коррекции и развития эмоционально-волевой сферы нами видится еще и потому, что эмоциональные реакции и эмоциональные состояния человека являются основной формой осознания им своей индиви-

дуальности. Следовательно, осознание своей индивидуальности есть не что иное, как осознание собственных эмоциональных реакций и состояний, указывающих на индивидуальное отношение к происходящему. Основным же условием осознания и проявления ребенком своей индивидуальности является поддержка взрослым его эмоциональных проявлений. Если развитие ребенка осуществляется во взаимодействии с взрослыми, содержанием которого являются эмоциональные реакции и состояния ребенка, то подобное общение может выступить в качестве механизма личного и творческого развития ребенка.

Данная программа предназначена для детей 9-10 лет, рассчитана на два этапа, с перерывом между ними 4-6 месяцев. 9-10 лет это период перехода от детства к подростковому возрасту, в котором происходит оформление устойчивых форм поведения, эмоционального реагирования. В этот период дети часто испытывают смешанные, негативные чувства. Наиболее распространенное негативное чувство в подростковом периоде - чувство неполноценности, неуверенности, что приводит к замкнутости и застенчивости. Вместе с тем у ребенка появляется повышенный интерес к самому себе, и преобладающим становится общение со сверстниками.

Таким образом, период перехода к подростковому возрасту должен стать для детей с ограниченными возможностями школой общения со сверстниками, где они обретут уверенность в себе, знания своих качеств и свойств, а так же адекватную оценку их, что обусловит положительное отношение к себе. Во взаимодействии со сверстниками ребята обретут также психологические особенности, которые обеспечат в дальнейшем эффективное общение и совместимость с другими людьми.

Основные цели и задачи программы

Программа поэтапной психологической реабилитации является составляющей частью многоуровневой комплексной реабилитации.

1 этап программы состоит из 5 блоков, рассчитанных на 15 занятий.

2 этап программы состоит из 6 блоков, рассчитанных на 20 занятий.

Основным направлением программы поэтапной психологической реабилитации является коррекция и развитие эмоционально-волевой сферы, через сознание индивидуального коммуникативного и эмоционального опыта.

Цели первого этапа:

- коррекция эмоциональных состояний, проявлений, через сознание индивидуального эмоционального опыта;
- формирование коммуникативных навыков и умений, через осознание индивидуального коммуникативного опыта.

Для достижения целей первого этапа необходимо решить следующие задачи:

- выявить посредством диагностики эмоциональные и коммуникативные особенности каждого ребенка;
- способствовать сплочению группы как модели социальной среды;
- создать благоприятные условия для эмоционального и коммуникативного развития;
- способствовать осознанию коммуникативного и эмоционального опыта, подвести ребенка к раскрытию собственных ресурсов;
- способствовать осознанию собственной индивидуальности.

Цель второго этапа:

- коррекция и развитие эмоционально-волевой сферы детей с ограниченными возможностями.

Для достижения цели второго этапа необходимо решить следующие задачи:

- выявить посредством диагностики особенности развития эмоционально-волевой сферы каждого ребенка;
- способствовать сплочению группы как модели социальной среды, создать благоприятные условия для эмоционального и коммуникативного развития;
- организовать деятельность, направленную на получение сенсорного опыта, как основы получения эмоционального опыта;

- организовать деятельность, направленную на работу над эмоциями и их проявлениями;
- способствовать осознанию своей индивидуальности через познание своего эмоционального мира.

Тематический план 1 этапа

№ и название блока	Кол-во занятий	Направления в работе
1 блок: диагностика	2	Первичная диагностика проводится индивидуально до начала работы группы и в конспекты занятий не внесена. Вторичная диагностика по окончании работы группы на последнем занятии: используется тест «ДДЧ», цветовой тест Люшера, беседа с ребенком и родителями.
2 блок: знакомство	2	Занятия, направленные на знакомство с детьми и знакомство детей друг с другом. В этом блоке используются различные игровые упражнения.
3 блок: работа с эмоциями	3	Занятия направлены на знакомство с различными эмоциональными состояниями, конструктивными способами их выражения, через игровые упражнения, выразительные движения и психогимнастику.
4 блок: маски	5	Занятия направлены на осознание индивидуального, эмоционального и коммуникативного опыта, через элементы маскотерапии, социально - психологического тренинга.
5 блок: бесконфликтное общение	3	Занятия направлены на формирование умений и навыков бесконфликтного общения и осознания своей индивидуальности через элементы тренинга - умений.

Тематический план 2 этапа

№ и название блока	Кол-во занятий	Направления в работе
1 блок: диагностика	2	Диагностировать особенности эмоционально-волевой сферы каждого ребенка. Первичная диагностика проводится индивидуально до начала работы групп и в конспекты занятий не внесена. Вторичная на одном из последних занятий. Используются тесты: «ДДЧ», цветовой тест Люшера, беседа с ребенком и родителями.
2 блок: знакомство	2	Вводные занятия направлены на знакомство детей друг с другом и взрослыми. На занятиях этого блока используются игры и игровые упражнения.
3 блок: наши ощущения	4	Познакомить детей с различными видами ощущений, обогащать сенсорный опыт. Способствовать осознанию своей индивидуальности. На занятиях этого блока используются игры и игровые упражнения, беседы, элементарные опыты.
4 блок: ощущения и чувства	1	Провести детей к пониманию различий между ощущениями и чувствами. На занятиях этого блока также используются игры и игровые упражнения, а также элементы тренинга.
5 блок: наши чувства	10	Продолжить знакомство детей с различными эмоциональными состояниями. Знакомить со способами их выражения. На занятии используются игры и игровые упражнения, элементы социально-психологического тренинга, тренинга умений.
6 блок: прощание	1	Формировать чувство близости, а также желание вновь встретиться. На занятии используются игры и игровые упражнения.

На протяжении всех занятий двух этапов, целесообразно использовать упражнения для коррекции застенчивости, агрессивности, а также развивать внимание, произвольность, мелкую моторику.

Организация занятий.

Программа психологической реабилитации рассчитана на 2 этапа, с перерывом между ними 4-6 месяцев.

Занятия каждого этапа целесообразно проводить 2 раза в неделю продолжительностью 50 минут, организуя смену деятельности в процессе самого занятия.

Первичная диагностика проводится индивидуально до начала работы группы и поэтому в конспекты занятий не включена.

Для занятий необходима комната с выделенными двумя зонами:

- рабочей, где подготовлены столы для рисования, лепки и другого ручного труда (столы и стулья должны соответствовать росту детей);
- игровой, где проводятся подвижные игры, игры на взаимодействие.

Для выполнения части упражнений потребуется магнитофон, иллюстрации с изображением различных эмоциональных состояний, краски, карандаши, бумага. Для актуализации знаний об эмоциональных состояниях на занятиях второго этапа детям предлагается описывать чувства (радость, горе, гнев, печаль, удивление, страх). Предлагается следующая схема подготовки детей к описанию своих чувств:

1. Какого цвета это чувство?
2. Какое оно на ощупь?
3. На какого зверя оно похоже?
4. На какое время года, или на какую часть суток оно похоже?

Для эффективности работы в группе следует учитывать некоторые требования по ее комплектованию:

1. Разница в возрасте детей должна составлять не больше года (8,5-10 лет или 9-10,5 лет).
2. Количество участников в группе - 6-8 человек.
3. В составе группы должен быть только один гиперактивный ребенок (желательно с активной речью, хорошим воображением).

Формы проведения занятий определяются, прежде всего, возрастом де-

тей. Для детей 9-10 лет предпочтительной является форма тренинга.

Работа тренинговой группы отличается рядом специфических особенностей.

Определим некоторые из них. Активность участников тренинга носит особый характер, поскольку дети вовлекаются в проигрывание специальных упражнений для отработки каких-либо личностных качеств, свойств, умений, установок, проявляющихся в первую очередь в общении. В тренинге делается акцент на создание атмосферы доверия и безопасности, и поэтому не существует неправильного или ошибочного выполнения упражнения.

Ребенок принимает участие в играх добровольно, т.е. имеет право отказаться от выполнения того или иного упражнения. Специалист же старается организовать тренинг так, чтобы дети хотели в нем участвовать, он также побуждает участников к рефлексии (на доступном данному возрасту уровне) процессов, происходящих в группе.

Методические рекомендации для специалиста.

Оптимальной позицией является, на наш взгляд, совместная позиция «Взрослый-Взрослый» (Э.Берн). Важно, чтобы специалист еще до начала занятий постарался представить для себя эту позицию, поскольку, как показывают наблюдения за студентами-практикантами, чаще наблюдается позиция

«Добрый Родитель-Ребенок». Специалист, теоретически подкованный литературой по гуманистической психологии и педагогике, начинает «активно любить людей» и в результате использует либерально - попустительский стиль общения. Следствием этого может быть потеря позиции ведущего, а иногда и агрессия со стороны детей.

Возможные ошибки начинающего специалиста.

Достаточно часто при проведении занятий можно наблюдать такую картину: дети начинают ерзать на стульях, болтать ногами, затем поворачиваться в разные стороны, разговаривать друг с другом, отвлекаться. Специалист в этом случае начинает делать детям замечания и, наконец, замечаний

оказывается так много, что занятия вести становится невозможным.

Опытный же специалист определит причину такого поведения и применит адекватные воздействия. Наиболее часто встречаются следующие варианты:

- специалист увлекся вербальными методами – необходимо провести подвижную игру;
 - данная форма работы затянута, детям она надоела – необходимо, собрав внимание детей быстро перейти к следующей;
 - дети устали – необходимо провести расслабляющее упражнение.
- Типичной является такая ситуация: дети начинают вскакивать со стульев, громко говорить или кричать, перестают слушать специалиста (не слышат его). Здесь вероятнее всего он увлекся подвижными или эмоционально насыщенными играми и допустил перевозбуждение детей. В этой ситуации недопустимо повышение голоса. Необходимо провести расслабляющие упражнения.

Затруднить проведение занятий может присутствие в группе гиперактивного или агрессивного ребенка, который может начать выкрикивать, вставать и ходить во время занятия, отказаться выполнять упражнения. Как правило, таким способом ребенок стремится получить внимание специалиста. И поэтому, чем больше воспитательных воздействий будет пытаться использовать специалист, тем хуже начинает вести себя ребенок. Опытный ведущий в такой ситуации, оставаясь внутренне спокойным, может позволить себе оставлять без внимания такие действия ребенка, которые не опасны для окружающих.

Правила поведения на тренинге менее регламентированы, чем на уроке, в том числе снижен внешний контроль. Предполагается, что участники тренинга сами контролируют свое поведение. В отличие от урока дети сидят на стульях в кругу или на ковре, видят глаза друг друга, что позволяет им говорить с места, не вставая, не поднимая руки.

Отдельное занятие обычно состоит из трех частей: разминки, основной

части и заключительной части.

Разминка ставит своей целью подготовить детей к непривычной для них форме тренинга: подчеркивается необходимость говорить по очереди, слушать друг друга, соблюдать очередность при выборе ведущего в игре, вводится запрет на выкрикивание «можно я». На первых встречах целесообразно ввести особые значки, которые даются детям, ни разу никого не перебивших в течение занятия.

Основная часть определяется содержанием того или иного блока.

Заключительная часть ставит своей основной целью снятие у детей эмоционального возбуждения. Хочется особо обратить внимание специалистов именно на эту часть, поскольку неумение снять у детей возбуждение может привести к снижению их авторитета.

2.3 Семинарские занятия

Тема №1 Реабилитация инвалидов (2 часа)

1. Сущность, понятие, основные виды реабилитации инвалидов
2. Роль социальных работников в реабилитации инвалидов
3. Технические средства реабилитации инвалидов

Литература:

1. Курбатов В.И. Социальная работа: учебное пособие. Рек. Мин. обр. РФ/под ред. В.И Курбатова-Ростов н/Д: Феникс,1999-576стр.
2. Тарханова Г. Проблемы инвалидов решаются//Социальное обеспечение.-2002-№4-стр.24
3. Социальная энциклопедия/под ред. А.П. Горкина-М.: Большая Рос. Энциклопедия, 2000-438стр.
4. Соколова И.А. Организация социальной реабилитации инвалидов на базе муниципального центра соц. защиты//Медико-социальная экспертиза и реабилитация-2000-№2.-стр35-37

Тема №2 Теоретические основы социальной реабилитации граждан (2 часа)

1. Междисциплинарный характер изучения реабилитации (основные подходы и персоналии социально-педагогические особенности).
2. Социальная реабилитология как наука.
3. Соотношение основных понятий, используемых в социальной реабилитации (адаптация и реабилитация; реабилитация и реабилитация; реабилитация и интеграция; и др.).
4. Сущность основных принципов социальной реабилитации.

Литература:

1. Овчарова Р.В. Справочная книга социального педагога.-М : ТЦ «Сфера»,2001-480стр.(см. гл.3).
2. Социальная работа:словарь-справочник/под ред. В.И. Филоненко-М.: Контур,1998-480стр.
3. Технологии социальной работы/под ред. Е.И. Холостовой-М.: ИНФА,2001-400стр.
4. Холостова Е.И.,Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация-М.:ИТК «Дашков и к», 2002-340стр.

Тема №3 Государственная политика РФ в отношении инвалидов (2часа)

1. Нормативно-правовая база работы с инвалидами РФ.
2. Правовые и методические основы социальной реабилитации по федеральным нормативно-правовым актам и учебно-методическим пособиям.
3. Семейный кодекс РФ.
4. Признание детей инвалидами.
5. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» (глава III).

Литература:

1. Социальная политика: учебник/под ред. Н.А. Волгина-М.: Издат. «Экзамен»,2003-736стр.

2. Социальная работа/под ред. Проф. В.И. Курбатова, учеб. пособие – 4-е изд.-Ростов на Дону: Феникс: 2005.
3. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в РФ».
4. Федеральный закон от 12 января 1995 «О ветеранах»//СЗ РФ. 1995 №3 ст.168; 2000 №2 ст.161; Бюллетень Министерства Труда РФ 2000 №5.

Тема №4 Образовательная среда жизнедеятельности инвалидов (2 часа)

1. Основа функциональной планировки зданий и помещений учебных заведений для инвалидов.
2. Особенности оборудования территории учебных заведений для инвалидов.
3. Оборудование и освещение внутренних помещений учебных заведений.

Литература:

1. Викторова Л.А. Архитектурно-строительные требования к проектированию новых и адаптации существующих техникумов и профессионально-технических училищ для обучения инвалидов//Комплексная реабилитация инвалидов в учреждениях среднего профессионального образования, подведомственных Министерству Труда и социального развития РФ, сборник информационно-методических материалов-М.: ЦИЭТИН, 1999 стр27-39.
2. ВСН 51-86. Профессионально-технические, средние, специальные и высшие учебные заведения. Нормы проектирования. –М.: стройиздат., 1998.
3. ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»//собрание законодательства Российской Федерации.,1995 №48 ст. 4563.

Тема №5 Специфическая (оздоровительная) среда в социально-средовой реабилитации инвалидов (2 часа)

1. Правовая база организации спорта для инвалидов.
2. Влияние гиподинамии на организм инвалида.
3. Оздоровительная среда в системе социальной реабилитации инвалида.
4. Физическое воспитание и спорт у инвалидов.
5. Виды спорта для инвалидов с патологией зрения.
6. Физкультура для лиц с девиантным поведением.
7. Дельфинотерапия. Иппотерапия.

Литература:

1. Дементьева Н.Ф., Паршутин А.В., Береговский Н.А. физкультура и спорт в системе реабилитации психических больных, находящихся в стационарах, психоневрологических учреждениях социального обслуживания // Медико-социальная экспертиза и реабилитация - 2000 №3 стр. 27-29.
2. Рубцова Н.О. Проблемы реабилитации инвалидов средствами физической культуры и спорта//Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов: пособие для соц. работников.-М.: Редакционно-издательский центр Консорциума «Социальное здоровье России», 1997 стр.100-105.
3. Указ Президента РФ «О мерах по формированию достойной для инвалидов среды жизнедеятельности»

Тема №6 Социокультурная реабилитация (2 часа)

1. Организация досуга инвалидов.
2. Значение культурных мероприятий для инвалидов в процессе реабилитации (литературные конкурсы, олимпийские спартакиады, фестивали, выставки творчества инвалидов).
3. Сочетание различных методик социокультурной реабилитации пожилых людей и инвалидов.

Литература:

1. Социальная работа/под ред. Проф. В.И. Курбатова. Учебное пособие.-4-е изд.-Ростов н/д: Феникс, 2005-408стр.
2. Зайнышев И.Г. Технология социальной работы. учебно-методич. материал/И.Г. Зайнышев,Л.И. Кононова, Т.Л. Золоторёва.-М.: МГСУ.
3. «Театр воспоминаний»- Социальная работа №1,2004-стр.68.
4. «Открытая вода»-фестиваль инвалидов -социальная работа №4, 2003 - стр.61.

Тема №7 Социальная реабилитация детей - инвалидов (2 часа).

1. Инновационные модели реабилитации детей инвалидов в рамках клубной деятельности.
2. Педагого-воспитательный аспект реабилитации инвалидов с детства.
3. Роль семьи в реабилитационном процессе ребёнка-инвалида.
4. Меры социальной реабилитации: материальное и натуральное обеспечение.

Литература:

1. Иващенко Г.М., Ким Е.Н. «Об опыте работы по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями в московском клубе «контакты-1» Президентская программа «Дети России».
2. Панов А.М. Центры социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями – эффективная форма социального обслуживания семьи и детей//Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы-М., 1997.
3. Ткачёва В.В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии//Дефектология. 1998 №1.

Тема №8 Проблемы социальной реабилитации детей с особыми нуждами (2 часа)

1. Реабилитация детей перенесших онкологические заболевания.

2. Адаптация семей с детьми-инвалидами к современным экономическим условиям.

Литература:

1. Иващенко Г.Т., Ким Е.Н. Об опыте работы по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями в Московском клубе «Контакты-1». Президентская программа «Дети России».
2. Технологии социальной работы: учебник под ред. проф. Е.И. Холодовой – М.,:ИНФРА-М, 2001-400стр.
3. Программа обучения и воспитания детей дошкольного возраста с выраженной умственной отсталостью.-М.,1993,68стр.(ЦИЭТИН).
4. Панов А.М. Центры социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями - эффективная форма социального обслуживания семьи и детей//Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы. М.1997.

Тема №10 Особенности социальной реабилитации инвалидов с заболеваниями внутренних органов (2часа).

1. Причины лежащие в основе нарушений сердечно-сосудистой системы.
2. Виды жизнедеятельности, связанные с нарушением функции сердечно-сосудистой системы.
3. Ограничения жизнедеятельности при ишемической болезни сердца.
4. Технология социальной реабилитации инвалидов с патологией сердечно-сосудистой системы.

Литература:

1. Пузин С.Н., Кузьмишин Л.Е., Бетремеев А.А. Потребность больных ишемической болезнью сердца в различных видах медико-социальной реабилитации//Медико-социальная экспертиза и реабилитация, №4,2003 стр29.

2. Свистунова Е.Г. Концептуальные понятия о медико-социальной реабилитации инвалидов в России/Медико-социальная экспертиза и реабилитация, №3, 2003, стр3.
3. Теория социальной работы: учебник/под ред. Е.И. Холостовой.- М.: ЮРИСТЪ, 1999-334стр.

Тема №11 Социальная реабилитация различных категорий инвалидов
(2часа)

1. Инвалидность у пожилых.
2. Особенности реабилитации инвалидов с патологией органа зрения.
3. Особенности реабилитации инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата.
4. Особенности социальной реабилитации нервно-психических больных.
5. Протезно-ортопедическая помощь и другие технические средства реабилитации инвалидов.

Литература:

1. Дементьева Н.Ф., Пузин С.Н. Технология социально-бытовой реабилитации инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2000№2 стр.3-5.
2. Дементьева Н.Ф., Ушинова Э.В. Медико-социальная и технологические требования к общественному пассажирскому транспорту, учитывающие потребности различных категорий инвалидов обзорная информация. М.: ЦБНТИ Мин. труда России,1998 вып.
3. Либман Е.С. Слепота//Большая медицинская энциклопедия. М.: Советская энциклопедия,1984 т.23,стр 415-416.
4. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. М.:РАМН,1994.

Тема №12 Стационарные учреждения социального обслуживания лиц с

ограниченными возможностями (2 часа)

1. «Госпитализм» и его проблемы.
2. «Терапия средой» и её связь с социальной реабилитацией.
3. Терапия занятостью.
4. Физкультура и спорт в социально-средовом воздействии.
5. Задачи социальных работников в создании в стационарных учреждениях социального обслуживания терапевтической среды.

Литература:

1. Дементьева Н.Ф. Методологические аспекты социально - психологической адаптации лиц пожилого возраста в стационарных учреждениях социального обслуживания//Психология зрелости и старения. М., 1998, стр.21-27.
2. Дементьева Н.Ф., Поднебесная Е.Б. , Шпирт Е.Я. Трудовая терапия лиц пожилого возраста//Медико-социальная экспертиза и реабилитация 2001 №4.
3. Рекомендации по обеспечению учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов техническими средствами и оборудованием. Утв. Постановлением Минтруда России от 12 февраля 2001 №18.
4. Холостова Е.И. Оккупационная терапия как новое направление реабилитологии //Развитие социальной реабилитации в России М., 2000 стр.12-20.
5. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: учебное пособие –М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К»,2002-340стр.

Тема №13 Социально-реабилитационные центры (2 часа)

1. Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних.
2. Отделения дневного пребывания для инвалидов.

3. Ведомственные службы реабилитации инвалидов органов социальной защиты населения.
4. Уровневая система взаимодействия и управления организациями, участвующими в реабилитации.
5. Образовательные учреждения для инвалидов как тип реабилитационных учреждений.
6. Реабилитационный центр для умственно отсталых лиц.

Литература

1. Дементьева Н.Ф., Модестов А.А. Дома-интернаты: от презрения к реабилитации Красноярск 1993.
2. Дементьева Н.Ф. Перспектива реабилитационной ориентации центров социального обслуживания/Медико-социальная экспертиза и реабилитация 1999 №2 стр11-12.
3. Примерное положение о реабилитационном центре для лиц с умственной отсталостью. Указание Минсобеса РСФСР от 11 сен. 1970 №1-36-у.
4. Фёдорова В.П. Отделение дневного пребывания: главное – творческое отношение к делу.//Работник социальной службы №3 2005, стр.29.
5. Конкуева Г.А. Программа психолого-педагогической реабилитации неполных, многодетных, опекун семей и семей, имеющих детей инвалидов, через работу клуба «семья». //Работник социальной службы.

Тема №14 Медико-социальная экспертиза (2 часа)

1. Понятие медико-социальной экспертизы.
2. Задачи медико-социальной экспертизы.
3. Порядок направления на медико-социальную экспертизу.
4. Порядок переосвидетельствования инвалидов.
5. Порядок обжалования решений учреждений.

Литература:

1. Постановление от 16 дек 2004 №805 М. О порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы.
2. Постановление от 20 февраля 2006 №95. О порядке и условиях признания лица инвалидом.
3. Приказ от 29 ноября 2004 №287 Об утверждении формы индивидуальной программы реабилитации инвалида, вызываемой федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы.
4. Методические рекомендации по применению классификации и временных критериев, используемых при проведении медико-социальной экспертизы. Центральное отраслевое бюро научно-технической информации и пропаганды. 1997 вып. 16.

Тема №15 Социально-реабилитационная помощь пожилым людям в России (2 часа)

1. Геатрические службы в России.
2. Содержание пожилых людей в домах-интернатах в России.
3. Социально-психологическая адаптация лиц старших возрастов.
4. Задачи социального работника в организации работы с пожилыми людьми в домах интернатах.
5. Технические средства в социальной реабилитации людей старших возрастов в домах-интернатах.

Литература:

1. Сырникова Б.А. Социальная реабилитация как одно из базистых направлений в деятельности реабилитационного центра для инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация №4 2002 стр.3.
2. Холостова Е.И. Оккупационная терапия как новое направление реабилитологии // Развитие социальной реабилитации в России М., 2000 стр.12-20.

3. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: учебное пособие –М.: издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2002 –340стр.
4. ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» // Собрание законодательства РФ 1995 №48 стр.4563.

Тема №16 Профессиноальная реабилитация

1. Профессиональная ориентация инвалидов.
2. Профессиональная подготовка инвалидов.
3. Профессиональная адаптация инвалидов.
4. Принцип трудоустройства и контроля за его рациональностью (2 часа).

Литература:

1. Дыскин А.А., Старобина Е.Ж., Кузнецова Л.В. Отечественный и зарубежный опыт участия служб занятости в трудоустройстве и профессиональном обучении инвалидов. Обз.инф. ЦБНТИ МСЗ РФ. Вып.5 М.,1994
2. Горбунова Н.А., Теучеж Р.Х., Осадчик А.И. Формы и методы профессиональной подготовки инвалидов в условиях производства. Метод рекомендации М. 1984.
3. Горбунова Н.А., Мечрелян Г.А., Логосов А.В. Медицинские показания к направлению инвалидов на профобучение в учебные заведения МСО РСФСР. Метод рекомендации. М.,1982.
4. Базоев В.З. Поддержка профессионального образования глухих в Великобритании//Деоректология. №3 1997.
5. Дыскин А.А., Дворкин Э.А. Социально-трудова ориентация инвалидов с детства. Обз. Инфо ЦБНТИ МСО РСФСР М. 1991.

Тема №17 Индивидуальная программа реабилитации инвалидов (2 часа)

1. Содержание индивидуальной программы реабилитации инвалидов.

2. Принципы и структура индивидуальной программы реабилитации.
3. Содержание раздела социальной реабилитации в индивидуальной программе реабилитации.
4. Реализация и контроль индивидуальной программы реабилитации.
5. Особенность индивидуальной программы реабилитации в стационарных учреждениях социального обслуживания.
6. Реабилитационный потенциал.

Литература:

1. Андреева О.С. Принципы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалидов//Профессиональная реабилитация и занятость инвалидов. Доклады межведомственной конференции. М.: Комитет труда и занятости Правительства Москвы: ЦИ-ЭТИН: ФОНД «Социальный партнёр», 1999 стр.29-36.
2. Дементьева Н.Ф. Об индивидуальных реабилитационных программах для инвалидов и престарелых в домах-интернатах//Врачебно-трудовая экспертиза и реабилитация инвалидов: Республиканский межведомственный сборник. Киев: здоровье, 1984.
3. Об утверждении формы индивидуальной программы реабилитации инвалида, выдаваемой федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы Приказ№227 от 29 ноября 2004г.
4. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: учебное пособие.-М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К» 2002, стр. 166.
5. ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»//Собрание законодательства РФ 1995 №48 ст4563.

Тема №18 Реабилитационная индустрия (2 часа)

1. Технические средства для реабилитации инвалидов с нарушением функций зрения.

2. Средства реабилитации для лиц, имеющих нарушения функций слуха.
3. Реабилитационная техника, используемая для инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Литература:

1. Государственный доклад «О положении инвалидов в РФ»/под ред. А.И. Осадчик М., 1996.
2. Реут М.Н. Особенности социализации незлышащей молодежи. М., 2000.
3. Андреева О.С. Принципы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалидов: сб. информационно-методических материалов. М: ЦИЕТИН, 1999.
4. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: учебное пособие. М., издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2002 стр207.

3. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ

3.1. Содержание самостоятельной работы

Во время самостоятельной работы основной упор делается на изучение студентами содержания нормативно-правовой документации.

Самостоятельная работа студентов включает следующие разделы:

а) работу с документами:

1) поиск нормативно-правовых международных документов, касающихся социальной политики и проблем реабилитации инвалидов, в том числе детей и их изучению.

2) изучение федеральных, региональных актов по Амурской области по правовой защите инвалидов и самостоятельная работа над ними.

3) подготовка реферата по теме и выступления на семинарских занятиях.

4) знакомство с материалами Интернет, периодическими изданиями.

б) изучение вопросов:

1) Опыт реабилитации инвалидов за рубежом.

2) Образовательные учреждения для инвалидов как тип реабилитационных учреждений.

3) Адаптация семей с детьми-инвалидами к современным экономическим условиям.

4) Цели и задачи фонда реабилитации инвалидов.

Контроль самостоятельной работы студентов включает:

- текущие контрольные задания на семинарских занятиях по итогам лекции, семинара;

- защита рефератов и докладов;

- тестирование и т.п.

3.2. Перечень примерных вопросов для самостоятельной работы

1. Дайте определения следующих понятий, раскройте их сущность:

- реабилитация;
- интеграция;
- адаптация.

2. Каковы цели и задачи реабилитации?

3. Выделите особенности и специфику социальной реабилитации.

4. Выберите наиболее правильный с вашей точки зрения вариант. Обоснуйте свой выбор.

а) реабилитация – система мер, имеющих целью быстрейшее и наиболее полное восстановление способности к социальному функционированию больных инвалидов и других категорий дезадаптивного населения;

б) реабилитация – результат воздействия на личность, отдельные психические и физические функции.

в) реабилитация – непрерывный процесс, направленный на решение задач достаточно широкого диапазона - от привития элементарных навыков до полной интеграции в общество;

г) реабилитация – система взаимосвязанных методов восстановления способностей индивида воспроизводить и совершенствовать свою жизнь с помощью индивидуально-личностных средств;

5. Как определить категории граждан нуждающиеся в реабилитации?

6. Выделите основные принципы социальной реабилитации. Раскройте их содержание.

7. Каковы условия проведения реабилитации?

8. При анализе результатов реабилитации важно пользоваться показателями, среди которых качественные и количественные. Что может отнести к первой и второй категории показателей?

9. В чем специфика различных форм реабилитации?

10. Объясните важность комплексного подхода в решении задач реабилитации.

11. Что из ниже перечисленного можно отнести к видам реабилитации, а что – к методам:

- психокоррекция;
 - лечебная физкультура;
 - иппотерапия;
 - массаж;
 - музыкотерапия;
 - медицинская;
 - спортивная;
 - трудовая;
 - сказкотерапия;
 - бисероплетение,
 - логоритмика;
 - психогимнастика;
 - профессиональная.
12. Перечислите Международные и Российские нормативно-правовые акты в области социальной защиты населения.
 13. Что такое ИПР, каковы порядок и условия разработки ИПР, порядок реализации?
 14. Объясните схему взаимодействия различных социальных субъектов в процессе социальной реабилитации семьи с ребенком-инвалидом.
 15. Каковы функции специалиста по социальной работе в организации и осуществлении реабилитации?

3.3. Требования к реферату (они же являются критериями оценки выполненной работы)

Оформление:

1. Титульный лист: указать наименование учреждения, кафедру (на которую сдается работа), тему, исполнителя и руководителя, город и год.

2. План: соблюдение трехзвенной структуры(введение, основная часть, заключение) и однотипности плана (хронологический или описательный).
3. Текст: соблюдение формата (А 4), наличие полей, ссылок на источник и сносок, указание пунктов плана в тексте, аккуратность и отсутствие грамматических ошибок.
4. Приложение: наличие таблиц, карт, схем, графиков и других средств, наглядно поясняющих содержание, оформленных соответствующим образом.
5. Список литературы: алфавитный, по мере использования или, при различных видах источников, систематический (литература располагается в следующей последовательности: источники, дополнительная литература, и т.д).

Содержание:

6. Работа должна быть написана в научном или научно - популярном стиле.
7. Объем реферативной работы должен быть не менее 15 -20 листов (лист = 1 страница текста с одной стороны листа, другая сторона остается чистой).
8. Использование нескольких источников (документальные источники, первоисточники), самостоятельный поиск дополнительной литературы (преимущественно монографического характера).
9. Изложение темы должно соответствовать плану, целесообразность включения каждого вопроса рассматривается отдельно.
10. Тема раскрыта полностью: прослеживается логичность изложения, отсутствие плагиата и исторических погрешностей.
11. Наличие собственных оценок и выводов, в работе должно проявиться творчество и собственные мысли автора - наравне с цитатами из работ теоретиков и практиков, разрабатывающих данную тему.

12. Обоснование актуальности темы, ее новизны, степени разработанности, различные теоретические подходы и т.п.; подведение итогов ее изучения.

Глубокое раскрытие темы:

13. Использование новейшей литературы, в том числе и материалов Интернет.

14. Рассмотрение нескольких мнений, позиций, концепций.

15. Опровержение противоположных точек зрения, доказательность и обоснованность аргументов.

16. Использование знаний из дополнительных источников.

17. Отражение собственной позиции и отношения к теме.

3.4. Примерная тематика докладов

1. Структура инвалидности среды взрослых.

2. Социальная реабилитация детей инвалидов в России.

3. Особенности социально-психологической реабилитации детей инвалидов, проживающих вне семьи.

4. Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с отклонениями в развитии.

5. Ранняя социально-реабилитационная работа.

6. Структура социальной реабилитации и её сущность.

7. Социальная реабилитация лиц с психическими заболеваниями.

8. Протезно-ортопедическая помощь и другие технические средства реабилитации инвалидов.

9. Социальная реабилитация инвалидов с заболеваниями внутренних органов.

10. Особенности реабилитации инвалидов с патологией органов зрения.

11. Особенности социальной реабилитации инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата.

12. Особенности социальной реабилитации нервно-психических боль-

НЫХ.

- 13.Медико-социальная экспертиза в системе реабилитации инвалидов.
- 14.Социальная реабилитация как одно из базисных направлений в деятельности реабилитационного центра для инвалидов.
- 15.Потребность больных ишемической болезнью сердца в различных видах медико-социальной реабилитации.
- 16.Реабилитационный потенциал при различных заболеваниях.
- 17.Психологическая реабилитация детей инвалидов в социально-реабилитационном центре методом эмоционально-образной терапии.
- 18.Социальная реабилитация детей при взаимодействии с природой.
- 19.Социально реабилитационная квартира.
- 20.Социальная психологическая реабилитация в условиях дома-интерната.
- 21.Сочетание различных методик социокультурной реабилитации пожилых людей и инвалидов.
- 22.Реабилитация в условиях клубной работы.
- 23.Использование сказок и сказкотерапии в процессе социальной реабилитации детей инвалидов.
- 24.Терапия воспоминаниями. Театр воспоминаний “ностальгия”.
- 25.Диагностика личности ребенка и его семьи в работе семейного социального педагога (карта индивидуальной реабилитации).
- 26.Фестивали для инвалидов – как метод социальной реабилитации.
- 27.Государственная политика РФ в отношении инвалидов. Нормативно-правовая база работы с инвалидами РФ.
- 28.Социальная реабилитация инвалидов как технология социальной работы.
- 29.Инновационные модели реабилитации детей инвалидов в рамках клубной деятельности.
- 30.Осуществление профессиональной ориентации, подготовка и адаптация инвалидов к профессиональному труду.

31. Социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних.
32. Особенности реабилитации и трудового устройства инвалидов за рубежом.
33. Проблемы реабилитации детей с особыми нуждами: междисциплинарное взаимодействие в организации реабилитационно-интеграционной работы.
34. Социальная реабилитация лиц старших возрастных групп в стационарных учреждениях социального обслуживания.

3.5. Рекомендуемая литература по курсу "Социальная реабилитация".

Основная:

1. Социальная работа / Под общей редакцией проф. В.И. Курбатова. - г. Ростов на Дону: «Феникс», 2000. - 576с.
2. Технологии социальной работы: Учебник под общ. ред. проф. Е.Н. Холостовой. - М.: ИНФРА-М, 2001. - 400с.
3. Социальная реабилитация: Учебное пособие. Холостова Е.И., Деметьева Н.Ф. - М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К^о», 2002. - 340с.

Дополнительная:

1. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов. - М.: «Выборг», 1996. - 234с.
2. Савинов А. И. Организация работы органов соц. защиты: Уч. пос. для сред. проф. обр-я / Савинов А.И., Зарамбо Т.Ф.. - М.: Мастерство «Высшая школа», 2001. - 192с.
3. Тетерский СВ. Введение в социальную работу: Учебное пособие. - М.: Академический Проект, 2000. - 496с.
4. Введение в социальную работу: Теоретич. и прикл. аспекты: Уч. пособие / Под общ. ред. Н.Г. Стойко. - Красноярск: Красноярский гос. ун-т, 1998. - 150с.

- 5.Фирсов М.В., Студенова Е.Г. Теория социальной работы: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. -432с.
- 6.Основы социальной работы: Учебник / Отв. Ред. П.Д. Павленок. - М: ИНФРА-М, 2000. - 368с.
- 7.Теория социальной работы: Учебник / Под ред. Е.И. Холостовой. - М: Юристъ, 1999 -334с.
- 8.Социальная работа: словарь -справочник./ Под ред. В. И. Филоненко. - МЛ: Контур, 1998.-480с.
- 9.Лексикон социальной работы: Пер. с нем. / Под ред. С. М. Кибардина. -Вологда: Русь, 1999. - 204с.
- 10.Сборник и задач и упражнений по социальной работе./ Под. ред. Гуля-ковой Л.Г., Синцовой Л.К. - 2-е изд., доп. и перер. - Барнаул: Из-во Алт-го гос. унив-та, 2000. -152с.
- 11.Энциклопедия социальной работы. В 3-х т.: Пер. с англ. - 3VL: Центр общечеловеческих ценностей, 1993.

Публицистические статьи.

- 1.Пузин С.Н., Кузьмишин Л.Е., Бетремеев А.А. Потребность больных ишемической болезнью сердца в различных видах медико-социальной реабилитации// Мед. Соц. экспертиза и реабилитация, №4, 2003.-с.29.
- 2.Сырникова Б.А. Социальная реабилитация как одно из базисных направлений в деятельности реабилитационного центра для инвалидов// Мед. Соц. экспертиза и реабилитация.-2002.-№4.-с.3.
- 3.Мокроносов А. Развитие учреждений социальной защиты в регионе //Соц. обеспечение. - 2000. - №9. - с.22. .,
- 4.Казаков М.С. Реабилитация молодых инвалидов в стационарных учреждениях социального обслуживания сельского типа. //Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. - 2001. - №2. - с. 3.

5.Гришина Л.П. Анализ инвалидности в Российской Федерации за 1970-1999гг. и ее прогноз до 2015г. //Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. - 2001. -№2.-с. 27.

6.Дементьева Н.Ф. Социальный патронаж как способ реабилитации инвалидов с психическими заболеваниями. //Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. -2001. -№3.- с. 3.

7.Соколова И.А. Пути совершенствования профессионального этапа реабилитации инвалидов трудоспособного возраста. //Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. - 2001. - №3. - с. 20.

8.Дементьева Н.Ф. Физкультура и спорт в системе реабилитации психически больных, находящихся стационарных психоневрологических учреждениях социального обслуживания. //Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. - 2001. - №3. -с. 27.

9.Свистунова Е.Г. Развитие сети реабилитационных учреждений в Российской Федерации. //Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. - 2001. - №4. - с. 3.

10.Андреева О.С. Принципы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида. //Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. -2001.-№4.-с. 20.

11.Кундин А. Социальные пенсии. // Соц. защита.- 2001. - №7. - с.22.

12.Зубарев М. Старость должна перестать ассоциироваться с бедностью. //Человек и труд. - 2001. - №6. - с.5.

13.Захаров М. Зачем власти нужна накопительная система. // Человек и труд.-2001.-№5.-с.58.

14.Карелова Г. Социальная защита: вчера, сегодня, завтра. // Человек и труд. -2001.-№6.-с.11.

15.Топчий Л.В. Проблемы становления системы социального обслуживания в РФ. // Работник социальной службы. - 2001. - №2. - с.41.

16.Пушкина Т. Профессиональная реабилитация и занятость инвалидов. //Человек и труд- 1998.- №1.- с.3.

17.Свистунова Е.Г. Концептуальные понятия о медико-социальной реабилитации инвалидов в России.// Мед. Соц. экспертиза и реабилитация.-2003.-№3.-с.3.

18.Лаврова Д.И., Косичкин М.М., Андреева О.С. Оценка содержания и уровня реабилитационного потенциала при различных заболеваниях.// Мед. Соц. экспертиза и реабилитация.-2004.-№3.-с.10.

19.Пузин С.Н., Дементьева Н.Ф. Социально-медицинская реабилитация детей-инвалидов.// Мед. Соц. экспертиза и реабилитация.-2002.-№2.-с.3.

20.Кокуева Т.А., Апетенюк М.Е. Программа психолого-педагогической реабилитации неполных, многодетных, опекунских семей и семей, имеющих детей инвалидов, через работу клуба «семья»// Работник социальной службы.- 2006.- №1.- с.75.

21.Шаронова Е.Г. Социальная реабилитация школьников при взаимодействии с природой.// Педагогика,- 2005.- №6.- с.55.

Нормативные документы.

1. Об утверждении перечня категорий инвалидов, для которых необходимы модификации средств транспорта, связи и информатики. Постановление Совета Министров-Правительства РФ от 19 ноября 1993г. №1188.
2. Об обеспечении формирования доступной для инвалидов среды жизнедеятельности. Постановление Правительства РФ от 21 августа 1994г. №927.
3. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в РФ»// Собрание законодательства РФ. 1995. №48. ст.4563.
4. Об утверждении формы индивидуальной программы реабилитации инвалида, выдаваемой федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы. Приказ от 29 ноября 2004г. №287.
5. Об утверждении разъяснения “Об определении федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы при-

чин инвалидности”. Постановление от 15 апреля 2003г. №17. (в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 29.04.2005 №317).

6. Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы. Приказ Минздравсоцразвития от 22 августа 2005г. №535.
7. О порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы. Постановление Правительства РФ от 16 декабря 2004г. №805.
8. О порядке и условиях признания лица инвалидом. Постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006г. №95.

4. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ (ПРОВЕРОЧНЫЕ ТЕСТЫ ПО КУРСУ)

4.1. Входящий контроль

1. Назовите основные нормативно-правовые акты, касающиеся социальной защиты и реабилитации инвалидов.
2. Охарактеризуйте понятия «социально педагогически опущенные дети и подростки».
3. Дайте определение понятия «дезадаптированные дети».
4. Понятие социальной адаптации.
5. Объясните что, означает «социальный статус инвалида».
6. Дайте определение понятию «здоровье».
7. Что означает «нарушение здоровья».
8. Понятие «ограничение жизнедеятельности».
9. Понятие «социальной недостаточности».
10. Дайте определение понятие «социальная защита».

4.2. Текущий контроль (тестовые задания)

Инструкция: В каждом вопросе выберите 1 правильный вариант ответа и отметьте его.

1. Какое из определений понятия «инвалид» верно:

- а) любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или приобретенного, его или ее физических или умственных возможностей;
- б) любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью потребности нормальной личной или социальной жизни;
- в) любое лицо, которое вследствие заболевания неспособно обеспечить себя полностью или частично;
- г) любое лицо, имеющее физические, психические или интеллектуаль-

ные ограничения жизнедеятельности.

2. Какое из определений понятия «инвалидность» верно:

а) ограничение в возможностях человека вследствие заболевания, требующего постоянного лечения;

б) ограничение в возможностях, обусловленное физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которое не позволяет человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества;

в) ограничение в возможностях, обусловленные различными патологическими состояниями, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, принимать активное участие в жизни общества;

г) ограничения в возможностях, обусловленные физическими и психологическими заболеваниями, не позволяющие человеку с инвалидностью, быть интегрированным в общество.

3. Выбрать правильное определение понятия «реабилитация»:

а) это мероприятия по восстановлению здоровья человека;

б) это медицинские меры по восстановлению утраченного здоровья;

в) это комплекс медицинских, психологических, педагогических, технических, профессиональных и иных мер, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных функций организма и трудоспособности больных и инвалидов;

г) это комплекс медицинских, психологических, педагогических технических, профессиональных и иных мер способствующих улучшению нарушенных функций организма и трудоспособности больных.

4. Социальная реабилитация:

а) мероприятия, направленные на восстановление человека в правах и социальном статусе;

б) комплекс мер, направленных на восстановление человека в правах, социальном статусе, здоровье, дееспособности;

в) один из видов реабилитации направленный на восстановление здоровья и социального статуса;

г) комплекс мер, направленных на возвращение больного к его прежнему состоянию.

5. К основным принципам социальной реабилитации не относятся:

а) раннее начало, индивидуальный подход;

б) непрерывность и преемственность;

в) системность и комплексность;

г) приоритетность использования медикометозных методов реабилитации.

6. К уровням социально-реабилитационной деятельности не относятся:

а) социально-методологический;

б) медико-социальный;

в) профессионально-трудовой;

г) социально-психологический.

7. Какой предмет социальной реабилитации не реализуется в ходе социально-реабилитационного взаимодействия:

а) материально-бытовая помощь;

б) врачебная помощь;

в) социальная помощь;

г) механическая помощь.

8. Социальной реабилитации подлежат:

а) инвалиды и дети с ограниченными возможностями;

б) переселенцы из районов Крайнего Севера;

в) пожилые и престарелые граждане;

г) лица, отбывающие наказание в местах лишения свободы.

9. Нетрудоспособный гражданин, это:

а) лицо, утратившее способность выполнять любой труд;

б) лицо, утратившее способность к трудовой деятельности на длитель-

ное время или постоянно;

в) лицо, утратившее способность к выполнению трудовых обязательств на ограниченное время (до суток);

10. С точки зрения социальной педагогики к объектам социальной реабилитации относятся:

а) социально и педагогически запущенные дети и подростки;

б) несовершеннолетние правонарушители, дезадаптированные подростки, с отклоняющимся (девиантным) поведением, дети-сироты;

в) дети с нарушением психосоматического и нервно-психического здоровья и функциональными отклонениями;

г) дети и подростки, имеющие хронические заболевания.

11. К внешним факторам, влияющим на реабилитацию не относятся:

а) политический;

б) возрастной;

в) экономический;

г) культурный.

12. Категория "ребенок-инвалид", это:

а) лицо в возрасте до 14 лет;

б) лицо в возрасте до 16 лет;

в) лицо в возрасте до 17 лет;

г) лицо в возрасте до 18 лет.

13. Не является социальным ограничением инвалидов:

а) правовое ограничение;

б) физическое ограничение;

в) трудовая сегрегация или изоляция;

г) пространственно-средовой барьер.

14. В каком году утверждена форма индивидуальной программы реабилитации инвалида (приказ № 287 МЗ и СР):

а) 2003 г.;

- б) 2004 г.;
- в) 2005 г.;
- г) 2006 г.

15. Каким учреждением выдается индивидуальная программа реабилитации инвалида:

- а) поликлиникой;
- б) стационаром;
- в) федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы;
- г) учреждениями социальной защиты населения.

16. Сколько программ содержит индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР):

- а) одну программу;
- б) две программы;
- в) три программы;
- г) четыре программы.

17. Реализацию ИПР осуществляют:

- а) организации, предприятия, учреждения независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности;
- б) учреждения государственной службы реабилитации инвалидов;
- в) негосударственные реабилитационные учреждения и образовательные учреждения;
- г) все выше перечисленное.

18. Финансирование ИПР осуществляется за счет:

- а) средств федерального бюджета;
- б) бюджетов субъектов Российской Федерации;
- в) государственных внебюджетных фондов и других источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации;
- г) все выше перечисленное.

19. Восстановительная терапия, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование относятся к:

- а) профессиональной реабилитации;
- б) социальной реабилитации;
- в) медицинской реабилитации;
- г) педагогическая реабилитация.

20. Ортезирование - это:

- а) компенсация частично или полностью утраченных функций опорно-двигательного аппарата с помощью дополнительных внешних устройств (ортезов), обеспечивающих выполнение этих функций;
- б) замена частично или полностью утраченного органа искусственным эквивалентом (протезом) с максимальным сохранением индивидуальных особенностей и функциональных способностей;
- в) медицинские мероприятия, объединения, лечебные меры, направленные на восстановление здоровья, и подготовку к адаптации;
- г) процесс и система восстановления опорно-двигательного аппарата.

4.3. Итоговый контроль (вопросы к зачёту)

1. Понятие реабилитации. Цели и задачи реабилитации.
2. Реабилитация как система мер. Реабилитация как процесс. Реабилитация как результат.
3. Соотношение понятий: реабилитация и интеграция, реабилитация и адаптация, реабилитация и абилитация.
4. Факторы, оказывающие влияние на реабилитацию.
5. Условия проведения реабилитации.
6. Социализация лиц с ограниченными возможностями.
7. Государственная социальная политика в отношении инвалидов.
8. Отечественные исследователи, занимающиеся проблемами социализации и интеграции инвалидов в обществе.
9. Определение понятия “инвалид”, когда впервые он стал употребляться в России.

10. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, утвержденные ООН.
11. Законодательные акты по защите прав инвалидов в России.
12. Социальные ограничения инвалидов.
13. Медицинская и социальная модель инвалидности.
14. Политико-правовая модель инвалидности.
15. Модель культурного плюрализма.
16. Понятия “инвалид” и ”Лицо с ограниченными возможностями”.
17. Определение социальной реабилитации.
18. Принципы и структура социальной реабилитации.
19. Психологическая и педагогическая реабилитации.
20. Социокоммуникативная реабилитация.
21. Межведомственная координация организации процесса социальной реабилитации.
22. Социальная среда жизнедеятельности инвалидов.
23. Психологические проблемы инвалидов.
24. Особенности жилой и градостроительной среды для инвалидов.
25. Образовательная среда для инвалидов.
26. Производственная среда для инвалидов.
27. Оздоровительная среда в социально-средовой реабилитации инвалидов.
28. Среда в стационарных учреждениях социального обслуживания лиц с ограниченными возможностями.
29. Направления социально-реабилитационного воздействия: социально-бытовое и социально-средовое.
30. Индивидуальная программа реабилитации инвалида.
31. Социальная реабилитация лиц старших возрастов в стационарных учреждениях социального обслуживания.
32. Социальная реабилитация дезадаптированных детей.
33. Социальная реабилитация детей с ДЦП.

34. Особенности реабилитации детей с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата.
35. Особенности социальной реабилитации детей с психическими нарушениями (шизофрения).
36. Особенности социальной реабилитации детей и подростков с умственной отсталостью.
37. Роль творчества в реабилитации детей с ограниченными возможностями.
38. Структура детской инвалидности в РФ в настоящее время. Причины детской инвалидности.
39. Социально-медицинские проблемы семей, имеющих детей с ограниченными возможностями.
40. Правовые основы государственной политики в отношении реабилитации детей с ограниченными возможностями.
41. Медико-социальная экспертиза. Задачи. Порядок направления на медико-социальную экспертизу.
42. Индивидуальная программа реабилитации инвалида.
43. Социально-реабилитационная помощь пожилым и престарелым людям в России.
44. Социально-реабилитационные центры, учреждения.
45. Стационарные учреждения социального обслуживания лиц с ограниченными возможностями.
46. Программы социальной реабилитации.
47. Особенности социальной реабилитации инвалидов с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата.
48. Социально-средовая реабилитация инвалидов с нарушениями слуха.
49. Социальная реабилитация инвалидов с нарушениями зрения.
50. Межведомственный подход к проблемам социальной реабилитации.
51. Технология составления комплексных программ реабилитации.

52. Роль документации при организации и осуществления реабилитации.

4.4. Критерии оценки знаний студентов

Нормы оценки знаний предполагают учет индивидуальных особенностей студентов, дифференцированный подход к обучению, проверке знаний, умений.

Оценка степени усвоения обучающимися знаний в соответствии с требованиями программы осуществляется также в виде зачета – незачета.

«Зачет» по курсу ставится, если студент знает основной материал по данному курсу, демонстрирует понимание изученного, умеет применять знания с целью решения практических задач.

«Незачет» по курсу ставится, если студент демонстрирует отсутствие понимания изученного, отсутствие самостоятельности суждений, отсутствие убежденности в излагаемом материале, отсутствие систематизации и глубины знаний.

5. РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ К УЧЕБНЫМ ЗАНЯТИЯМ.

1. Тексты нормативно-правовых актов (Конституция РФ от 12 дек 1993, декларация о правах инвалидов от 9 дек 1975,ФЗ от 20 июля 1995 « О социальной защите инвалидов в РФ о порядке признания лица инвалидом, форма индивидуальной программы реабилитации инвалида, выдаваемой федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы)

2. Словарь основных терминов и понятий курса

Абилитация – в международной практике комплекс услуг, направленных на формирование новых и усиление имеющихся ресурсов социального, психического и физического развития клиента

Библиотерапия – использование книг, в первую очередь художественных, в лечении больных, страдающих от эмоциональных проблем или умственных расстройств. Б. часто используется в социальной работе в групповой терапии. Библиотерапия достаточно эффективна при работе с людьми всех возрастов, особенно с больными – как госпитализированными, так и амбулаторными.

Возраст социальный – понятие, отражающее определённую систему прав и требований, предъявляемых обществом к человеку на определённом этапе его жизни, и сущность его отношений с окружающими, его общественное положение. Специфические характеристики социального возраста определяются особенностями отношений индивида с наиболее референтными для него группами.

Инвалид – гражданин, который вследствие физических или умственных заболеваний, травм или дефектов ограничен в своей жизнедеятельности и частично или полностью утрачивает трудоспособность

Инвалидность – (пожилых) стойкое нарушение функций организма у пожилого человека в результате заболевания, ведущие к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию

Интеграция в общество – процесс восстановления разрушенных свя-

зей человека с обществом, обеспечивающей его включённость в основные сферы жизнедеятельности: труд, быт, досуг. **Социальная интеграция** – это своего рода итог социальной работы в той сфере, где человек был лишён возможности равноправно жить в обществе (бомж, инвалид, пожилой человек) и достигается за счёт социальной реабилитации человека.

Иппотерапия – использование верховой езды и общение с лошадьми в процессе реабилитации лиц с ограниченными возможностями, в первую очередь с ограниченной подвижностью. В России активно используется как реабилитационный метод с конца 90х гг. XX в. Особенно эффективен в реабилитации детей с ДЦП

Медико-социальная экспертиза – освидетельствования и признания гражданина инвалидом (определение инвалидности) на основе комплексной оценки состояния здоровья степени ограничения жизнедеятельности, потребности в мерах социальной защиты. При определении степени ограничения жизнедеятельности учитывается полная/частичная утрата человеком способности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свою деятельность, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Нормализация – принцип социальной работы, рекомендуемый с помощью мероприятий по оказанию помощи пожилым людям и инвалидам в поддержании или восстановлении их образа жизни с целью максимального его приближения к обычному образу жизни данного общества.

Отделение медико-социальной помощи при поликлинике – структурное подразделение территориальной поликлиники, возглавляемое врачом-педиатром, оказывает амбулаторно-поликлиническую помощь лицам несклонного возраста из декретированных групп населения (одинокое, участники и инвалиды войны, реабилитированные) и «групп риска» осуществляет координацию медицинского и социально-бытового обслуживания лиц этой категории.

Психотерапия – особый вид взаимодействия между социальным ра-

ботником (или психотерапевтом) и клиентом. Терапевтическая связь устанавливается для оказания помощи в разрешении симптомов умственного расстройства, стресса, проблем взаимоотношений, трудностей, возникающих в отношениях с социальным окружением. К методам психотерапии относятся психоанализ, семейная терапия, групповая психотерапия и т.д.

Социальная защита инвалидов – система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, компенсации ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества (ст. ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ»).

Терапия воспоминаниями - процедура лечения, первоначально используемая для пожилых людей, особенно в экзистенциальной терапии и логотерапии, когда клиент вспоминает и описывает жизненные события в индивидуальной беседе со специалистом или в группе. Чтобы рассказать о себе, клиент должен осмыслить свое прошлое и оценить значимость жизни.

Трудотерапия - методы оказания помощи людям с физическими недостатками с целью научить их более умело обращаться со своим телом, а умственно-неполноценных преодолевать эмоциональные проблемы путем вовлечения их в специально организованную деятельность.

Художественная терапия – использование картин, скульптур и других произведений искусства в лечении эмоциональных проблем. Художественная терапия часто используется в социальной работе с группами и в групповой психотерапии, при амбулаторном лечении, рассматривается как эффективное средство в работе со здоровыми людьми, желающими использовать искусство как средство ускорения своего развития. В некоторых случаях клиенты создают собственные произведения и обсуждают их с терапевтами или с другими членами группы. В других случаях клиентам демонстрируют художественные произведения и просят рассказать о том, как эти произведения влияют на их чувства.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
1. Методические рекомендации по изучению дисциплины	5
1.1 Цели и задачи дисциплины, ее место в учебном процессе	5
1.2 Место курса в профессиональной подготовке выпускника	5
1.3 Межпредметные связи	6
1.4 Организация изучения дисциплины	6
1.5 Формы учебной работы	6
2. Содержание дисциплины	8
2.1. Распределение часов курса по темам и видам работ	8
2.2. Краткое содержание лекционных занятий	10
Тема 1. Основные понятия реабилитации	10
Тема 2. Объекты и объекты социальной реабилитации.	14
Уровни социальной реабилитации и факторы, влияющие на реабилитацию.	
Тема 3. Теоретические основы социальной реабилитации инвалидов: научные концепции социализации и инвалидизации.	21
Тема 4. Сущность и содержание социальной реабилитации	24
Тема 5. Социальные ограничения инвалидов и модели инвалидности	27
Тема 6. Принципы и структура социальной реабилитации	30
Тема 7. Социальная среда жизнедеятельности инвалидов	34
Тема 8. Детская инвалидность, ее структура	52
Тема 9. Виды реабилитации	59
Тема 10. Формы и методы реабилитации	64
Тема 11. Государственная политика в отношении инвалидов и их реабилитации	69
Тема 12. Программы социальной реабилитации	76
Тема 13. Технологии социальной реабилитации различных категорий инвалидов.	82
Тема 14. Социальные службы и учреждения, осуществ-	92

ляющие социальную реабилитацию. Межведомственный под- ход к проблемам социальной реабилитации	
Тема 15. Технология составления комплексных про- грамм реабилитации	98
3. Самостоятельная работа студентов	121
3.1 Содержание самостоятельной работы	121
3.2 Перечень примерных вопросов для самостоятельной работы	121
3.3 Требования к реферату	123
3.4 Примерная тематика докладов	125
3.5 Рекомендуемая литература по курсу «Социальная ре- билитации»	127
4. Материалы для проверки знаний (проверочные тесты по курсу)	132
4.1. Входящий контроль	132
4.2. Текущий контроль	132
4.3. Итоговый контроль	137
4.4 Критерий оценки знаний студентов	140
5. Материалы для проверки знаний	141
6. Содержание	144