

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

**Организация социальной защиты инвалидов и других нетрудо-
способных граждан**

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 «Организация социальной защиты инвалидов и других нетрудоспособных граждан» для студентов очной, заочной и заочно-сокращенной форм обучения по специальности 040101 «Социальная работа». – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2007. - ____ с.

Учебно-методические рекомендации ориентированы на оказание помощи студентам всех форм обучения по специальностям 040101 «Социальная работа», для формирования специальных знаний о сущности и содержании социальной защиты инвалидов и других категорий нетрудоспособных граждан.

ВВЕДЕНИЕ

Одна из актуальнейших проблем нашего общества – социальная защита лиц с ограниченными возможностями трудовой деятельности (нетрудоспособны граждан).

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 «Организация социальной защиты инвалидов и других нетрудоспособных граждан» имеет непосредственное практическое значение для профессиональной подготовки студентов. Он дает знания о комплексной си-

стеме мероприятий (профессионально-трудовых, учебных, медико-психологических, социально-педагогических и др.), направленных на оптимизацию 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 «Организация социальной защиты инвалидов и других нетрудоспособных граждан» важен для изучения студентами специальности «Социальная работа», так как социальная защита инвалидов является одним из основных специальных механизмов реализации социальной политики, способом реализации которой является социальная педагогика.

Курс «Организация социальной защиты инвалидов и других нетрудоспособных граждан» имеет практическое значение в профессиональной под-

готовке студентов, т.к. дает знания о комплексной системе мероприятий (профессионально-трудовых, учебных, медико-психологических, 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», «Технология социальной работы», «Организация социальной работы с различными группами населения», «Организация социальной защиты населения», дисциплины правового цикла.

1.4. Организация изучения дисциплины

Курс «Организация социальной защиты инвалидов и других нетрудоспособных граждан» является специальным курсом по общепрофессиональным дисциплинам программы подготовки специальности «Социальная работа».

Разделы дисциплины посвящены теоретическим основам социальной защиты 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 зна-

ний, полученных студентами при изучении других учебных дисциплин.

Изучение специального курса «Организация социальной защиты инвалидов и других нетрудоспособных граждан» рассчитано на 1 семестр (9). В конце 9 семестра студенты сдают зачет по дисциплине.

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

очное отделение

№	Темы	Лекции	Семинар
1	Инвалидность и ее основные проблемы. Социальное положение инвалидов и других нетрудоспособных граждан	4	2
2	Государственная социальная политика в отношении инвалидов и нетрудоспособных	4	2
3	Образ жизни инвалидов. Основные виды жизнедеятельности. Рекреация. Социализация. Коммуникация	2	2
4	Закон РФ «О социальной защите инвалидов в РФ». Общие положения	2	0
5	Льготы, предоставляемые законодательством инвалидам и другим нетрудоспособным	2	2
6	Пенсионное обеспечение инвалидов и нетрудоспособных	4	2
7	Программы по социальной защите инвалидов и других категорий граждан нетрудоспособного возраста	2	2
8	Медико-социальная экспертиза в законе «О социальной защите инвалидов в РФ»	2	0
9	Общественные объединения инвалидов. Предприятия инвалидов	2	0
10	Реабилитация: понятие, формы, содержание	2	2
11	Реабилитация молодых инвалидов в домах интернатах	2	2
12	Реабилитация пожилых и инвалидов в домах интернатах	2	2
13	Профессиональная реабилитация инвалидов в трудоспособном возрасте	2	2
14	Порядок признания лица инвалидом	4	2

15	Индивидуальная программа реабилитации инвалида: принципы формирования и реализации	2	2
16	Карта индивидуальной программы реабилитации инвалида	2	2
17	Специфика реабилитации инвалидов в психоневрологических диспансерах	2	2
18	Социальный патронаж как способ реабилитации инвалидов с психическими заболеваниями	2	2
19	Опека и попечительство как одна из форм социальной защиты	2	2
20	Социальное обслуживание: понятие, принципы и виды	2	2
21	Социальное обслуживание инвалидов и других нетрудоспособных в стационарных учреждениях	4	2
22	Социальное обслуживание	2	2
	<i>Итого:</i>	<i>54</i>	<i>36</i>

заочное отделение

№	Темы	Лекции	Семинар
1	Инвалидность и ее основные проблемы. Социальное положение инвалидов и других нетрудоспособных граждан	1	0
2	Государственная социальная политика в отношении инвалидов и нетрудоспособных	1	0
3	Образ жизни инвалидов. Основные виды жизнедеятельности. Рекреация. Социализация. Коммуникация	1	0
4	Закон РФ «О социальной защите инвалидов в РФ». Общие положения	1	0
5	Льготы, предоставляемые законодательством инвалидам и другим нетрудоспособным	1	0
6	Пенсионное обеспечение инвалидов и нетрудоспособных	1	0

7	Программы по социальной защите инвалидов и других категорий граждан нетрудоспособного возраста	1	0
8	Медико-социальная экспертиза в законе «О социальной защите инвалидов в РФ»	1	0
9	Общественные объединения инвалидов. Предприятия инвалидов	1	0
10	Реабилитация: понятие, формы, содержание	1	1
11	Реабилитация молодых инвалидов в домах интернатах		1
12	Реабилитация пожилых и инвалидов в домах-интернатах		
13	Профессиональная реабилитация инвалидов в трудоспособном возрасте	0	1
14	Порядок признания лица инвалидом	1	1
15	Индивидуальная программа реабилитации инвалида: принципы формирования и реализации		0
			0
16	Карта индивидуальной программы реабилитации инвалида		0
17	Специфика реабилитации инвалидов в психоневрологических диспансерах		
18	Социальный патронаж как способ реабилитации инвалидов с психическими заболеваниями	0	1
19	Опека и попечительство как одна из форм социальной защиты	0	1
20	Социальное обслуживание: понятие, принципы и виды	1	0
21	Социальное обслуживание инвалидов и других нетрудоспособных в стационарных учреждениях	0	1
22	Социальное обслуживание инвалидов и других нетрудоспособных в нестационарных учреждениях	0	1
	<i>Итого:</i>	<i>12</i>	<i>8</i>

2.2. Краткое содержание лекционных занятий.

Тема №1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ КАК СОЦИАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМЫ.

Анализ истории развития проблемы инвалидности свидетельствует о том, что, пройдя, путь от идей физического уничтожения изоляции «неполноценных» членов общества до концепций влечения их к труду, человечество подошло к пониманию необходимости реинтеграции лиц с физическими дефектами, патологическими синдромами, психосоциальными нарушениями.

В связи с этим возникает необходимость отвергнуть классический подход к проблеме инвалидности как к проблеме «неполноценных людей» и представить ее как проблему, затрагивающую общество в совокупности. Иными словами, инвалидность — это проблема не одного века, и даже не части общества, а всего общества в целом. Сущность ее заключается в правовых, экономических, коммуникативных, психологических особенностях взаимодействия инвалидов с окружающим миром. Такой генезис общественной мысли объясняется соответствующим развитием экономических возможностей и уровнем социальной зрелости различных исторических эпох.

В Российской Федерации как минимум свыше 8 млн. человек официально признаны инвалидами, а в Амурской области – 8 тыс. 998 чел. (на 922 тыс. человек населения). В перспективе ожидается дальнейший рост числа этой категории населения, в том числе и в долевого выражении.

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

2) стойкое нарушение функций организм в результате заболевания,

травм или дефектов, ведущее к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию (словарь по социальной работе).

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.

В 1971 г. Генеральной Ассамблеей ООН была принята Декларация о правах 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.

Социальное положение инвалидов в современном обществе можно охарактеризовать через имеющиеся социальные проблемы или принадлежность к группе риска.

Социальная проблема – противоречия, объективно нарушающее процесс жизнедеятельности индивида и осознаваемое им как таковое.

Как следует из определения, **основная проблема инвалидности** – ограничение в возможностях вследствие наличия физических, психологических, социальных, культурных, законодательных и иных барьеров, обусловленных самим фактом инвалидности.

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.

Другие проблемы могут рассматриваться как следствие ограничения в возможностях или как сопутствующие проблемы:

- медицинские (состояние здоровья);
- педагогические (получение образования, социализация);
- социокультурные (организация досуга, следование традициям);
- коммуникативные (барьеры общения);
- политико-правовые (соблюдение прав, законодательные льготы и их выполнение);
- социальные (социальная защита, обеспечение равных прав и возможностей в трудоустройстве и других сферах жизнедеятельности);
- др.

Ограничение жизнедеятельности лица может выражаться в полной или частичной утрате им способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью.

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

Инвалиды, лица, ограниченные в возможностях и нетрудоспособные граждане относятся к категории социального риска.

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

Государство, обеспечивая социальную защищенность инвалидов и других нетрудоспособных граждан, призвано создавать им необходимые условия для индивидуального развития, реализации творческих и производственных возможностей и способностей путем учета их потребностей в 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.

Сегодня инвалиды относятся к наиболее социально незащищенным ка-

тегориям населения. Их доход значительно ниже среднего, а потребности в медицинском и социальном обслуживании гораздо выше. В условиях модернизации российского общества инвалидам труднее равноправно конкурировать на рынке труда с полноценными в физическом отношении людьми. В условиях общего роста безработицы их участие в общественном производстве существенно сокращается. Лишь около 650 тыс. инвалидов заняты трудовой деятельностью. Семьи и родственники, имеющие на своем попечении инвалидов, испытывают, как правило, значительные материальные и психологические трудности.

Наиболее актуальными задачами социальной политики в отношении инвалидов являются 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, выполнять свои гражданские обязанности.

Тема № 2. МЕХАНИЗМ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОТНОШЕНИИ ИНВАЛИДОВ.

Государственные структуры, неправительственные организации общественные объединения, частные инициативы призваны не только охранять здоровье населения и заниматься профилактикой инвалидности, но и создавать условия для реабилитации инвалидов, их интеграции и реинтеграции в общество и профессиональную деятельность.

Государственная социальная политика (ГСП) – деятельность государства в лице различных государственных органов и учреждений по обеспечению социального благополучия населения страны, решению социальных проблем и т.п.

ГСП в отношении инвалидов и др. нетрудоспособных граждан – комплекс мер медицинского, правового, культурного, педагогического, соци-

ального и иного характера, осуществляемый государством и направленный на искоренение дискриминации инвалидов и обеспечению равных прав и возможностей.

Эффективным механизмом реализации государственной политики в решении социальных проблем инвалидов в Российской Федерации стали целевые федеральные и региональные программы социальной защиты инвалидов, объединяющие усилия различных ведомств. В 1994 г. начато финансирование программы **«Разработка и производство технических средств реабилитации для обеспечения инвалидов»**. Создана также федеральная программа **«Социальная поддержка инвалидов»**. В рамках Федеральной комплексной программы **«Дети России»** предусмотрена программа **«Дети-инвалиды»**.

Реализация федеральных программ должна создать условия, соответствующие требованиям и нормам цивилизованного государства, при которых инвалид, как и любой гражданин, имеет возможность на равных условиях получить образование, трудиться, материально обеспечивать себя и иметь доступ ко всем объектам социальной, производственной и хозяйственной инфраструктур.

На местном уровне и уровне субъекта Федерации также разрабатываются и реализуются социальные программы помощи трудоспособным гражданам.

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

Основными социально-экономическими и социально-демографическими показателями, характеризующими положение инвалидов в обществе, являются: участие в трудовой и общественной деятельности, размеры заработной платы и пенсии, уровень потребления товаров длительного пользования,

жилищно-бытовые условия, семейный статус, образование.

Ранее основные усилия государства по повышению уровня ни инвалидов сводились преимущественно к предоставлению разного рода материальных льгот и дотаций отдельным их категориям. Вместе с тем существовала довольно развитая система специализированных предприятий, использующих труд инвалидов, которые, однако, в условиях рыночной экономики становятся неконкурентоспособными по сравнению с коммерческими структурами, продолжение социальной политики в отношении инвалидов в предоставлении различных льгот представляется вряд ли возможным в условиях бюджетного дефицита, к тому же оно чревато и рядом неэффективных последствий — противопоставление здоровых и инвалидов (что, в свою очередь, порождает негативное отношение к последним), а также различных категорий инвалидов друг другу; нежелание некоторых инвалидов участвовать в реабилитационных процессах в связи с иждивенческими настроениями и ожиданием льгот и дотаций.

Развитию социальной работы с инвалидами в целях их интеграции должно способствовать создание сети реабилитационных центров для лиц с ограниченными возможностями, где осуществлялись бы профориентация, профобучение, консультирование по психологическим, правовым и организационным проблемам; предлагалась бы конкретная помощь по обеспечению и трудоустройству.

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.

Общей основой и руководством для принятия мер в национальном и международном плане в области защиты прав инвалидов, предупреждения инвалидности, вызванной физическими и умственными ограничениями, и оказания инвалидам помощи в развитии их способностей в самых различных областях деятельности, а также содействия по включению их в нормальную жизнь общества является *Декларация о правах инвалидов*, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 9 декабря 1971 г.

В соответствии с Декларацией инвалиды имеют неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства; несмотря на снисхождение, характер и серьезность увечий или недостатков, имеют те же основные права, что и их сограждане того же возраста, в первую очередь право на удовлетворительную жизнь, которая должна быть как можно более нормальной и полноценной.

Особую важность для социальных работников имеет п. 5 Декларации, провозглашающий, что инвалиды имеют право на предназначенные для того, чтобы дать им возможность приобрести как можно большую самостоятельность.

При организации социальных служб для инвалидов необходимо учитывать, что они имеют право на экономическое и социальное обеспечение и удовлетворительный уровень жизни. При этом они имеют право на меди-

цинское, психическое или функционалы лечение, включая использование протезных и ортопедических аппаратов, на восстановление здоровья и положения в обществе, образование, ремесленную профессиональную подготовку и становление трудоспособности, помощь, консультации, услуги по трудоустройству и другие виды обслуживания, которые позволят им максимально проявить свои возможности и способности и ускорят процесс их социальной интеграции или реинтеграции. Инвалиды имеют также право жить в кругу своих семей или в условиях, их заменяющих, и участвовать во всех видах общественной деятельности, связанных с творчеством или проведением досуга. Если пребывание инвалида в специальном учреждении является необходимым, то среда и условия жизни в нем должны как можно больше соответствовать среде и условиям нормальной жизни лиц его возраста.

В целях привлечения внимания мировой общественности к проблемам инвалидности и изучения потенциальных возможностей этой группы населения, а также изучения возможностей наиболее полно реализовать вклад инвалидов в процесс развития, с 1982 по 1992 гг. Организацией Объединенных Наций проводилось Международное десятилетие инвалидов. По решению ООН, 3 декабря считается Международным днем инвалидов.

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» 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. и др.

Тема №3. **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 направлений 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 ка-

честве 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, отра-

жающей 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 – реадaptация ребенка в микро- и макросоциум.

На *первом этапе*, исходя из всего сказанного выше, ведущая роль принадлежит совместному обследованию ребенка нейropsychологом 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 куратора, 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 ин-

валидность, 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 №4. 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:

- физические ограничения;
- трудовая сегрегация (изоляция);
- малообеспеченность;
- пространственно-средовые ограничения;
- информационные барьеры;
- эмоциональные барьеры;
- коммуникативные барьеры и др.

В первую очередь можно говорить о физическом ограничении, или изоляции инвалида, – это обусловлено либо физическими, либо сенсорными, либо интеллектуально-психическими недостатками, которые мешают ему самостоятельно передвигаться и/или ориентироваться в пространстве. С дру-

гой 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 приспособлений 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. Расстройство общения, одна из наиболее трудных социальных проблем инвалидов, является следствием и физических ограничений, и эмоциональной за-

щитной 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 №5. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ: НАУЧНЫЕ КОНЦЕПЦИИ СОЦИАЛИЗАЦИИ И ИНВАЛИДИЗАЦИИ.

Социальная реабилитация получила в последние годы широкое при-

знание. 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 отличает социально-экологическую теорию У. Бронфенбреннера, 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 №6. СУЩНОСТЬ И СОДЕРЖАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.

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, социкоммуникативной 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, медицинская 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 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.

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 психологи-

ческие 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, разворачиванию 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 №7. ПРИНЦИПЫ И СТРУКТУРА СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИ-

ЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ДНГ.

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

лидов и инвалидность распространяется ведущий принцип социального устройства современного общества - принцип равных социальных прав и возможностей индивидов, которые предоставляются каждому члену общества вне зависимости 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 «Shape 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 соци-

альном 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.

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 №8. 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, пёрилы и поручни при спуске 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 полноцен-

ному 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 здра-

воохранения и других объектов к местам наиболее массового заселения лицами, имеющими различные дефекты.

Осуществление трудовой и общественно полезной деятельности инвалидов, 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 закрепления 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 правила (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 строительно-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 перевозки 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 инвалидом, резко меняется – в семье из кормильца он превращается в частичного иждивенца, нередко нуждающегося в особом уходе, помощи, зависимо 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 инте-

грация 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 позволи-

ла 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, трудо-

вая 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 за-

трат 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 после-

довательных 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 - сосудистой 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-сосуди-

стой системы).

Воспитательные задачи предполагают выработку определенных характерологических 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 учре-

ждения, 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 организация 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 основ-

ными 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 более 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 № 9. **ВИДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ.**

Начальное звено системы общей реабилитации инвалидов - *медицинская реабилитация*, которая представляет собой комплекс мер, направленных на восстановление утраченных функций или компенсацию нарушен-

ных 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 осуществляться 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 об-

щего 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 профессиям, 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 каче-

ственное 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 доступа 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 объ-

ясняется 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 реко-

мендательный 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 реабилитационных 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.

Преимуществом 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 обу-

чения 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 готовить 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. 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, ограничений 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 повреждениях 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 пере-

движения решаются в ходе социально - бытовой реабилитации.

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

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 патология 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, ограничений 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 характеристикам 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 нарушениями 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

жизннедеятельности 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 отправлений, 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 объёма 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 расстройств 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 за-

торможенности 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 кинозалах, на концертах, организуемых в психоневрологических интернатах. В целях реабилитационного воздействия необходим досуг, развивающий,

компенсирующий дефицит информации, воздействующий на эмоциональную и познавательную сферы жизнедеятельности.

Тема №12. 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 прогрессирующие 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-некротические 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, реабили-

тационные 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 инвалидов; 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, профес-

сиональное 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.

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 №13. ТЕХНОЛОГИЯ СОСТАВЛЕНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ.

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 реабилитации 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, коммуника-

тивную, 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 ре-

бенку, 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 индивидуальности. 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 преобладаю-

щим 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.

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, ка-

рандаши, бумага. Для актуализации знаний об эмоциональных состояниях на занятиях второго этапа детям предлагается описывать чувства (радость, горе, гнев, печаль, удивление, страх).

Формы проведения занятий определяются, прежде всего, возрастом детей. 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.

Тема №14. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ИНВАЛИДОВ И ДНГ

В ФЗ РФ *«Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации»* от 10.12.1995 г. в ст. 1 подчеркивается, что **«социальное обслуживание** представляет собой деятельность социальных служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально -правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации». Под трудной жизненной ситуацией понимается такая ситуация, которая объективно нарушает жизнедеятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнь, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица и т.д.) и которую он не может преодолеть самостоятельно.

Важную роль играют те статьи Закона, в которых раскрывается основное содержание видов социального обслуживания - материальная помощь, социальное обслуживание на дому, социальное обслуживание в стационарных условиях, предоставление временного приюта, организация социального обслуживания, консультативная помощь, социальный патронаж граждан и семей и др.

Федеральный закон *«О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»* (1995 г.) существенно дополняет и конкретизирует наши представления о социальном обслуживании отдельных социальных групп. Он предназначен для регулирования отношений в сфере социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, являющегося одним из направлений деятельности по социальной защите населения. При этом в Законе предмет его определяется таким образом: **«социальное обслуживание** представляет собой деятельность по удовлетворению потребностей указанных граждан в социальных услугах».

Согласно положениям этого закона, социальное обслуживание включает в себя совокупность социальных услуг, которые предоставляются гражданам пожилого возраста и инвалидам на дому и в учреждениях социального

обслуживания независимо от форм собственности. Предусмотрена возможность получения достаточных для удовлетворения основных жизненных потребностей социальных услуг, которые включаются в федеральный и территориальный перечни гарантированных государством социальных услуг.

Деятельность в сфере социального обслуживания инвалидов и других категорий нетрудоспособных граждан строится на следующих принципах:

- соблюдение прав человека и гражданина;
- предоставление государственных гарантий в сфере социального обслуживания;
- обеспечение равных возможностей в получении социальных услуг и их доступности для граждан пожилого возраста и инвалидов;
- преемственность всех видов социального обслуживания;,,
- ориентация социального обслуживания на индивидуальные потребности граждан пожилого возраста и инвалидов;
- приоритет мер по социальной адаптации граждан пожилого возраста и инвалидов;
- ответственность органов государственной власти, органов местного самоуправления и учреждений, а также должностных лиц за обеспечение прав граждан пожилого возраста и инвалидов в сфере социального обслуживания. Государство гарантирует человеку возможность получения социальных услуг на основе принципа социальной справедливости независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и других обстоятельств.

Тема №15. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ИНВАЛИДОВ В РОССИИ.

Самым слабым местом социальной политики в отношении инвалидов остается ее разрозненность и отсутствие единой стратегии. Фактически мы

имеем дело с отдельными социальными мерами, а не с комплексной системной концепцией. При этом утрачивается реальное представление об эффективности льгот, об их ориентированности на конкретные социальные задачи. Социальные меры часто дублируют друг друга по целям и финансированию. Например, в дореформенный период выплаты по возмещению вреда составляли разницу между утраченным заработком и пенсией по инвалидности. Теперь пенсии по инвалидности в расчет не принимаются и потерпевший получает возмещение вреда как восполнение утраченного заработка плюс пенсию по инвалидности. Отсутствие концепции ведет к тому, что у политики отсутствует реальная финансовая основа. Законы, обеспечивающие льготы, принимаются без учета возможности их реального финансового исполнения. Вообще говоря, эти законы противоречат основному финансовому закону страны – Закону о федеральном бюджете РФ. Законы по льготам исходят из обязательного выполнения обязательств федерального бюджета или бюджета субъекта федерации перед получателем. Между тем российский закон о федеральном бюджете устанавливает приоритеты выполнения различных статей бюджета и предусматривает возможность недофинансирования по отдельным статьям.

В настоящее время пенсионное обеспечение инвалидов в России не увязано с уровнем доходов инвалидов и с его занятостью (незанятостью) и также весьма слабо связано с реабилитацией инвалида. Изменения в назначении пенсий касаются только “пороговой” реабилитации, то есть реабилитации, заканчивающейся переходом из второй группы в третью, или полным снятием инвалидности, что теоретически может относиться только к инвалидам третьей группы. Пенсии не относятся к льготам и компенсациям “активной реабилитации”, то есть они не помогают инвалиду вернуться в общество, не стимулируют его активного реабилитационного поведения - пенсии выполняют исключительно функцию социальной поддержки инвалидов и по своей природе являются социальным пособием лицам, которые не обладают достаточной конкурентоспособностью для того, чтобы прокормить себя.

Современная пенсионная система в отношении инвалидов кажется менее эффективной не только по сравнению с зарубежными системами, но и с прежней российской. В России до 1991 г. существовала система, когда заработная плата инвалида ограничивала (отменяла) его право на получение пенсии. Отказ от прежней системы по сути означает, что Россия фактически признала два факта: (1) резкое падение жизненного уровня инвалидов, в том числе работающих; (2) неспособность инвалида достичь в обществе положения, когда он сможет обеспечивать себя самостоятельно.

Стремясь поддержать инвалида, Россия пошла по максимально затратному пути. В настоящее время практически сняты все преграды к получению пенсий (ослабление порогов в назначении инвалидности, снятие ограничения на получение пенсии работающим гражданам из числа высокооплачиваемых), одновременно с этим размер пенсии возрос по отношению к реальной заработной плате.

Принципиального различия между пенсией по старости и пенсией по инвалидности для инвалида не существует. Инвалиду по достижении пенсионного возраста дано право выбирать вид пенсии, и, естественно, пенсионер останавливается на пенсии большего размера. Как следует из наших демографических и статистических оценок, инвалидов–получателей пенсий в России насчитывается 9,34 млн. чел. Эта численность близка к максимальным оценкам инвалидности и практически исключает вероятность того, что значимая группа инвалидов, которая по российским законам признается таковыми, не претендует на пенсии по инвалидности.

С точки зрения регулирования доходов этой социальной группы важнейшее значение имеют следующие обстоятельства.

В период реформирования экономики инвалиды де-факто оказались отрезанными от рынка труда и рабочих мест, которые могли бы им обеспечить достойное существование.

Инвалидность тесно связана с бедностью, и в бедной среде вероятность появления инвалида выше. Как следствие, структура инвалидов по доходам

должна быть смещена вниз относительно структуры по доходам всего населения.

Среди инвалидов доля детей (до 16 лет) и пенсионеров по старости составляет 58,8% и имеет тенденцию к росту.

Уровень реальной заработной платы в современной России крайне низок. Если средняя начисленная заработная плата с учетом долгов за предшествующий год в 1997г. составляла 975,0 тыс. руб., то пенсия по инвалидности с учетом компенсационных выплат на ту же дату составила 333,2 тыс. руб., а пенсия по старости 384,6 тыс. рублей.

Общая сумма, необходимая для выплат пенсий инвалидам в месяц, оценочно составляет 2,2 млрд. руб., или 26,4 млрд. руб. в год. В целом на пенсионное обеспечение инвалидов различных категорий было затрачено 30,5 трлн. руб., что составляет более 17% всех средств Пенсионного фонда на выплаты пенсий.

Действующая система пенсионного обеспечения в России будет сдерживающим фактором на пути признания со стороны государства инвалидами граждан, которые по международной классификации могли бы и должны были бы быть отнесены к таковым. Следовательно, и реабилитационные программы в отношении “непризнанных инвалидов” начаться не могут. Другими словами, социальная направленность политики в отношении инвалидов сдерживает развитие реабилитационной направленности.

Установленная система назначения инвалидности закрепляет положение инвалида – все движение по реабилитации ограничивается, в основном, второй группой инвалидности. Реабилитационные мероприятия в глазах инвалида имеют смысл, если они не ведут к переходу в третью группу инвалидности или полной реабилитации.

В настоящее время пенсионное обеспечение инвалидов делает инвалидность привлекательной для категорий населения, которые при других обстоятельствах не стали бы регистрировать инвалидность. Одной из причин

оформления инвалидности является потребность в льготе на лекарства в связи с тем, что размер пенсии не дает возможности приобретать лекарства в соответствии с медицинскими показаниями.

К сожалению, “безбарьерная” пенсия приводит не только к росту социальной нагрузки на общество, но и к сохранению пассивного социального поведения реципиентов. Самое опасное в сформированной системе состоит в том, что расширение социальных льгот, пусть даже не подкрепленных финансовыми источниками, - популярная мера для любого законодательного органа, сжатие социальных льгот - напротив, мера чрезвычайно непопулярная и решиться на нее гораздо труднее. В то же время назрела необходимость резко сократить отдельные льготы и компенсации, например, получаемые “по политическим причинам”, и изменить фильтры получения инвалидности. Как показывает российский и международный опыт, движение в сторону расширения социальной помощи инвалидам исторически обусловлено и вызвано целым рядом объективных причин:

- ухудшением экологической ситуации;
- интенсификацией труда и связанным с этим ростом отдельных видов заболеваний;
- общим ростом травматизма, обусловленным ростом технического уровня производства;
- высоким уровнем экономического развития и благосостояния в некоторых странах и появлению возможности включения в спектр социальной помощи как новых категорий населения, так и новых видов социальной помощи;
- в отдельных странах ввиду сокращения емкости рынка труда необходимостью “удерживания” отдельных групп населения в качестве пассивных реципиентов социальной помощи;
- привлекательностью для населения в целом расширения социальной помощи: если у отдельных групп возникает возможность попасть в зону государственной помощи или расширить ее рамки, то данная

группа постарается через политическое давление свои возможности реализовать.

- усилением лоббистских методов в процессе принятия политических и экономических решений.

Несовершенство существующей системы финансового обеспечения политики в отношении инвалидов приводит к недофинансированию отдельных мероприятий этой политики, к задержкам по выплатам разных видов пособий и компенсаций, к реальной недоступности благ, гарантированных законом. Основным преимуществом пенсии как социального вида помощи инвалиду является законодательно закреплённая обязательность предоставления и гарантированность выплат. Все остальные виды помощи, мероприятия в отношении инвалида не гарантируют обязательность финансирования и, как показывает практика, не финансируются в полном объеме.

От состояния федерального и региональных бюджетов зависят предоставление инвалидам льгот и компенсаций, предусмотренных федеральным и региональными законодательствами, а также реализация федеральных и региональных программ помощи инвалидам. За период 1995-07гг. в федеральном бюджете РФ и бюджетах субъектов РФ затраты на реализацию социальной политики государства, в том числе и в отношении инвалидов в абсолютном выражении постоянно увеличивалась.

В рассматриваемом периоде темпы роста затрат федерального бюджета РФ на социальную политику значительно превышают темпы роста общих затрат бюджетов субъектов РФ на эти цели.

Наблюдается и более значительный рост доли затрат федерального бюджета на реализацию социальной политики в общих расходах на социально-культурные мероприятия, по сравнению с аналогичными расходами бюджетов субъектов РФ.

В результате недопоступления налоговых платежей в федеральный бюджет, в 2006 г. было произведено секвестирование объемов годовых бюджетных назначений по незащищенным статьям расходов, что привело к фак-

тическому исполнению федерального бюджета по финансированию мероприятий социальной политики и учреждений социальной защиты в размере 65% от объемов, утвержденных федеральным законом “О бюджете Российской Федерации.”. Кроме того, расходы, предусмотренные в бюджетах субъектов РФ на указанные мероприятия и учреждения социальной защиты населения, профинансированы немногим более - 69%.

Какое влияние на социальную политику в отношении инвалидов оказывает дефицит бюджетов всех уровней и как отражается такая ситуация на инвалидах? Из федерального бюджета предусмотрено финансирование федеральных целевых программ социальной защиты инвалидов, мероприятий по внедрению средств для информационного обеспечения инвалидов по зрению, обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к информации, протезированию и изготовлению протезно-ортопедической обуви.

Федеральный бюджет РФ является основным источником финансирования 3-х федеральных целевых программ социальной поддержки инвалидов, направленных на повышение уровня социальной защищенности инвалидов: “Социальная защита инвалидов”, “Дети-инвалиды” и “Социальная защита инвалидов военной службы”.

**ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОЛИТИКИ ГОСУДАРСТВА В ОТНОШЕНИИ ИНВАЛИДОВ
ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА В 1997 ГОДУ**

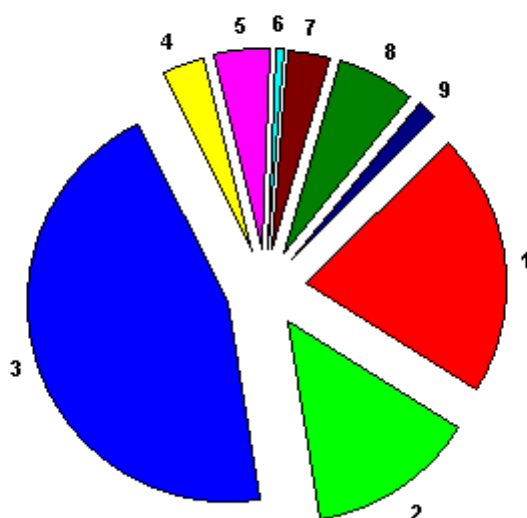


Рис. Финансовое обеспечение политики государства в отношении инвалидов из федерального бюджета.

1. Федеральная программа “Дети-инвалиды” – 85,686 млрд. руб.
2. Федеральная программа “Социальная поддержка инвалидов” – 54,228 млрд. руб.
3. Протезирование и изготовление протезно-ортопедической обуви – 180,35 млрд. руб.
4. Содержание стационаров сложного протезирования – 14,92 млрд. руб.
5. Единовременная помощь протезно-ортопедическим предприятиям на пополнение оборотных средств – 17,0 млрд. руб.
6. Компенсация разницы в цене за протезирование – 2,09 млрд. руб.
7. Финансирование Института реабилитации протезно-ортопедические изделий в г. Волоколамске Московской области – 14,0 млрд. руб.
8. Выпуск литературы для слепых и внедрение инновационных средств обеспечения инвалидов по зрению – 25,0 млрд. руб.
9. Содержание стационарных учреждений социального обслуживания (геронтологический центр и детских дом для слепоглухих) – 6,3 млрд. руб.

Предоставление льгот и компенсации для различных категорий инвалидов.

В соответствии с законодательством о социальной защите инвалидов им предоставляется значительное количество прав, льгот и компенсаций. Все предоставляемые инвалидам в соответствии с законодательством права и льготы подразделяются на группы в зависимости от формы и периодичности предоставления, от причин инвалидности, категории, предоставляемых льгот и т.п.

По форме предоставления:

- имеющие “моральную” форму (преимущественное право или первоочередное право в чем-либо);
- имеющие денежную форму (бесплатное обеспечение лекарствами или бесплатное пользование поликлиниками);

- имеющие натуральную форму (бесплатное предоставление автотранспортных средств, мото- и велоколясок, обеспечение топливом).

По периодичности предоставления:

- имеющие одноразовый характер или предоставляемые с большой периодичностью (бесплатная установка телефона, капитальный ремонт жилой площади);
- имеющие ежемесячный характер (компенсация части стоимости жилой площади, компенсация части стоимости коммунальных услуг);
- имеющие годовую периодичность (бесплатный проезд раз в год или раз в два года в междугородном транспорте, санаторно-курортное лечение или его компенсация).

Предоставляемые в зависимости от причины инвалидности:

- инвалиды войны и приравненные к ним категории;
- инвалиды по зрению;
- инвалиды в результате чернобыльской катастрофы;
- и т. д.

По охвату определенного числа инвалидов:

- предоставляемые всем категориям инвалидам;
- предоставляемые отдельным категориям инвалидов.

По категориям льгот:

- по пенсионному обеспечению, налогообложению, выплате пособий;
- по получению, приобретению, строительству и содержанию жилых помещений;
- по коммунально-бытовым услугам и торговому обслуживанию;
- по медицинскому, протезно-ортопедическому обслуживанию, санаторно-курортному лечению, обеспечению лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения;
- по обеспечению транспортными средствами и оплате проезда;

- по трудоустройству, обучению, переподготовке и условиям труда;
- по пользованию услугами учреждений связи, культурно-зрелищных и спортивно-оздоровительных учреждений;
- по получению услуг учреждений социального обслуживания, социальной и юридической помощи.

Одной из важнейших льгот по предоставлению технических средств реабилитации, вопросы реализации которой не решаются годами, является обеспечение инвалидов спецавтотранспортом и его ремонт.

Льгота по получению средств технической реабилитации - автомобиля и мотоколяски - практически не выполняется повсеместно. Так, из-за отсутствия финансирования инвалиды не обеспечивались мотоколясками и автомобилями в 26 регионах России. В 70 субъектах Российской Федерации инвалиды не были обеспечены мотоколясками в соответствии с рекомендациями МСЭ, на учете на получение мотоколясок в целом по России состоит 24773 чел., кроме того, рекомендации по приобретению мотоколясок даны 4362 чел.

По-прежнему серьезной остается проблема льготного обеспечения лекарственными средствами. В среднем по России этой льготой пользуется около 60% от числа граждан, имеющих на это право. Однако на практике данный вид льгот предоставляется не всем инвалидам, имеющим на нее право, или не в полном объеме.

Аналогичная ситуация с предоставлением и других видов льгот.

Законодательство Российской Федерации гарантирует социальную защиту всем участникам боевых действий различных войн, экологических и техногенных катастроф, аварий разного масштаба. На загрязненной в результате катастрофы на ЧАЭС территории 14 субъектов Российской Федерации проживает около 2,7 млн. человек, на которых распространяются льготы и компенсации, установленные законом Российской Федерации "О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС". Средства на льготы и компенсации выделя-

лись нерегулярно с задержкой в 4-5 месяцев, что вызвало социальную напряженность на загрязненных территориях.

Реалии таковы, что значительное количество инвалидов в настоящее время не получают необходимой для возвращения к нормальной трудовой, семейной и общественной жизни помощи, в которой они нуждаются. Безусловно, во многом это объясняется неблагоприятной экономической ситуацией, складывающейся в стране за последние годы. Это является причиной откладывания разработки полномасштабной программы регулирующей все стороны медико-социальной реабилитации инвалидов. Сталкиваясь с растущими экономическими трудностями, государство ослабляет внимание к вопросам социальной защиты инвалидов.

Принимаемые правовые решения носят зачастую случайный и конъюнктурный характер (например, Закон “О ветеранах”) и определяются ситуационными причинами вне зависимости от экономического состояния народного хозяйства. В результате прослеживается несогласованность нормативных актов, регулирующих медицинскую, профессиональную и бытовую стороны реабилитации. Зачастую они носят односторонний характер, и устанавливаемые ими правила строятся без соответствующего учета всего комплекса мер по реабилитации. Поэтому, как правило, эти правовые акты касаются какой-либо одной из сторон медико-социальной реабилитации инвалидов, наиболее остро стоящих в данный момент перед нею задач, порой плохо связанных с общей целью законодательства в этой области - интеграции инвалидов в общество и семью.

Бессистемность принятия правовых норм, регулирующих предоставление льгот, создала возможность для дублирования содержащихся в них положений, а иногда и противоречий, что создает затруднения в их применении. Так, например, скидки на оплату жилья участникам Великой Отечественной войны предоставляются в пределах социальных норм, а чернобыльцам и участникам ядерных испытаний - “по ставкам для рабочих и служащих”. Аналогичны различия и по частичной оплате коммунальных услуг. Скидки

для участников Великой отечественной войны предусматриваются в рамках “нормативов потребления”, а для чернобыльцев и участников ядерных испытаний - “с установленной платы”. Кроме того, все рассматриваемые категории инвалидов имеют право на бесплатную медицинскую помощь и лекарства. Но участникам войны и боевых действий бесплатные лекарства выделяются в пределах норм и в порядке, определяемом Правительством РФ, а чернобыльцам и участникам ядерных испытаний - без ограничений.

Происходящие изменения в экономике требуют, чтобы система налогов следовала бы этим изменениям и была им адекватна, а это порождает нестабильность налогового законодательства. Изменения в него вносятся по несколько раз в течение года. В результате действующая налоговая политика оказывает негативное влияние, в частности, на развитие реабилитационной индустрии. Налоговое законодательство не представляет каких-либо существенных льгот предприятиям, которые заняты производством технических средств (материалов, изделий), необходимых для работающих инвалидов. Не представляются такие льготы и по импортным пошлинам на изделия для инвалидов, ввозимые из-за рубежа. Высокий удельный вес изъятия средств у предприятий не побуждает производителя работать эффективно, расширять выпуск продукции, наращивать свои доходы и вкладывать их в дальнейшее расширение производства. В силу указанной причины количество выпускаемых реабилитационных изделий при высокой потребности в них падает, а их номенклатура расширяется крайне медленно.

Недостаточно развита законодательная база в области медицинской реабилитации, особенно в той ее части, которая призвана служить предупреждению заболеваний, приводящих к инвалидности, в частности, по организации и содержанию первичной медико-санитарной помощи, доступной всем слоям населения; по созданию системы раннего выявления и профилактики инвалидности; по четкой регламентации правил техники безопасности, производственной санитарии, приспособления рабочих мест, оборудования и

производственной среды в целях предупреждения утраты профессиональной трудоспособности или предупреждения болезни (или ее обострения).

2.3 Семинарские занятия

Тема 1. Инвалидность и ее основные проблемы. Социальное положение инвалидов и других нетрудоспособных граждан.

Понятие инвалидности. Ограниченная жизнедеятельность инвалидов и ее основные проблемы: социально-психологические (социальная депривация), материальные (социально-экономические), социально-бытовые и социально-медицинские. Инвалиды и другие нетрудоспособные граждане в социальной структуре населения. Состояние и динамика инвалидности. Анализ инвалидности по их причинам. Содержание понятия инвалидности применительно к современным условиям.

Тема 2. Государственная социальная политика в отношении инвалидов и нетрудоспособных.

Основные направления и тенденции государственной социальной политики в отношении инвалидов и нетрудоспособных. Нормативно-правовое обеспечение социальной защиты инвалидов и других нетрудоспособных граждан. Государственные программы социальной защиты инвалидов и нетрудоспособных.

Тема 3. Образ жизни инвалидов. Основные виды жизнедеятельности. Рекреация. Социализация. Коммуникация.

Ограниченная жизнедеятельность и ее влияние на образ жизни инвалидов. Социальная дезадаптация в следствии нарушения развития и роста; потеря контроля за своим поведением; полная или частичная утрата возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, обучение, трудовую деятельность в будущем. Организация и проведение отдыха и досуга инвалидов. Социальная депривация. Социализация как

успешный процесс преодоления социальной депривации. Процесс общения как одно из средств связи инвалида с «внешним миром», облегчения процесса социализации

Тема 4. Закон РФ «О социальной защите инвалидов в РФ». Общие положения.

Общие положения закона: инвалид, ограничение жизнедеятельности, нетрудоспособность. Основные положения, регулирующие организацию социальной работы с инвалидами: органы МСЭ, признание лица инвалидом, его учет, порядок и направления оказания помощи. Льготы и преимущества. Финансовое обеспечение.

Тема 5. Льготы, предоставляемые законодательством инвалидам и других нетрудоспособным.

Льготы, предусмотренные законодательством инвалидам, детям-инвалидам; несовершеннолетним узникам фашизма; инвалидам ВОВ и ветеранов боевых действий на территории других государств. Основные виды предоставляемых льгот: проезд; размер пенсии и льготное налогообложение; предоставления жилья, льготная оплата; предоставление дополнительных бытовых и медицинских услуг (телефон, лекарства, протезирование, отпуск).

Тема 6. Пенсионное обеспечение инвалидов и нетрудоспособных.

Закон «О государственных пенсиях в РСФСР» как основа для пенсионного обеспечения инвалидов и нетрудоспособных граждан. Виды пенсий: по старости, инвалидности, по случаю потери кормильца, за выслугу лет. Основания назначения пенсий для инвалидов и нетрудоспособных. Условия и размер выплаты.

Тема 7. Программы по социальной защите инвалидов и других категорий граждан нетрудоспособного возраста.

Федеральные, региональные и местные программы по социальной защите инвалидов и других категорий граждан нетрудоспособного возраста. Целевые и комплексные программы в системе социальной защиты инвалидов и нетрудоспособных. Предоставляемые услуги как включенный элемент программы. Финансирование существующих программ.

Тема 8. Медико-социальная экспертиза в законе «О социальной защите инвалидов в РФ».

Медико-социальная экспертиза как орган в определении трудоспособности граждан, мерах социальной защиты (включая реабилитацию). Механизм осуществления медико-социальной экспертизы на основе клинико-функциональных; социально-бытовых; профессионально-трудовых и психологических данных с использованием классификаций и критериев.

Тема 9. Общественные объединения инвалидов. Предприятия инвалидов.

Основные направления деятельности общественных объединений инвалидов (цели и задачи, предоставляемые услуги, формы участия инвалидов в работе общественных объединений). Предприятия для инвалидов. Обеспечение занятости инвалидов и оборудование рабочих мест. Квотирование рабочих мест для инвалидов, льготное налогообложение предприятий с использованием труда инвалидов.

Тема 10. Реабилитация: понятие, формы, содержание.

Реабилитация инвалидов нетрудоспособных граждан как решение проблем, связанных с инвалидностью. Цель реабилитации. Формы реабилитации: медико-социальная, профессиональная; социально - средовая (бытовая), психолого-педагогическая. Сущность и содержание каждого из вида реабилитации.

Тема 11. Реабилитация молодых инвалидов в домах интернатах.

Молодые инвалиды в общей структуре граждан нетрудоспособного возраста. Деление молодых инвалидов по причинам заболевания (инвалиды с детства, инвалиды с определенным типом заболевания). Специфика реабилитации молодых инвалидов в домах интернатного типа. Основной акцент в деятельности медико-социальной, профессиональной; социально -средовой, психолого-педагогической реабилитации молодых инвалидов. Учет потребностей и интересов молодых людей в осуществлении реабилитационных мероприятий.

Тема 12. Реабилитация пожилых и инвалидов в домах-интернатах.

Пожилые и инвалиды в общем контингенте домов-интернатов. Деление пожилых и инвалидов по причинам заболевания (инвалиды с определенным типом заболевания, возрастная структура). Специфика реабилитации пожилых инвалидов в домах интернатного типа. Основной акцент в деятельности медико-социальной и социально -средовой реабилитации пожилых. Создание комфортных (приближенных к домашним) условий жизнедеятельности людей в период пребывания в приемном отделении, размещении на дневное пребывание, дальнейшем пребывании в интернате.

Тема 13. Профессиональная реабилитация инвалидов в трудоспособном возрасте.

Характер ограничения жизнедеятельности (степень инвалидности) и возможности осуществления профессиональной реабилитации. Индивидуальная программа реабилитации инвалидов. Особые условия труда и отдыха для инвалидов трудоспособного возраста. Служба занятости в осуществлении профессиональной реабилитации. Нерациональное трудоустройство инвалидов. Проблемы в организации профессионального этапа реабилитации органами службы занятости. Схема проведения профессионального этапа реабилитации инвалидов.

Тема 14. Порядок признания лица инвалидом.

Общие положения о признании лица инвалидом. Порядок направления на медико-социальную экспертизу. Порядок проведения медико-социальной экспертизы. Порядок переосвидетельствования инвалидов. Порядок обжалования решений учреждений, проводящих медико-социальную экспертизу.

Тема 15. Индивидуальная программа реабилитации инвалида: принципы формирования и реализации.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида как комплексный подход в осуществлении реабилитации, оптимальных реабилитационных мероприятий; основной механизм в осуществлении реабилитации. Порядок разработки и условия осуществления индивидуальной программы реабилитации. Общие принципы формирования индивидуальной программы реабилитации.

Тема 16. Карта индивидуальной программы реабилитации инвалида.

Карта индивидуальной программы реабилитации инвалида – научно обоснованная структура реабилитационных мер по включению инвалида в полноценную жизнь. Структура индивидуальной программы реабилитации инвалида (в соответствии с основными видами медицинской, профессиональ-

ной и трудовой реабилитации): данные об образовании; профессии; социально-бытовой статус; социально-экономический, социально-средовые условия жизнедеятельности; клинико-экспертные данные; оценка реабилитационного потенциала; социально-психологического и т.д.

Тема 17. Специфика реабилитации инвалидов в психоневрологических диспансерах.

Психоневрологический диспансер как учреждение социальной защиты инвалидов. Медико-социальная реабилитация как основа для проведения реабилитационных мероприятий. Основные категории инвалидов, находящиеся в психоневрологических диспансерах (шизофрения, умственно-отсталые, эпилепсия и расстройства мнестико-интеллектуальных функций). Специфика реабилитационных мероприятий отдельных категорий инвалидов (ориентация на установление коммуникативных функций и социальных связей; процесс обучения и др.).

Тема 18. Социальный патронаж как способ реабилитации инвалидов с психическими заболеваниями.

Социальный патронаж как вид социального обслуживания инвалидов с психическими заболеваниями. Основные факторы, формирующие социальную депривацию психически больных. Инвалидизирующий фактор, социальный фактор и синдром госпитализма. Основные исторические этапы социального патронажа психически больных. Организация социального патронажа на современном этапе. Решение вопроса о передаче на патронаж, договор на осуществление патронажа.

Тема 19. опека и попечительство как одна из форм социальной защиты.

Опека и попечительство над инвалидами и другими нетрудоспособными гражданами. Общие положения. Особенности опеки и попечительства.

Права и обязанности опекаемых и опекунов. Порядок и условия оформления опеки и попечительства.

Тема 20. Социальное обслуживание: понятие, принципы и виды.

Федеральный закон РФ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» - основной документ, регламентирующий организацию социального обслуживания граждан. Понятие социального обслуживания. Элементы, включенные в социальное обслуживание: социальные службы, клиент социальной службы, социальные услуги, трудная жизненная ситуация. Принципы социального обслуживания: адресность, доступность, добровольность и т.д. Стационарное и нестационарное обслуживание, материальная помощь, консультативная помощь, реабилитационные услуги.

Тема 21. Социальное обслуживание инвалидов и других нетрудоспособных в стационарных учреждениях.

Стационарные учреждения социального обслуживания инвалидов и других нетрудоспособных граждан. Виды стационарных учреждений, их задачи и особенности. Интернатные учреждения для инвалидов, центры социального обслуживания, дома ветеранов, социальные приюты и др. Порядок размещения и пребывания инвалидов и других нетрудоспособных в стационарных учреждениях.

Тема 22. Социальное обслуживание инвалидов и других нетрудоспособных в нестационарных учреждениях.

Нестационарные формы социального обслуживания инвалидов и других нетрудоспособных граждан. Виды нестационарного социального обслуживания, их задачи и особенности. Социальное обслуживание на дому, консультативная помощь, реабилитационные услуги. Порядок организации и условия оказания помощи инвалидам и другим нетрудоспособным в нестационарных учреждениях.

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 быстрое 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 рефератов

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 «Организация социальной защиты инвалидов и ДНГ».

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°», 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. Гуся-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 реа-

билитации 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 причин 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

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 ЗАДАНИЯ ПО КУРСУ)

4.1. Входящий контроль

1. Назовите основные нормативно-правовые акты, касающиеся социальной защиты инвалидов и других нетрудоспособных граждан.
2. Перечислите основные технологии социальной работы с инвалидами и другими нетрудоспособными гражданами.
3. Охарактеризуйте понятия «инвалид», «инвалидность», «нетрудоспособность», «группа риска».
4. Объясните что, означает «социальный статус инвалида».
5. Дайте определение понятия «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 интеллектуальные 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) ранее начало, индивидуальный подход;
- б) непрерывность и преемственность;
- в) системность и комплексность;
- г) приоритетность использования медикометодных 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 длительное 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 реа-

билитации 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. Инвалидность и ее основные проблемы. Социальное положение инвалидов и других нетрудоспособных граждан.
2. Государственная социальная политика в отношении инвалидов и нетрудоспособных.
3. Образ жизни инвалидов. Основные виды жизнедеятельности. Рекреация. Социализация. Коммуникация.
4. Закон РФ «О социальной защите инвалидов в РФ». Общие положения.
5. Льготы, предоставляемые законодательством инвалидам и другим нетрудоспособных.
6. Пенсионное обеспечение инвалидов и нетрудоспособных.
7. Программы по социальной защите инвалидов и других категорий граждан нетрудоспособного возраста.
8. Медико-социальная экспертиза в законе «О социальной защите инвалидов в РФ».
9. Общественные объединения инвалидов. Предприятия инвалидов.
10. Реабилитация: понятие, формы, содержание.
11. Реабилитация молодых инвалидов в домах интернатах.

12. Реабилитация пожилых и инвалидов в домах интернатах.
13. Профессиональная реабилитация инвалидов в трудоспособном возрасте.
14. Порядок признания лица инвалидом.
15. Индивидуальная программа реабилитации инвалида: принципы формирования и реализации.
16. Карта индивидуальной программы реабилитации инвалида.
17. Специфика реабилитации инвалидов в психоневрологических диспансерах.
18. Социальный патронаж как способ реабилитации инвалидов с психическими заболеваниями.
19. Опекa и попечительство как форма социальной защиты.
20. Социальное обслуживание: понятие, принципы и виды.
21. Социальное обслуживание инвалидов и других нетрудоспособных в стационарных учреждениях.
22. Социальное обслуживание инвалидов и других нетрудоспособных в нестационарных учреждениях.

4.4. Критерии оценки знаний студентов

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

Оценка степени усвоения обучаемыми 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 глуби-

ны знаний.

4. 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 с 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 связей 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 работником (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 государ-

ством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидом 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	7
2. Содержание дисциплины	9
2.1. Распределение часов курса по темам и видам работ	9
2.2. Краткое содержание лекционных занятий	13
Тема 1. Общая характеристика инвалидности как социальной проблемы	13
Тема 2. Механизм реализации государственной политики в отношении инвалидов	17
Тема 3. Детская инвалидность, ее структура	22
Тема 4. Социальные ограничения инвалидов и модели инвалидности	29
Тема 5. Теоретические основы социальной реабилитации инвалидов: научные концепции социализации и инвалидизации.	32
Тема 6. Сущность и содержание социальной реабилитации	36
Тема 7. Принципы и структура социальной реабилитации инвалидов и ДНГ	41
Тема 8. Социальная среда жизнедеятельности инвалидов	45
Тема 9. Виды реабилитации	63
Тема 10. Формы и методы реабилитации	68
Тема 11. Технологии социальной реабилитации различных категорий инвалидов	74
Тема 12. Социальные службы и учреждения, осуществляющие социальную реабилитацию. Межведомственный подход к проблемам социальной реабилитации	84
Тема 13. Технология составления комплексных программ реабилитации	90
Тема 14. Основные принципы социального обслуживания инвалидов и ДНГ	96
Тема 15. Финансовое обеспечение государственной полити-	

ки социальной защиты инвалидов в России	98
2.3. Семинарские занятия	109
3. Самостоятельная работа студентов	117
3.1 Содержание самостоятельной работы	117
3.2 Перечень примерных вопросов для самостоятельной работы	117
3.3 Требования к реферату (они же являются критериями оценки выполненной работы)	119
3.4 Примерная тематика рефератов	121
3.5 Рекомендуемая литература по курсу «Организация социальной защиты инвалидов и ДНГ»	123
4. Материалы для проверки знаний (проверочные задания по курсу)	128
4.1. Входящий контроль	128
4.2. Текущий контроль (тестовые задания)	128
4.3. Итоговый контроль (вопросы к зачету)	133
4.4. Критерии оценки знаний студентов	134
4. Словарь основных терминов и понятий курса	136