Департамент образования Вологодской области

**ГОУ СПО «Тотемский педагогический колледж»**

**Лица с ограниченными возможностями пожилого возраста и их медико-социальная реабилитация**

**Выпускная квалификационная работа**

**по дисциплине: социальная работа с пожилыми и инвалидами**

специальность 040101 Социальная работа

(заочная форма обучения)

**Тотьма 2008**

**Содержание**

# Введение

Раздел I. Основное содержание и виды реабилитации

* 1. Медицинская реабилитация
  2. Социальная реабилитация
  3. Индивидуальная программа реабилитации
  4. Технические средства реабилитации

Раздел II. Медико-социальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями пожилого возраста в стационарных учреждениях социального обслуживания

2.1 Особенности медико-социальной реабилитации граждан пожилого возраста в стационарных учреждениях социального обслуживания

2.2 Роль социальных работников в социальной реабилитации граждан пожилого возраста, проживающих в стационарных учреждениях

Заключение

Список использованной литературы

Приложения

## **Введение**

Одной из актуальных проблем нашего общества является социальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями пожилого возраста. Сегодня инвалиды относятся к наиболее социально незащищенной категории населения. Их доход значительно ниже среднего, а потребности в медицинском и социальном обслуживании намного выше. Инвалидность – это проблема не одного человека, и даже не части общества, а всего общества в целом. Сущность ее заключается в правовых, экономических, производственных, коммуникативных, психологических особенностей взаимодействия инвалидов с окружающим миром. Ограничение жизнедеятельности лица выражается в полной или частичной утрате им способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением.

Российская Федерация является социальным государством, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека (1 ст.7)(приложение № 1). Государство, обеспечивая социальную защищенность инвалидов, 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, жилищных и иных социально – экономических прав.

**Объект исследования**: медико – социальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями пожилого возраста.

**Предмет исследования**: деятельность специалиста по социальной работе в оказании реабилитационных услуг.

**Цель работы**: рассмотрение особенностей медико – социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями пожилого возраста.

**Содержание работы** имеет комплекс поставленных задач:

1. Показать актуальность данной социальной проблемы – медико-социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями пожилого возраста.
2. Раскрыть сущность и содержание медико-социальной реабилитации.
3. Изучить социальную реабилитацию граждан пожилого возраста в стационарных учреждениях социального обслуживания.

**Гипотеза исследования:** если эффективно организовать медико-социальную реабилитацию лиц с ограниченными возможностями пожилого возраста, то это существенно повлияет на продолжительность их жизни и улучшение физического здоровья.

**Раздел I. Основное содержание и виды реабилитации**

В нашей стране проблема оказания помощи лицам с ограниченными возможностями, как молодого, так и пожилого возраста, принадлежит к числу наиболее важных и актуальных, так как рост численности инвалидов и пожилых людей выступает в качестве устойчивой тенденции нашего социального развития, и пока нет данных, свидетельствующих о стабилизации положения или об изменении этой тенденции.

Общая негативная характеристика процессов воспроизводства населения, депопуляционные процессы, снижение рождаемости предъявляет требования к социальным и трудовым ресурсам будущего. Инвалиды являются не только гражданами, нуждающимися в особой социальной помощи, но также возможным значительным резервом развития общества. Обозначим основные термины в данной работе.

Инвалид: Лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость социальной защиты/

Инвалидность: Социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Реабилитация – восстановление здоровья и трудоспособности лиц, физические и психические способности которых ограничены после перенесенных заболеваний, травм.

Понимание социальной реабилитации прошло свой достаточно содержательный путь развития. Первоначально здесь преобладал чисто медицинский подход: Всемирная организация здравоохранения полагала, что сущность реабилитации заключается в том, «чтобы не только вернуть больного к его прежнему состоянию, но и развивать его физические и психологические функции до оптимального уровня». Постепенно происходит переход от чисто медицинского подхода к социальной модели, а в рамках социальной модели реабилитация рассматривается не только как восстановление трудоспособности, но и как восстановление всех социальных способностей индивида.

Все международные документы в той или иной мере включают данные направления: меры медицинской реабилитации, профилактика личности, восстановление социофункциональных способностей индивида; полное возвращение инвалидов к трудовой деятельности; обеспечение внешних возможностей для интеграции инвалидов в общество; создание системы реабилитации, объединяющей централизованные (государственные) и децентрализованные ресурсы. На данный момент итоговым является определение реабилитации, принятое в результате обсуждения в ООН Стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов: «Реабилитация означает процесс, имеющий целью предоставить инвалидам возможность достичь оптимального физического, интеллектуального, психического и / или социального уровня деятельности и поддерживать его, тем самым, предоставляя им средства, призванные изменить их жизнь и расширить рамки их независимости. Реабилитация может включать меры по обеспечению и / или по восстановлению функций или компенсации утраты или отсутствия функций или функционального ограничения. Процесс реабилитации не предполагает лишь оказание медицинской помощи. Он включает в себя широкий круг мер и деятельности. Необходимо изменить общество, с тем, чтобы создать условия для инвалидов, а не изменить индивидуума, имеющего инвалидность, с тем, чтобы приспособить его к жизни общества.

Ведущие направления реабилитации инвалидов включают: восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно – курортное лечение. Реализация ведущих направлений реабилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации, создание необходимых условий для доступа инвалидов к объектам транспортной, социальной инфраструктуры, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации. Общие принципы реабилитации:

* непрерывность
* плановость
* последовательность
* комплексность
* индивидуальность

Основными видами реабилитации инвалидов являются медицинская, социальная и профессиональная. Профессиональная реабилитация инвалидов трудоспособного возраста, поэтому в данной работе этот вид реабилитации не рассматривается. Для лиц пожилого возраста с ограниченными возможностями, в основном, актуальны два вида реабилитации: медицинская и социальная.

* 1. **Медицинская реабилитация**

Медицинская реабилитация – это комплекс медицинских мер, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, приведших к инвалидности: восстановительное и санаторно – курортное лечение; профилактика осложнений; реконструктивная хирургия; физиотерапия; лечебная физкультура; грязелечение; психотерапия; протезирование и ортезирование.

Государство гарантирует инвалидам обеспечение в полном объеме всех видов медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение. Все это осуществляется бесплатно или на льготных условиях в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Основные принципы медицинской реабилитации:

* своевременность
* этапность
* комплексность
* индивидуальность
* взаимосвязь медицинской реабилитации с другими видами реабилитаций.

Методы и формы медицинской реабилитации:

* реконструктивная хирургия
* восстановительная терапия (трудовая)
* протезирование
* ортезирование
* санаторно – курортное лечение
* реабилитация средствами физической культуры.

Остановимся более подробно на каждом из методов медицинской реабилитации.

Реконструктивная хирургия в последние годы стала одним из важнейших методов медицинской реабилитации. Она позволяет путем сложных хирургических операций восстанавливать структуру и функции органов, предотвращая или уменьшая последствия врожденных или приобретенных дефектов, снижая тем самым ограничения жизнедеятельности. Однако в данное время реконструктивная хирургия недостаточно развита в России.

Протезирование направлено на выполнение утраченных или врожденно отсутствующих органов и их функций с помощью искусственных аналогов. Протезирование конечностей осуществляется в России много лет. По данным 2007 года, в России число граждан, нуждающихся в различных видах протезно – ортопедической помощи, составило более 1 миллиона человек, из них 724,3 тыс. – инвалиды. В процессе протезирования можно выделить несколько этапов: изготовление протезного изделия, подбор и адаптация изделия к индивидуальным особенностям инвалида, обучение пользованию протезом. Оказание инвалидам протезно – ортопедической помощи осуществляется в соответствии с инструкцией «О порядке обеспечения населения протезно – ортопедическими изделиями, средствами передвижения и средствами, облегчающими жизнь инвалидов» (1991 год). Протезирование конечностей осуществляется инвалидам бесплатно, обеспечение ортопедической обувью – в зависимости от группы инвалидности индивида и сложности изделия – бесплатно или со скидкой. В настоящее время налажен выпуск большого количества разнообразных современных модулей, узлов и деталей для протезов на основе новых материалов.

Ортезирование представляет собой компенсацию частично или полностью утраченных функций опорно – двигательного аппарата с помощью дополнительных внешних устройств, которые обеспечивают выполнение этих функций.

Санаторно – курортное лечение в последние годы стало доступным и пользуется большой популярностью у лиц пожилого возраста с ограниченными возможностями. В санаторно – курортном лечении применяются природные факторы: минеральные воды, грязелечение, душ, бани.

Восстановительная (трудовая) терапия также является одним из методов медицинской реабилитации, как для лиц молодого возраста, так и для лиц пожилого возраста с ограниченными возможностями. Ее цель: восстановление и развитие нарушенных функций, формирование и восстановление навыков по самообслуживанию, ведению домашнего хозяйства, рукоделию, трудовых операций. Выделяют ряд требований к трудовой терапии:

* обеспечение многообразия трудового производства
* постепенное усложнение (от простого - к сложному)
* поддержание интереса к труду
* психологический комфорт
* наблюдение лечащим врачом и трудинструктором
* необходимо учитывать клинико – физические и социальные критерии инвалида.

Существуют два вида трудовой терапии: индивидуальные и групповые. Пояснения, данные формы не требуют, так как особенности вытекают из названия.

Различают три следующие формы трудотерапии:

* общеукрепляющая – восстановление физической толерантности (ранний этап реабилитации)
* восстанавливающая – это профилактика двигательных расстройств и восстановление нарушенных функций организма (адаптационный период реабилитации)
* производственная трудотерапия – восстановление нарушенного или формирование нового рабочего стереотипа (вырабатываются профессиональные навыки и умения).

Данный метод медицинской реабилитации эффективно применяется в стационарных учреждениях, в стационарных учреждениях социального обслуживания, в реабилитационных центрах, в центрах социального обслуживания на дому.

Ведущая роль в медицинской реабилитации принадлежит реабилитации средствами физической культуры. Это система мероприятий, направленных на восстановление или компенсацию физических возможностей, интеллектуальных способностей, повышение функционального состояния организма, улучшение физических качеств, психоэмоциональной устойчивости и адаптационных резервов организма человека средствами и методами адаптийной физкультуры в элементах спорта и спортивной подготовки.

Адаптийная физическая культура предназначена для людей со стойкими нарушениями функций из – за заболеваний, травм или врожденных дефектов. Направлена на стимуляцию позитивных реакций организма, формирует необходимые двигательные умения и навыки физических качеств и возможностей.

Средства физической реабилитации – физические упражнения. Они дают положительный эффект, когда подобраны с учетом индивидуальных возможностей индивида. Принципы реабилитации средствами физической культуры:

* индивидуальный подход
* сознательность
* системность
* цикличность
* умеренность воздействия.

При данном методе медицинской реабилитации полезна ЛФК – лечебно – физическая культура, которая изучает основы и методы использования средств физической культуры для лечения, реабилитации и профилактики различных заболеваний.

В медицинской реабилитации широко используются физические факторы: физиотерапия, ультразвуковая терапия и лечебный массаж, аэрозольтерапия, душ, бани, климотерапия, минеральные воды, лечебные грязи.

Медицинская реабилитация направлена на полное или частичное восстановление или компенсацию той или иной нарушенной или утраченной функции или на замедление прогрессирования заболевания.

Право на бесплатную медицинскую реабилитационную помощь закреплено законодательствами о здравоохранении и труде. Предусмотрено пенсионное обеспечение в случае утраты трудоспособности: право граждан на материальное обеспечение предусмотрено на весь срок нетрудоспособности.

Реабилитация в медицине является начальным звеном системы общей реабилитации, так как заболевший человек, прежде всего, нуждается в медицинской помощи.

Все другие формы реабилитации – психологическая, социально – экономическая, профессиональная, бытовая - проводятся наряду с медицинской.

Психологическая форма реабилитации – это воздействие на психическую сферу больного, на преодоление в его сознании представления о бесполезности лечения. Эта форма реабилитации сопровождает весь цикл лечебно – восстановительных мероприятий.

* 1. **Социальная реабилитация**

Социальная реабилитация – это система и процесс определения оптимальных режимов общественно и семейно – бытовой деятельности инвалидов в конкретно социально – средовых условиях и приспособлении их к потребностям инвалидов. Можно дать и другое определение: социальная реабилитация – это система мероприятий, направленных на восстановление утраченных гражданином социальных связей, социального статуса, устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности.\*

В зависимости от характера и специфики перенесенного заболевания у инвалидов и больных возникают различные ограничения жизнедеятельности, которые вызывают различные виды социальной недостаточности:

* нарушение способности самообслуживания (лица с нарушениями опорно – двигательного аппарата, лица с психическими заболеваниями);
* нарушение способности передвижения;
* нарушение способности к трудовой деятельности (чаще данное нарушение бывает у всех категорий инвалидов);
* нарушение способности к обучению;
* нарушение способности к ориентации;
* нарушение способности к общению;
* нарушение способности контролировать свое поведение.

Социальная реабилитация включает в себя адаптацию и приспособление инвалида и, охватывая все сферы жизнедеятельности инвалидов, ставит перед собой следующую цель: восстановление способностей инвалида к самостоятельной, общественной и семейно – бытовой деятельности.

Социальная адаптация – это система мероприятий, направленных на приспособление гражданина, находящегося в трудной жизненной ситуации, к принятым в обществе правилам и нормам поведения, окружающей его среде жизнедеятельности.\*

В технологии социальной реабилитации можно выделить два направления:

1. социально – бытовая реабилитация;
2. социально – средовая реабилитация, которые будут осуществляться путем ориентации, образования и устройства в социальной среде.

Рассмотрим подробнее эти направления.

Социально – бытовая реабилитация заключается в приобретении или восстановлении утраченных в результате болезни, навыков самообслуживания и деятельности в быту, приспособление к новым условиям жизни.

Социально – бытовой адаптации способствует создание необходимых условий для независимого существования инвалида. Определим этапы социально – бытовой реабилитации:

1. Социально – бытовое устройство – это важный компонент, который отражает состояние обеспечения инвалида элементарной комфортностью жилых и вспомогательных помещений. Социально – бытовое устройство осуществляется не только в индивидуальных оборудованных квартирах, но и в специально оборудованных домах с комплексом социально – бытовых услуг, и в домах – интернатах. Социально- бытовая реабилитация – обучает человека самостоятельно ориентироваться в окружающей обстановке, правильно воспринимать и анализировать ее состояние и адекватно реагировать на изменения. В процессе ориентации происходит знакомство инвалида с предметами и окружением социально – бытового назначения.
2. Обучение или образование – обучаем инвалида навыкам
3. самообслуживания в быту, персональной сохранности, режиму дня, пользованию лекарственными средствами, вспомогательными приборами и техническими устройствами. Очень важно здесь обучение и просвещение членов семьи по различным вопросам.

Социально – средовая реабилитация – это приспособление к новой среде в обществе с целью создания оптимальной среды жизнедеятельности инвалида за пределами его жилища, восстановление способности инвалида к жизни в обществе. Социально – средовая реабилитация подразумевает два процесса:

* приспособление социальной среды к возможностям инвалида, устранение препятствий;
* обучение инвалида жить в обычном социуме,

в результате этих процессов произойдет социализация инвалида, то есть его вхождение в общество. Как и в социально – бытовой реабилитации различают несколько этапов осуществления социально – средовой реабилитации:

1. Социально – средовая ориентация – осуществляется ориентация больного в окружающей среде (устанавливаются взаимоотношения с людьми, знакомство с территорией, на которую вышел наш клиент).
2. Социально – средовое образование – процесс обучения инвалида навыками пользования средой, навыка перемещения в среде, пользования транспортом, умением самостоятельно приобретать продукты и вещи (распоряжаться денежными средствами, пользоваться своими гражданскими правами и т. п.). На данном этапе важную роль играет обучение семьи.
3. Социально – средовая адаптация – это процесс и результат приспособления субъекта к объектам жизнедеятельности и овладение навыками самостоятельного жизнеобеспечения.

Важный элемент реабилитационной деятельности составляет *социокультурная реабилитация*, так как удовлетворяет блокированную у инвалидов потребность в информации, в получении социально – культурных услуг, в доступных видах творчества, общении, восстановлении их самооценки.

Социальная реабилитация может достигаться только в результате совокупности действий всех направлений реабилитации, так как только в ходе их реализации возможно истинное и полноценное восстановление способностей индивида к социальному функционированию. Поэтому можно говорить, что понятие «социальная реабилитация» является обобщенным, выражающим итоговой качество форм и направлений.

* 1. **Индивидуальная программа реабилитации**

Осуществление всех направлений медико – социальной реабилитации происходит в рамках индивидуальной программы реабилитации (ИПР) (приложение № 16-17), которая дает возможность учитывать физические и психологические особенности инвалида и связанный с ним реабилитационный потенциал.

В соответствии со статьей 11 Федерального Закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», индивидуальная программа реабилитации инвалида – разработанная 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 имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством или видом реабилитации, включая автомобили, кресла – коляски, протезно – ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, другими аналогичными средствами. Основными принципами формирования индивидуальной программы реабилитации являются:

* инициативность
* непрерывность
* последовательность
* преемственность
* комплексность

структура индивидуальной программы реабилитации инвалида определена Примерным положением об индивидуальной программе реабилитации инвалида. При формировании индивидуальной программы 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);
* прогнозируемые результаты (возможность компенсации ограничений жизнедеятельности, достижение самообслуживания, самостоятельного проживания, интеграции в общество).

При невыполнении индивидуальной программы реабилитации должна быть запись с указанием причины, подпись ответственного лица и печать. Инвалид подписывает разработанную Программу реабилитации. После разработки Программы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации подпись руководителя. Бюро МСЭ. Заключение о выполнении индивидуальной программы реабилитации является завершающим разделом программы реабилитации и содержит заключение о ходе выполнения программы, эффективности мероприятий. индивидуальная программа реабилитации, заполняемая на каждого больного, позволит проследить динамику его состояния, выяснить наиболее эффективные способы и средства и варьировать реабилитационное воздействие.

* 1. **Технические средства реабилитации**

Автомобили, кресла – коляски, протезно – ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающая аппаратура, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или субпереводом… Это далеко не весь перечень технических средств реабилитации. В последние годы в России успешно развивается реабилитационная индустрия для различных категорий инвалидов, но развивается недостаточно быстро и проблем в ней великое множество.

Вопросы реабилитационной индустрии требуют от государства значительно больше внимания и вложения средств. но есть и некоторые новые технологии в данной области, едва вышедшие в свет. Например, Постановление Правительства Российской Федерации от 30 ноября 2005 года № 708, которым утверждены Правила обеспечения инвалидов собаками – проводниками, включая выплату ежегодной денежной компенсации расходов на содержание и ветеринарное обслуживание собак – проводников. Постановлением определены уполномоченные органы, осуществляющие обеспечение инвалидов собаками – проводниками. Это территориальные органы Фонда социального страхования Российской Федерации. Установлен размер компенсации, выплачиваемой инвалиду на содержание и ветеринарное обслуживание собаки – проводника.

Подготовка собак – проводников в Российской Федерации осуществляется единственным учреждением – Республиканской школой восстановления трудоспособности слепых и подготовки собак – проводников всероссийского общества слепых, которая находится в городе Купавне Московской области.

Производственные мощности этого учреждения позволяют подготавливать и предоставлять инвалидам около ста собак – проводников в год.

На основании своего долголетнего опыта специалисты школы утверждают, что собака – проводник – это не просто служебная собака. Прежде всего это надежный помощник и преданный друг, зачастую единственный, так как в современном мире далеко не каждый готов с вниманием отнестись и помочь слепому человеку. А вот собака с ее любящим сердцем и бескорыстной привязанностью становится настоящим другом незрячему человеку. Она способна открыть слепому невидимый ему мир, помочь ему в общении с другими людьми. Собака – проводник помогает ему избежать зависимости от милосердия или отсутствия такового у окружающих, обрести возможность самостоятельного передвижения и безошибочного ориентирования в непростой жизненной ситуации. В любую погоду, в любое время суток и по любым дорогам собака проведет незрячего, обеспечивая безопасность его пути.

Для этого в комплекте снаряжения собаки – проводника предусмотрена кожаная шлейка с жесткой дугой, за которую держится хозяин, при этом дуга имеет опознавательные знаки – на белом овале красный крест и надпись «Собака – проводник слепого».

Служба собаки – проводника слепого чрезвычайно сложна. Она включает в себя не только элементы дрессировки по общему и специальному курсу, но и воспитание собаки, подготовку к совместной жизни с незрячим хозяином, общению с ним.

Отбор кандидатов на службу проводника осуществляют опытные инструкторы – методисты школы.

Дрессировка собаки продолжается шесть – восемь месяцев. В этот период времени она проходит общий и специальный курсы дрессировки. Животное учится фиксировать верхние, нижние препятствия, передвигаться по крутым лестницам, сельским дорогам, находиться в переполненных транспортными средствами улицах, вести инвалида по тротуарам так, чтобы он не натыкался на стоящие по пути следования предметы: автомашины, ларьки, киоски, мог спокойно обходить ямы, лужи, канализационные колодцы.

Собаку обучают поиску и аппортировке предметов, которые инвалид мог уронить, освоению маршрутов его движения. Собака должна уметь подводить инвалида к общественному транспортному средству, будь то трамвай, автобус, метро или электричка, помогать ему при посадке и высадке.

После освоения всего курса дрессировки собака и инструктор - методист сдают экзамены. Сдача экзаменов инструктором – методистом производится как в нормальном состоянии, так и в светонепроницаемых очках. При этом следует отметить, что собака – проводник готовится для каждого конкретного инвалида, с учетом его особенностей, его увечий и заболеваний, например, отсутствие нижних или верхних конечностей, наличие сахарного диабета.

Однако перед тем, как этот выдрессированный проводник будет окончательно закреплен за инвалидом, предусмотрено их совместное двухнедельное проживание. Чтобы за это время они смогли пройти взаимную адаптацию, и человек мог научиться правильно обращаться со своим четвероногим другом.

Финансирование расходов, связанных с реализацией принятого постановления и бесплатным предоставлением инвалидам собак – проводников, осуществляется за счет средств федерального бюджета, предусматриваемых Фонду социального страхования Российской Федерации.

При расчете потребности в финансовых средствах на содержание и ветеринарное обслуживание собак – проводников приняты во внимание следующие суточные нормы питания:

* мясопродукты или рыба – 300 – 400 г;
* мясокостная мука – 100 г;
* крупы (разные) – 250 г;
* овощи (разные) – 100 г;
* кефир – 1 л;
* творог – 500 г.

ежегодное ветеринарное обслуживание собаки – проводника включает:

* вакцинацию – 200 руб.;
* дегельминтизацию – 50 руб.;
* весеннюю витаминотерапию (тривит и дрожжи) – 100 руб.;
* обработку от блох и клещей – 150 руб.;
* ежегодный клинический осмотр – 300 руб.

С учетом названных норм и средних цен на продукты питания, а также затрат на ветеринарное обслуживание потребность в финансовых средствах на одну собаку – проводника ежегодно составляет около 10000 руб. в год.

Заметим, что обеспечение инвалидов собаками – проводниками позволит решить вопросы реабилитации конкретных инвалидов с полной утратой функции зрения. В частности, при удовлетворении их бытовых, профессиональных и культурных потребностей. Главное, чтобы они могли чувствовать себя полноправными членами общества.

Собаки – проводники, используемые инвалидами с полной утратой функций зрения, являются для них специфическим информационно – коммуникационным средством ориентирования.

Инвалид и собака – проводник с необходимым комплектом снаряжения образуют своеобразный биотехнический тандем. Именно это позволяет квалифицировать собаку – проводника с полным снаряжением в качестве технического средства реабилитации.

Психофизиологические аспекты взаимного влияния, присущие этому тандему, еще полностью не изучены, но польза инвалиду от такого «сотрудничества» с собакой бесспорна. И в дальнейшем это новое средство реабилитации, наверняка, найдет более широкое применение.

Технические средства реабилитации значительно облегчают жизнь граждан с ограниченными возможностями, и будем надеяться, что в скором будущем все проблемы реабилитационной индустрии успешно разрешаться.

**Раздел II. Медико-социальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями пожилого возраста в стационарных учреждениях социального обслуживания**

**2.1 Особенности медико-социальной реабилитации граждан пожилого возраста в стационарных учреждениях социального обслуживания**

Стационарное учреждение социального обслуживания – это социально – медицинское учреждение, предназначенное для постоянного или временного проживания граждан пожилого возраста, инвалидов 1 и 2 групп и детей – инвалидов, не имеющих медицинских противопоказаний и нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании, реабилитационных услугах, а дети – инвалиды также в обучении и воспитании.

Также, согласно Национального стандарта Российской Федерации, можно выделить следующие виды учреждений социального обслуживания для лиц с ограниченными возможностями пожилого возраста:

* дом – интернат для престарелых и инвалидов – это учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного или временного (сроком до 6 месяцев) или пятидневного в неделю)) проживания престарелых (мужчин старше 60 лет, женщин старше 55 лет) и инвалидов 1-й и 2-й групп (старше 18 лет), частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся в постоянном постороннем уходе, и предоставления им необходимых социальных услуг;
* специальный дом для одиноких престарелых - учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного проживания одиноких граждан и супружеских пар пожилого возраста, сохранивших полную или частичную способность к самообслуживанию в быту;
* геронтологический центр – учреждение социального обслуживания престарелых граждан, в том числе инвалидов, предназначенное для постоянного или временного проживания, предоставления им необходимых социальных услуг, создания соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности;
* геронтопсихиатрический центр - учреждение социального обслуживания престарелых граждан, в том числе инвалидов, страдающих хроническими психическими заболеваниями, и предоставления им необходимых социальных услуг, создания соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности;
* центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов – учреждение социального обслуживания, предназначенное для осуществления организационной, практической и координационной деятельности по оказанию социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам;
* психоневрологический интернат – учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного, временного (сроком до 6 месяцев) или пятидневного в неделю)) проживания престарелых и инвалидов (старше 18 лет), страдающих хроническими психическими заболеваниями, и предоставления им необходимых социальных услуг;
* дом – интернат милосердия для престарелых и инвалидов – учреждение социального обслуживания предназначенное для постоянного, временного (сроком до 6 месяцев) или пятидневного в неделю)) проживания престарелых граждан и инвалидов 1-й и 2-й групп, находящихся на постельном режиме или передвигающихся с посторонней помощью, и предоставления им необходимых социальных услуг;
* социально – оздоровительный центр – учреждение социального обслуживания, предназначенное для проведения социально – оздоровительных и профилактических мероприятий с целью продления возможности самореализации гражданами пожилого возраста своих жизненно важных потребностей;
* центр дневного пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов - учреждение социального обслуживания, предназначенное для оказания в дневное время социальных услуг гражданам, сохранившим способность к самообслуживанию и активному передвижению;
* центр временного проживания граждан пожилого возраста и инвалидов - учреждение социального обслуживания, предназначенное для предоставления гражданам пожилого возраста и инвалидам на срок до 6 месяцев благоустроенного жилья и оказания необходимых социальных услуг;
* центр социального обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов – учреждение, предназначенное для временного или постоянного оказания гражданам, частично утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся в посторонней поддержке, необходимых им социальных услуг в надомных условиях;
* специализированный центр социально – медицинского обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов – учреждение, предназначенное для временного или постоянного социально – бытового обслуживания и оказания доврачебной медицинской помощи в надомных условиях нуждающимся в них гражданам;
* центр срочного социального обслуживания – учреждение социального обслуживания, предназначенное для оказания гражданам всех возрастов, остро нуждающимся в социальной поддержке, помощи разового характера;
* консультативный центр – учреждение социального обслуживания, предназначенное для защиты прав и интересов граждан, их адаптации в обществе путем содействия в решении социальных, психологических и юридических вопросов.

Социальная реабилитация граждан пожилого возраста в домах – интернатах получает особый ракурс. Она имеет своеобразие и отличие от сложившегося представления о социальной реабилитации. Это своеобразие объясняется рядом обстоятельств:

* преобладание граждан преклонного возраста (56,9 %), вместе с долгожителями они составляют 63,2 %;
* тяжелое состояние здоровья (в среднем у каждого проживающего выявлено более 7 болезней);
* ограниченная способность к самообслуживанию; неспособные и частично себя обслуживающие составляют 62,3 % проживающих;
* ограниченная способность к передвижению и осуществляющие двигательную активность в пределах палаты, составляют 44,6 % контингент домов – интернатов;
* изменения психики в пожилом возрасте проявляются в нарушениях памяти на новые события при сохранности воспроизведения данных, в расстройствах внимания (отвлекаемость, неустойчивость), в замедлении темпа мыслительных процессов, в нарушениях эмоциональной сферы, в снижении способности к хронологической и пространственной ориентировке; в нарушениях моторики (темп, плавность, точность, координация);
* изменения личности, характерные для преклонного возраста, выявлены полярные, контрастирующие черты: повышенная внушаемость, сосуществующая с ригидностью, выраженная сензитивность с нарастанием черствости, эмоциональной «сухости».

К возрастным особенностям личности относятся также обидчивость, эгоцентризм и другое. Указанные характеристики ставят под вопрос правомерность обслуживания их социальной реабилитации. Тем не менее, вопрос не только заслуживает внимания для рассмотрения, но и для определения перспективы развития и совершенствования ряда направлений реабилитационной деятельности в домах – интернатах.

Даже в высоко организованных учреждениях не удается избежать особенностей среды:

* ограниченные возможности занятости;
* монотонный образ жизни;
* ограниченность жизненного пространства;
* недостаток бытового комфорта;
* психологическая несовместимость проживающих;
* зависимость от окружающих;
* формальное отношение персонала.

Обе группы обстоятельств отражают особенностями социальной реабилитации лиц пожилого возраста в домах – интернатах.

Одной из ведущих проблем в создании реабилитационной среды в домах – интернатах является организация социально – психологической адаптации проживающих граждан.

Поступления в дом – интернат, изменение привычной жизнедеятельности является критическим моментом в жизни пожилого человека. Непредвиденные ситуации, новые люди, непривычная обстановка, неясность социального статуса – эти жизненные обстоятельства заставляют пожилого человека не только приспосабливаться к внешнему окружению, но и реагировать на изменения, происходящие в них самих. Процесс перестройки личности у пожилых людей происходит очень болезненно и сложно на фоне психологической уязвимости и нарастающей неспособности справиться с различными стрессами. Поэтому пожилые люди отличаются особой чувствительностью к проявлениям внимания, морально – психологической поддержке.

Начальный период проживания пожилых людей в доме – интернате состоит из трех основных этапов:

-поступление и пребывание в приемно – карантинном отделении;

расселение на постоянное место жительства;

период первых шести месяцев проживания.

Каждый из этих этапов характеризуется своими особенностями и различается целями и задачами в осуществлении социально – психологической адаптации, для которой важную роль играет информация о бытовом обслуживании, организации труда и досуга в домах – интернатах. Во избежание полного разрыва с прежним привычным образом жизни с целью получения информации об общественной жизни в приемно – карантинном отделении обязательно наличие радиоприемников, телевизора, больших настенных часов, календарей, наличие газет.

После двухнедельного проживания в приемно – карантинном отделении происходит расселение поступивших граждан по месту их основного проживания в доме – интернате, осложненное общением с незнакомыми, не всегда приятными людьми, строгая регламентация распорядка дня, возникают сложности совместного проживания. Из приемно – карантинного отделения пожилые люди должны попадать в спокойную, хорошо организованную среду адаптационного воздействия, которая формируется совместными усилиями врача, медсестер, трудинструктора, культработника, библиотекаря, младшего обслуживающего персонала и социальных работников.

Для успешной социальной реабилитации пожилых людей, проживающих в домах – интернатах, необходимо организовать их занятость – восстановить, оживить, стимулировать затухающую деятельность и движение, что будет способствовать насыщению жизни осмысленным содержанием и продлению самой жизни.

Особое место в социально – реабилитирующем воздействии на пожилых людей в домах – интернатах занимает трудовая терапия - социально организованный вид занятости с использованием научно обоснованных рекомендаций с учетом соматического здоровья данной категории граждан, их интересов и желаний, которая является показателем активного образа жизни. Также осуществляются мероприятия по вовлечению пожилых людей в общественно – полезную, активную деятельность6 дежурства у входа, у телефона, на жилых этажах, работа в культурно – бытовых комиссиях, участие в художественной самодеятельности, проведение и участие санитарных мероприятий, пропаганда важности и необходимости сохранения активного образа жизни, санитарно – подготовительной работы.

Если бы в Россиской Федерации медико – социальная реабилитация проводилась на должном уровне, то выполнялась бы статья 7 Конституции Российской Федерации (приложение №1). В настоящее время по моему мнению данная статья основного закона нашего государства не выполняется.

Проведем исследование медико – социальной реабилитации граждан, проживающих в доме интернате малой вместимости на базе МСУ «Хохловский дом – интернат для престарелых и инвалидов» с целью изучения информированности проживающих в доме - интернате о медико – социальной реабилитации.

На 1 апреля 2008 года в данном доме - интернате проживало 24 человека (приложение № 18). Проведем анкетирование. Анкетирование косвенное, сплошное, очное, индивидуальное – опрошено 24 человека (приложение №№ 19-43).

Анализ проведенного анкетирования (приложение № 44) показывает нам, что социально – медицинская реабилитационная работа в интернате проводится, но клиенты плохо это понимают в силу своего преклонного возраста и многолетнего воздействия средовой ситуации, которая негативно сказывается на жизнедеятельности клиентов.

Современная тенденция развития стационарных учреждений социального обслуживания такова, что социальные аспекты (умение клиентов адаптироваться и жить в социуме, решение задач социальной реабилитации клиентов, организация досуга) приобретают особую значимость. В первую очередь это связано с тем, что значительно возросли требования к условиям и качеству жизни пожилых людей и людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности.

В области функционируют стационарные учреждения следующих видов: дома - ­интернаты для престарелых и инвалидов, муниципальные дома-интернаты, психоневрологические интернаты, дома-интернаты для умственно отсталых детей. Однако в моем выступлении будет рассмотрена работа по организации социальной и социально-реабилитационной работы только в муниципальных домах-интернатах, которые имеют *свою специфику:*

- компактность проживания, что·способствует индивидуальному и дифференцированному подходу к клиентам;

- доброжелательный социально-психологический климат, когда практически все друг друга знают, облегчает социально-психологическую адаптацию лиц пожилого возраста и инвалидов в новых условиях и способствует повышению качества социально-медицинского обслуживания.

Граждане, проживающие в стационарных условиях социального обслуживания, это пожилые люди и инвалиды, представляющие собой своеобразную общность людей; вынужденно объединенных сходными условиями проживания. Жизненная реальность клиентов домов-интернатов, характеризуется *признакам и, составляющими понятие «госпиталuзм».* К этим признакам относятся*:*

- монотонный образ жизни;

- ограниченность связей с внешним миром;

- бедность впечатлений;

- скученность, недостаточность жизненного пространства;

- зависимость от персонала;

- ограниченные возможности занятости;

- регламентированность деятельности социального учреждения.

Многолетнее воздействие этой средовой ситуации негативно сказывается на жизнедеятельности клиентов. У них возникают черты, нивелирующие личностные особенности, характеризующие ограничение их интересов и желаний, в результате чего они становятся похожими друг на друга по поведению, по внешней экспрессии. Этот перечень проблем требует проведения мероприятий, направленных на активизацию деятельности инвалидов, восстановление либо формирование их коммуникативной деятельности, социальную адаптацию и реабилитацию, в связи с чем неотъемлемым направлением деятельности стационарного учреждения социального обслуживания является социальная работа, а в настоящее время и социально-реабилитационная работа.

*Цель социальной и социально - реабилитацuонной работы -* ­это социальная адаптация лиц пожилого возраста и инвалидов, сохранение и продление социальной активности клиентов, развитие личностного потенциала пожилых людей, предоставление возможности выгодно и приятно проводить свободное время, удовлетворение разнообразных культурно-просветительских потребностей, потребностей в коммуникации и признании, а также пробуждение новых интересов, облегчение установления дружеских контактов, активизация личной активности пожилых людей и инвалидов, формирование, поддержка и повышение их жизненного тонуса.

*Главная задача социальной и социально-реабuлитационной работы* состоит в том, чтобы связать пенсионера, инвалида, группу с внешними и внутренними источниками тех ресурсов, которые необходимы для исправления, улучшения или сохранения определенного статуса.

Решение данной *задачи* возможно через:

1. социальную адаптацию и реабилитацию;
2. создание благоприятного социально-психологического климата;
3. развитие двигательной активности клиентов (самообслуживание, посильная трудовая занятость, восстановление утраченных навыков);

4) объединение пожилых людей и инвалидов, желающих общаться,

умеющими и желающими поделиться своими знаниями, умениями;

5) поиск возможностей получить заряд бодрости, вдохновения, настрой на преодоление бытовых трудностей, направить свои знания, опыт на пользу людям, нуждающимся помощи;

6) формирование групп само- и взаимопомощи.

Основными *принципами социальной и социально-реабилитационной работы* являются добровольность участия, гуманность, доступность, толерантность, приоритет желаний и потребностей клиента, дифференцированный подход к человеку с учетом его индивидуальных, психологических и социальных особенностей.

Опираясь на знания о возрастных особенностях пожилых людей и инвалидов, можно выделить основные *Формы работы* при организации социальной и социально-реабилитационной работы:

* разновозрастная работа (подразумевает индивидуальные или групповые занятия, как с молодыми инвалидами, так и с людьми пожилого возраста);
* групповая работа с элементами индивидуальной (к методам групповой работы по данному направлению относятся: устные методы (беседы, лекции, диспуты, дискуссии); метод познания жизни через художественные образы литературы и искусства; наблюдения, опросы, анкетирование).

Важно отметить, что при осуществлении социальной и социально ­реабилитационной работы мы должны учитывать *основные факторы,* влияющие на уровень и качество предоставляемых клиенту услуг*:*

- характеристика кадров;

- материально-техническая база учреждения.

Говоря о качестве жизни граждан пожилого возраста и инвалидов в наших учреждениях, необходимо отметить, что она напрямую зависит от кадрового обеспечения, от степени заинтересованности специалистов в результатах работы и профессиональной подготовки персонала.

В первую очередь, рассмотрим Кадровое обеспечение наших учреждений.

Для осуществления социально-реабилитационной направленности в деятельности муниципальных стационарных учреждений согласно штатным расписаниям предусмотрены следующие специалисты:

- специалист по социальной работе;

- культорганизатор;

- психолог;

- инструктор ЛФК.

Однако хотелось бы отметить, что в некоторых домах-интернатах (стационарных отделениях) малой вместимости организацией социальной работы по различным причинам занимаются не специалисты по социальной работе/ культорганизаторы, а руководители или медицинские работники (например, МСУ СО «Хохловский дом ­интернат для престарелых и инвалидов», стационарные отделения КЦСОН Верховажского (д. Ореховская), Вожегодского (Раменский с/с, д. Михайловское), Тотемского (г. Тотьма), Чагодощенского (п. Смердомский) районов). В настоящее время из 35 муниципальных стационарных учреждений в 3-х учреждениях должности специалистов по социальной работе вакантны, в 4-х - данные должности штатным расписанием не предусмотрены, что не дает возможности должным образом организовать данную работу. Медицинская служба во всех муниципальных учреждениях обеспечивается фельдшерами, медицинскими сестрами, в некоторых учреждениях работают врачи-терапевты, чаще всего совместителями.

Степень заинтересованности в результатах (эффективности) социальной и социально-реабилитационной работы учреждения в целом характеризуется психологической установкой каждого специалиста в отдельности. А самой важной установкой в работе с пожилыми людьми является принятие их не только в качестве объекта, но и как субъекта в своей работе. Но вместе с тем важно помнить, что практически с момента как человек поступает на проживание в стационарное учреждение, в его жизни наступил такой период, когда происходит потеря независимости, возникает растущая зависимость от других. Поэтому в период адаптации специалистам максимально необходимо приложить усилия как внешнего, так и внутреннего характера, чтобы поддержать пожилого человека, по возможности сохранить его независимость как можно дольше. А самое главное - нужно уметь принимать мир пожилого человека, учитывая изменившийся стиль его жизни и особенности поведения. Именно это и помогает некоторым нашим специалистам найти, определить и подключить у пожилых людей внутренние резервы, способствующие самореализации, самоподдержке и самозащите.

Такие умения и знания, применяемые в работе с пожилыми людьми, свидетельствуют об уровне профессиональной подготовки персонала. В основном, на должности специалиста по социальной работе / культорганизатора принимаются граждане, имеющие хотя бы небольшой опыт и определенные знания в социальной сфере (чаще всего это бывают специалисты, имеющие педагогическое образование).

Повышение квалификации персонала в учреждениях, как правило, организованно по двум направлениям:

*1 направление*: ежемесячные профессиональные учебы в соответствии с планом работы.

Анализируя данное направление, хотелось бы отметить, что большое внимание на таких учебах уделялось социально-психологическим аспектам общения с клиентами.

*2 направление:* учеба на курсах повышения квалификации.

Так, в I полугодии 2007 года повысили свою квалификацию 5 специалистов социальных служб муниципальных домов – интернатов.

Кроме того, в некоторых стационарных учреждениях малой вместимости организованна методическая работа. В первую очередь, это самообразование, представленного, например, в форме самостоятельного изучения методической литературы, различных журналов по социальной работе, разработки сценариев различных социокультурных мероприятий (концертов, тематических вечеров, фольклорных праздников). Во-вторых, это изучение опыта работы коллег других стационарных учреждений. Среди домов-интернатов малой вместимости наиболее часто изучался опыт интернатов: Сокольского, Никольского, Тарногского, Кубенекого, Кирилловского (Топорня), Усть-Кубинского, Нюксенского, Кичменгско-Городецкого районов.

Уровень материально - технической базы муниципальных стационарных учреждений для организации социальной и социально-реабилитационной работы достаточно низкий. Так как практически все учреждения приспособленные, во многих учреждениях существует проблема нехватки помещений как для работы специалистов по социальной работе / культорганизаторов, так и для проведения самих занятий. Например, помещения для организации социальной работы имеются только в 14учреждениях из 35 (чаще всего это комнаты отдыха, так как актовые залы отсутствуют). В некоторых учреждениях для проведения мероприятий по социально-реабилитационной работе созданы и оборудованы тренажерный зал, кабинет реабилитации, кабинет трудотерапии, сенсорная комната, кабинет ЛФК. В 8 домах-интернатах имеются мини-библиотечки (30-50 экземпляров художественной литературы), в стационарном отделении КЦСОН Бабушкинского района работает передвижная библиотека. Досуговые мероприятия для клиентов проходят, как правило, в холлах или столовых. В учреждении имеется необходимый набор теле-видео аппаратуры (телевизор, музыкальный центр), поэтому проблема обеспечения дополнительной, техникой существует во всех стационарах.

Теперь более подробно остановимся на *организации социальной u соцuально­ - реабилитационной работы,* в связи с чем рассмотрим основные организационно - ­методические аспекты, направления, содержание деятельности, методы, а также критерии эффективности данного вида работы муниципального стационарного учреждения.

К основным организаuионно – методическим аспектам социальной и социально-реабилитационной работы относятся:

1) решение вопроса актуальности данного вида работы (для каждого специалиста / учреждения целом);

2) проработка структуры работы (определение желаний, возможностей, создание групп по возрастным категориям, интересам);

3) организационный этап:

- деятельность специалистов, направленная на пропаганду активного образа жизни проживающих через информацию на стендах, СМИ;

- привлечение к работе всех желающих пенсионеров и инвалидов старше 18 лет, как интерната, так и поселения;

- привлечение к работе других специалистов или волонтеров для ведения занятий по различным направлениям (врач, медицинский работник, юрист, психолог, библиотекарь и т.д.);

- выбор активистов, возможно непосредственного лидера, заинтересованных в проведении такой работы;

4) ежегодное составление плана работы по всем направлениям данной деятельности;

5) ежегодное подведение итогов работы по всем направлениям данной деятельности (выставки, заключительные мероприятия, анкетирование).

К основным направлениям социальной и социально-реабилитационной работы можно отнести:

- поэтапная социальная адаптация вновь прибывающих клиентов к проживанию в условиях стационара;

- проведение социальной диагностики;

- создание благоприятного психологического микроклимата;

- организация занятости клиентов;

- организация содержательного досуга клиентов;

- поддержание семейных и родственных связей;

- работа по сохранению общественно-полезной активности;

- социально-трудовая (профессиональная) реабилитация;

- социально-культурная реабилитация;

- реабилитация средствами физкультуры и спорта;

- защита личных и имущественных прав клиентов и др.

Обобщая эти направления работы, можно выделить 3 блока направлений в системе социальной и социально-реабилитационной работы:

1. терапия средой;
2. терапия трудом;
3. терапия занятостью.

Рассмотрим эти блоки поподробнее.

*Терапия средой.* Реализация реабилитационных задач в учреждениях невозможна без создания терапевтической среды (терапии средой или социально­средовой реабилитации) - особой атмосферы взаимопонимания, деятельности, занятости, востребованности инвалидов в общественно-полезном труде. Именно терапия средой способствует более успешной адаптации и реабилитации лиц, проживающих в интернатах. Она включает в себя: создание благоприятного психологического климата, предупреждение болезненных реакций, сохранение целесообразной активности, оптимальное устройство и оснащение учреждений специальными техническими средствами помощи инвалидам, удачную архитектуру и дизайн помещений. В ней сочетается влияние различных факторов среды: непосредственного окружения, обслуживания, обучения, эстетического воздействия и т.д.

Для обеспечения адекватного реабилитационного процесса клиент должен иметь возможность обратиться к персоналу тогда, когда ему это нужно. Индивидуализация и вежливость, внимательное отношение к просьбам и жалобам - все это создает атмосферу, уважающую человеческое достоинство лиц, проживающих в интернате.

Таким образом, деятельность специалистов по социальной работе в данном направлении имеет многоаспектный характер.

Главное, важно помнить, что содержание· деятельности специалиста, применение форм и методов социальной работы зависит от этапа прохождения клиентом социально-психологической адаптации. Наиболее значимые этапы:

пребывание в приемно-карантинном отделении;

первые три месяца;

постоянное проживание.

В связи с этим, в стационарном учреждении существенная. роль отводится *бытовому устройству проживающих, созданию комфортных условий проживания, обеспечению возможностей межличностных контактов на основе общности интересов с учетом коммуникативных способностей проживающих.*

Как уже говорилось ранее, практически все учреждения приспособленные, в связи с чем во многих учреждениях существует проблема нехватки жилых помещений для проживания клиентов. По площади спальных помещений в муниципальных учреждениях приходится в среднем на 1 человека - 6,5 кв. м., что соответствует уровню предыдущего года (норматив - 8,5 кв. м.). Наиболее благоприятными условиями для организации жизнедеятельности граждан пожилого возраста и инвалидов по размеру жилой площади на 1 человека располагают стационарные учреждения в Вашкинском (8,12 кв.м.), Вожегодском (д. Окуловская - 7,5 кв.м.), Кирилловском (м. Топорня - 7,76 кв.м.), Никольском (7 кв.м.), Тарногском (8 кв.м.), Тотемском (с. Мосеево - 7,48 кв.м.), Усть-Кубенском (7,4 кв.м.), Устюженском (7,6 кв.м.), Чагодощенском (п. Смердомский - 9,6 кв.м., п. Чагода - 7 кв.м.), Шекснинском (п. Княже ­7,8 кв.м.) районах. Невысоки эти показатели в учреждениях Великоустюгского (5,1 кв.м.), Верховажского (д. Ореховская - 5,47 кв.м.), Грязовецкого (5,8 кв.м.), Кичм-Городецкого (4,6 кв.м.), Междуреченского (5,16 кв.м.), Сямженского (4,95 кв.м.), Тотемского (г. Тотьма - 5,66 кв.м.), Шекснинского (п. Чебсара ­5,2 кв.м.) районов, г. Череповец (5,84 кв.м.).

В вопросе создания комфортных социально - бытовых условий специалиста по социальной работе:

* разрабатывает конкретные предложения о создании комфортных условий в жилых комнатах, холлах, помещениях для отдыха и трудовой деятельности;
* формирует и выявляет потребности у инвалидов в более комфортной окружающей среде;

- обучает инвалидов умению самим создавать комфорт, уют, совершенствовать интерьер;

- реализует совместными усилиями конкретные меры по улучшению комфортных условий для проживания инвалидов.

Организуя и возглавляя данное направление деятельности, специалист по социальной работе выступает и как организатор, и как социальный психолог (изучающий и формирующий потребности инвалидов), и как социальный педагог, обучающий приемам создания комфорта. Следует особо отметить, что комфортные условия быта, уют, чистота, красивый интерьер жилых и других помещений создает надежную предпосылку для успешного проведения реабилитационных мероприятий.

Таким образом, в социально-бытовой адаптации инвалидов роль специалиста по социальной работе, несомненно, занимает ведущее положение. Важно помнить, что для некоторых инвалидов с тяжелыми заболеваниями' иные формы реабилитации (трудовая, профессиональная) могут быть недоступны, и поэтому все реабилитационные мероприятия могут ограничиться социально-бытовой адаптацией (как максимально достижимой), когда человек чувствует себя комфортно и спокойно в новой обстановке, не испытывает тревоги в незнакомой среде.

Другим немало важным моментом в терапии средой является организация досуговой деятельности клиентов.

Роль специалиста по социальной работе в организации досуга инвалидов, (особенно в тех учреждениях, где нет соответствующих специалистов), состоит в осуществлении нескольких этапов:

- изучение (с помощью врача) особенностей состояния здоровья пожилых людей и инвалидов;

- группировка клиентов, создание микросоциальных групп для формирования (восстановления) социальных навыков;

- изучение потребностей проживающих в досуговой деятельности;

- последующая экспертная оценка выявленных потребностей в досуге;

- организация досуга;

- разработка критериев и оценка эффективности досуговой деятельности (оживление эмоциональности, упорядочение поведения, стимулирование интересов, побуждение активности и инициативы и т.д.).

Досуговая деятельность предполагает спонтанное участие человека в соответствии с его потребностями, интересами, установками. То есть, в обычных условиях вид досуга активно выбирает сам человек в меру сформировавшихся потребностей, сложившихся привычек или развивающихся интересов. Для некоторых клиентов следствием длительного пребывания в интернате является распад потребности в досуге. Но, между тем, для большей части проживающих потребность в досуговой деятельности имеется.

В реабилитационных целях важным является то, что в большей степени развивает силы человека та деятельность, которая направлена не на потребление, а на производство материальных и духовных ценностей и отдачу результатов своего труда другим. Поэтому при отборе видов досуговых занятий приоритетным становится их практическая полезность, а развлекательный характер вторичен.

С содержательной точки зрения технологии культурно – досуговой деятельности (социокультурные технологии) включают в себя:

* мероприятия, посвященные государственным, местным, народным, крупным личным датам и событиям (праздники, конкурсы, фестивали);
* художественное творчество (музыкальное, песенное, танцевальное, фольклорное, декоративно-прикладное творчество);
* работа с периодическими изданиями и книжным фондом;
* экскурсионная деятельность;
* коммуникативная деятельность (беседы, лекции, обсуждение, чаепития, посиделки);
* спокойный пассивный отдых (просмотр телепередач и видеопрограмм, слушание радио);
* посещение культурно - досуговых учреждений за пределами интерната концертная деятельность как самих проживающих, так и приглашенных исполнителей;
* оздоровительные мероприятия и выезды на природу, турпоходы;
* лекционно-просветительская деятельность и т.д.

На сегодняшний день в интернате сформировались 3 наиболее востребованные пожилыми людьми тесно взаимосвязанные блока работы:

* физкультурно-оздоровительный, целью которого является улучшение состояния здоровья, предупреждение развития ряда заболеваний внутренних органов и, как следствие, замедление процессов старения;
* культурно - досуговый, целью которого является организация и обеспечение досуга путем содержательного заполнения свободного времени;
* информационный (просветительский), целью которого является устранение недостатков существующего отношения общества к инвалидам.

Анализ социореабилитационных и культурно – массовых мероприятий позволяет сделать вывод о том, что в большинстве учреждений существует целый комплекс культурно - досуговой деятельности. Социокультурные мероприятия проводятся с учетом возрастных, психологических, клинических особенностей проживающих, их образовательного уровня двигательной и социальной активности, наклонностей, интересов.

В связи преклонным возрастом и малоподвижностью большей части клиентов муниципальных домов-интернатов, возможности в различных формах социокультурных мероприятий ограничены. Тем не менее, в учреждениях активно отмечаются народные, православные и государственные праздники, дни именинника. В домах-интернатах Междуреченского, Кирилловского (с. Талицы) районов, в стационарном отделении Бабушкинского района во взаимодействии с центральной районной библиотекой созданы Литературные гостиные, в стационарном отделении Верховажского района (с. Верховажье) ­кружок книголюбов. Клиенты учреждений с интересом участвуют в систематических мероприятиях по обзору и обсуждению прессы (газета «Красный Север», «Долгожитель» и др.). В МУ «Кубенский дом-интернат для престарелых и инвалидов» клиентами выписывается 33 печатных издания. В ряде учреждений организована экскурсионная работа (например, МУ «Топорнинский дом-интернат для престарелых и инвалидов» - экскурсия в Кирилло-Белозерский монастырь, к Чудотворному источнику; МУ «Дом-интернат для престарелых и инвалидов» (д. Княже) Шекснинского района - выезд в церковь с. Сизьма). С концертами в учреждениях выступают хоры ветеранов, воспитанники детских садов, учащиеся школ. В МУ «Белоручейский дом-интернат для престарелых и инвалидов» создан квартет хорового пения. Распространенными формами организации досуга являются музыкальные часы, вечера знакомств, фольклорные праздники. Интересно проходят циклы исторических бесед. Силами клиентов стационарного отделения КЦСОН Харовского района оформлены альбомы «Мой дом», издана Книга «Спасибо вам за годы» (воспоминания об интересных случаях из жизни), клиентами МУ «Дом­ - интернат для престарелых и инвалидов (п. Айга) Тарногского района - альбомы «Такие разные судьбы», «Наша жизнь». В муниципальных стационарных учреждениях ведется спортивно – оздоровительная работа: во всех учреждениях день начинается с утренней гимнастики (применяются различные комплексы: дыхательная, пальчиковая, для пожилых), проводятся дни здоровья, прогулки на свежем воздухе, занятия на тренажерах, в ряде учреждений работают фито - бары. Большой интерес клиенты проявляют к играм в домино, шашки, шахматы, пазлы.

Хочется отметить тот факт, что социокультурная деятельность в учреждениях строится исходя из принципа диффиринцированного подхода путем формирования микрогрупп.

С целью социальной реабилитации клиентов многими специалистами по социальной работе используются следующие социокультурные технологии / методы : информационно-консультационная беседа (универсальный метод), направленное наблюдение, арттерапия, игровая терапия, спортивно-оздоровительные технологии. Кроме того, учреждениями применяются и инновационные направления и технологии: музыкотерaпия, библиотерапия, изотерапия, сказкотерапия, глинотерапия (способ реабилитации, имеющий в своей основе работу с пластическими материалами: глина, пластилин, тесто), гарденотерапия (реабилитационное направление, использующее приобщение к работе с растениями), туротерапия (социокультурная реабилитационная технология, в основу которой положены туристские и экскурсионные виды деятельности), компьютерные и другие технологии. Например, новые методы работы, такие как музыкотерапия, глинотерапия, изотерапия, игротерапия, сказкотерапия активно применяются в домах-интернатах (стационарных отделениях) малой вместимости Бабаевского, Вологодского и Никольского районов. Благодаря внедрению и использованию инновационных форм и методов работы с клиентами с октября 2003 года по октябрь 2006 года присвоен статус опорно­экспериментального учреждения департамента МУ «Кубенский дом-интернат для престарелых и инвалидов» Вологодского района по реализации проекта «Социальная реабилитация пожилых людей и лиц с ограниченными возможностями», а с января 2007 года данный статус сохранен для реализации нового проекта· «Наивное творчество как способ самовыражения, реабилитации пожилых людей».

*Терапия трудом и терапия занятости.* Ведущим направлением в системе социальной и социально-реабилитационной работы в стационарных учреждениях является *организация занятости.* Она осуществляется в учреждениях по двум основным направлениям: трудовая деятельность в рамках *трудовой терапии,* а также трудовые процессы на уровне *терапии занятостью,* которые способствуют адаптации и активизации жизненной позиции проживающих.

Основными видами организации *трудовой терапии* в муниципальных учреждениях остаются:

* работа на приусадебном участке;
* хозяйственная работа в учреждениях.

В ряде муниципальных домов-интернатов (стационарных отделениях) малой вместимости Бабаевского, Бабушкинского, Верховажского, Вытегорского, Кирилловского (с. Талицы), Сокольского, Усть-Кубинского районов имеются грядки для зелени, небольшие теплицы, клумбы, где клиенты, частично сохранившие способность к самообслуживанию, занимаются огородничеством. В стационарных отделениях Верховажского, Сямженского районов, доме-интернате Кирилловского района (с. Талицы) клиенты занимаются сбором лекарственных трав. Созданы хозяйственные бригады по обслуживанию нужд учреждения вмуниципальных домах-интернатах Великоустюгского, Верховажского, Сокольского, Тарногского, Устюженского, Чагодощенского районов и в г. Череповец, где клиенты помогают сотрудникам в уборке территории, жилых помещений, в подсобных работах на кухне (чистка картофеля), ремонтируют одежду, мебель, собирают белье для стирки.

Кроме того, в организации жизнедеятельности пожилых людей и инвалидов в стационарных учреждениях социального обслуживания большое значение имеет *терапия занятостью*. Она представлена вмуниципальных учреждениях занятиями прикладного характера (в основном, кружковой деятельностью), занятиями по способностям, а также участием проживающих в коллективных мероприятиях социокультурного характера. Кружковая работа вмуниципальных домах-интернатах малой вместимости представлена в следующих видах: лепка, мягкая игрушка, аппликация, рисование, оригами, лоскутное шитье, вязание крючком ковриков, бисероплетение, макраме, папье-маше.

Эффективность социальной и социально- реабилитационной работы оценивается по степени изменения таких показателей как: приобретение или восстановление навыков самообслуживания, расширение круга интересов, привлечение к трудотерапии, восстановление коммуникативных способностей, вовлеченность в общественную, культурную и спортивную жизнь интерната. В результате правильно организованной социальной работы снижается общая и ситуационная тревога, возникают положительные эмоции, улучшается настроение, нормализуется давление клиентов, происходит оздоровление социально – психологического климата, снижается количество конфликтных ситуаций.

Теперь выделим *основные критерии эффективности социальной и социально-реабилитационной работы*:

1) критерий результативности (характеризуются высокой заинтересованностью пожилых людей, людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности в социальной и социально-реабилитационной работе);

2) критерий оптимальности (характеризуется максимальной эффективностью при наименьших физических, умственных и временных затратах со стороны клиентов);

3) критерий мотивационной значимости (характеризуется созданием условий для повышения активности клиентов);

4) критерий управляемости (характеризуется предрасположенностью клиентов к различным видам социальной и социально-реабилитационной работы);

5) критерий системности (характеризуется системным использованием

каждого из направлений социальной и социально-реабилитационной работы).

В организации социальной работы специалисты сталкиваются с такими явлениями как алкоголизация многих клиентов, иждивенческие настроения, низкая социальная активность. Отсутствие необходимых специалистов для организации социальной работы, недостаточная квалификация многих работающих специалистов также служат препятствием в развитии данного направления деятельности стационарных учреждений на максимально высоком уровне.

Определим *перспективы развития содержательной деятельности социальной и соцuально - реабuлитацuонной работы,* для муниципальных стационарных учреждений социально обслуживания населения:

1) совершенствование работы в соответствии с государственными стандартами социального обслуживания;

2) разработка и реализация социальных проектов;

3) совершенствование методического обеспечения процесса социальной реабилитации;

4) внедрение инновационных форм и методов работы с клиентами во всех интернатах;

5) индивидуальный и дифференцированный подход в представлении социально – реабилитационных услуг.

Именно это и влияет на *конечный результат* - повышение качества жизни клиентов стационарных учреждений социального обслуживания населения.

Из приведенных в качестве примера ИПР (приложение №№ 16-17) и справок от врача о состоянии здоровья для заполнения ИПР (приложение № 52) видно, что медико – социальной реабилитации лиц пожилого возраста уделяется крайне мало внимания. В справках от лечащего врача и ИПР прописана в основном нуждаемость в средствах реабилитации, а иная медико – социальная реабилитация не отражена вовсе. Если вспомнить при этом все проблемы медицинского обслуживания населения, дороговизну лекарств, низкий уровень пенсии, прожиточный минимум для пенсионеров Вологодской области с 01.04.2008 года – 3578 руб., то о какой достойной жизни может быть речь, хотя это и закреплено Конституцией Российской Федерации. Но Правительство Российской Федерации предпринимает все меры, чтобы данная статья Конституции не была просто словами. Примером тому является социальная политика нашего государства.

Социальная политика по отношению к лицам с ограниченными возможностями осуществляется ***по двум направлениям:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **- с точки зрения общественных, глобальных проблем** – изменение общественного мнения к проблеме инвалидности, формирования среды жизнедеятельности, создание системы социального и рационального трудоустройства и т.п.; |  | - **с точки зрения отдельного индивида** – создание необходимых условий для адаптации к новым жизненным условиям с учетом индивидуальных особенностей |

В рекомендациях к реабилитационным программах 44 сессии Парламентской Ассамблеи Совета Европы от 5 мая 1992 года отмечалось, что «инвалидность – это ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и другими барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи и общества на таких же основаниях, как и другие члены общества. Общество обязано адаптировать существующие в нем стандарты к особым нуждам людей, имеющих инвалидность, для того, чтобы они могли жить независимой жизнью».

Существенное изменение отношения к проблемам инвалидности происходит в России.

В 1995 году принимается Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», в котором впервые в отечественном законодательстве приоритетом социальной политики государства в отношении инвалидов становится реабилитация

Закон предусматривает ряд ***специальных прав для инвалидов***, без которых они не могут успешно интегрироваться в общество:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| право на медицинскую помощь(бесплатно или на льготных условиях); | | | | | | | | | | |
| право на медицинскую реабилитацию | | | | | | | | | | |
| право на обеспечение беспрепятственного доступа к информации | | | | | | | | | | |
| право на обеспечение беспрепятственного доступа к объектам социальной инфраструктуры | | | | | | | | | | |
| право на обеспечение жилой площадью (с оборудованием специальными средствами и приспособлениями) | | | | | | | | | | |
| право на образование инвалидов | | | | | | | | | | |
| право на трудоустройство | | | | | | | | | | |
| право на материальное обеспечение | | | | | | | | | | |
| право на социально-бытовое обслуживание | | | | | | | | | | |
| право на санаторно-курортное лечение | | | | | | | | | | |
| право на транспортное обслуживание | | | | | | | | | | |
| право на создание общественных объединений | | | | | | | | | | |

Во исполнение этого закона Правительство РФ своим постановлением от 13.08.1996 г. № 965 утвердило «Положение о признании лица инвалидом» и «Примерное положение об учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы».

Минтруд России утвердил Примерное положение об индивидуальной программе реабилитации (постановление Министерства от 14.12.1996 г. № 14). К Примерному положению приложены карта индивидуальной программы реабилитации (ИПР), содержащая мероприятия по медицинским, социальным и профессиональным аспектам реабилитации.

В соответствии с Федеральным законом Правительство РФ издало распоряжение от 19.02.1996 г. №210-р «О координации деятельности в сфере реабилитации инвалидов» и постановление от 03.04.1996 г. № 392 «О государственной службе медико-социальной экспертизы».

Министерство труда и социального развития РФ совместно с заинтересованными министерствами разработало и приняло постановление от 23.12.1996 г. № 21 «Об утверждении Примерного положения о реабилитационном учреждении».

Образовательные аспекты проблемы инвалидности нашли свое отражение в постановлении Правительства РФ от 18.07.1996 г. № 861 «Об утверждении порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных учреждениях». Данным нормативным актом образовательные учреждения обязывались обеспечивать получение инвалидами общего, среднего и высшего образования в соответствии с ИПР.

С учетом специфики вопроса по предоставлению и приспособлению жилья к особенностям инвалидов и возникновения новых социально-экономических условий Правительством РФ было принято постановление от 27.07.1996 г. № 901 «О предоставлении льгот инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, по обеспечению их жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг».

На улучшение жилищных условий инвалидов направлено и постановление Правительства РФ от 28.02.1996 г. № 214 «Об утверждении перечня заболеваний, дающем инвалидам, страдающим ими, право на дополнительную жилищную площадь в виде отдельной комнаты».

Во исполнение Федерального закона «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 02.08.1995 г. Правительством РФ было принято постановление от 25.11.1995 г. № 1151, утвердившее «Федеральный перечень гарантированных государством социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания». Эти услуги предоставляются инвалидам бесплатно, а также на условиях частичной или полной оплаты. Категории населения, освобождаемые от платы за социальные услуги, предусмотрены «Положением о порядке и условиях оплаты социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам на дому, в полустационарных и стационарных условиях государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания». Оно утверждено постановлением Правительства РФ от 15.04.1996 г. № 1196.

Вышеизложенное свидетельствует о том, что стержнем социальной политики по отношению к инвалидам является реабилитационное направление, сущностью которого является восстановление способности инвалидов к относительно независимой жизнедеятельности.

Наиболее распространенной организационной формой оказания реабилитационной помощи являются реабилитационные центры.

Во всех регионах России созданы комиссии по медико-социальной экспертизе, разрабатывающей индивидуальные планы социально-медицинской реабилитации для лиц с ограниченными возможностями.

**Социальная и социально-реабилитационная работа**

3 наиболее востребованные пожилыми людьми блока работы:

**Физкультурно-оздоровительный**

**блок**

**Культурно- досуговый блок**

**Информационный (просветительский) блок**

Для успешной социальной реабилитации лиц пожилого возраста независимо от места проживания - в домах – интернатах либо в домашних условиях важнейшее значение имеет отношение работников социальных служб, которое ассоциируется с внешним миром.

**Сеть стационарных учреждений социального обслуживания в Вологодской области**

Стационарные учреждения социального обслуживания в Вологодской области

Государственные

16

Муниципальные

18

Отделения при Центрах социального обслуживания населения

17

Дома-интернаты для престарелых и инвалидов

4

Психоневрологические интернаты

9

Детские дома-интернаты для умственно отсталых детей

3

**2.2 Роль социальных работников в социальной реабилитации граждан пожилого возраста, проживающих в стационарных учреждениях**

Роль социального работника имеет важное значение в социальной реабилитации граждан, проживающих в домах – интернатах во время всего их жизненного цикла и начинается буквально с первых шагов. Едва человек переступил порог дома – интерната, он должен быть сразу же окружен вниманием и заботой обслуживающего персонала. Необходимо разъяснить функции этого учреждения, ознакомить поступивших с распорядком дня, с расположением бытовых служб и медицинских кабинетов, часами работы администрации и так далее; провести беседу, ознакомление с условиями жизни в доме – интернате. В дальнейшем социальные работники помогают обеспечить адаптацию пожилого человека в новых условиях. Для этого необходимы сведения о характерологических особенностях пожилого возраста, наклонностях и интересах, установках и привычках. Помимо изучения особенностей личности и других обстоятельств социальный работник может и должен научить пожилого человека общению, умению понимать человека более немощного, чем он сам, осмыслению ситуации совместного проживания. Социальным медицинским персоналом, используя данные из истории болезни, о прошлой жизни человека, знакомится с состоянием его здоровья, возможностями к передвижению и степенью сохранности к самообслуживанию.

Социальный работник как специалист, владеющий основами знаний по геронтопсихологии, деонтологии и социальной педагогике, помогает найти пожилым людям, проживающим в доме – интернате свое место в коллективе и ослабит негативное влияние, связанное с резкой сменой жизненного стереотипа и вызванного этим эмоционального перенапряжения.

Также важно сказать несколько слов о психологической подготовке социального работника и о ее значении в профессиональной деятельности.

Профессиональная компетентность социального работника находится в прямой зависимости от его психологической компетентности. Все категории социальных работников в определенном смысле являются практическими психологами и должны иметь достаточно высокий уровень психологической подготовки. Именно это обеспечивает им достижение эффективных результатов при выполнении своих обязанностей.

Поэтому не случайно при подготовке социальных работников достаточно большой объем часов отводится дисциплинам психологического профиля, таким, как психология человека, возрастная психология, социальная психология и другое. Усложнение социальной ситуации в последние годы еще более повышает требования к качеству подготовки специалистов по работе с разными группами населения, к формированию у них навыков взаимодействия с трудными клиентами. В современной практике социальной работы специалистам приходится сталкиваться с кризисами людей в различных возрастных группах.

В настоящее время наибольшую актуальность имеют проблемы людей пожилого возраста. Демографические данные в России и за рубежом говорят о тенденции роста числа людей старшего поколения. Социальные работники должны знать основы геронтологии при обслуживании клиента, учитывать социально – геронтологические, психологические, физиологические аспекты старения человека, позволяющие адекватно интерпретировать поведение пожилых людей с учетом их индивидуальности. Понимание психологических особенностей пожилого человека позволит не только быть терпимым к данной категории людей, но и сопереживать им, проявлять доброту и искреннюю заботу.

Социальные работники в ходе своей профессиональной деятельности практически взаимодействуют с людьми, помогают отдельному человеку, группам, уязвимым социальным слоям населения в целях улучшения или восстановления их способности к социальному функционированию. В связи с этим они остро нуждаются в знаниях и умениях социально – психологического характера, без которых сложно достичь планируемых целей общения.

Социальный работник как никто другой должен обладать способностью понимания другого человека, находящегося, как правило, в затруднительной ситуации, в беде, нуждающегося в поддержке и помощи. В то же время понимание другого основывается на понимании себя. Весьма справедливо отметил Дж. Эриксон, что «чем больше человек познает себя, тем терпимее он относится к другим. Не обязательно соглашаться с тем, что делают другие, но надо понимать их мотивы». Безусловно, понимание и принятие другого человека невозможны без самопознания и самопринятия. Кроме того, познав самого себя, человек может развить те качества, которые у него слабо выражены, но необходимы ему для профессиональной и личной самореализации. В этом поможет ознакомление с «Декларацией независимости инвалидов» Нормана Кюнка, американского активиста движения в защиту прав инвалидов (приложение № 51).

**Заключение**

Медико – социальная реабилитация как восстановление способности к социальному функционированию по общему правилу возможна лишь в том случае и в той степени, в которой индивид обладал такой способностью до инвалидности. Развернуть в процессе реабилитации социофункциональные ресурсы индивида более, чем они были развиты в период его нормального, непатологического развития, чаще всего невозможно. Степень же возможностей и потребностей индивидов в социальном функционировании достаточно разнообразна. Разброс возможностей здесь колеблется в широком континууме от полной неспособности индивидов с интеллектуальными ограничениями или глубокими физическими патологиями к медико – социальной реабилитации до возможностей сверхреабилитации, когда мобилизация социальных и личностных ресурсов индивида приводит к тому, что в результате реализации реабилитационных программ индивид оказывается интегрированным в социальное функционирование больше, чем в своем здоровом статусе.

Медико – 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.

**Список использованной литературы**

1. Национальный стандарт Российской Федерации. ГОСТ Р 52495 – 2005. Социальное обслуживание населения. Термины и определения.
2. Конституция Российской Федерации (12.12.1993г.) – М.: Юрист, 1997 г.
3. Федеральный Закон «Об основах социального обслуживания населения» от 25.07.2002г. № 115 – ФЗ.
4. Федеральный Закон «О защите инвалидов в Российской Федерации».
5. Восстановление трудоспособности: хроника ВОЗ - М.: - 1996г.
6. Психотерапия в социальной работе под ред. Н. Д. Линде, - М.: 1992г.
7. Медико-социальная работа: теория, технология, образование под ред. А. С. Мартыненко, - М.: Наука, 1999г.
8. Принципы и концепция развития медико-социальной реабилитации больных, инвалидов и лиц пожилого возраста, методические рекомендации, - М.: Юрист, 1998г.
9. Социальная работа под ред. В. И. Курбатова, - Ростов н/Д; Феникс, 1999г.
10. Социальная работа: теория и практика под ред. Е. И. Холостовой, А. С. Сорвина, - М.: ИНФРА, 2003г.
11. Социальная работа в современных условиях под ред. С. М. Кибардиной, О. М. Чернышовой, В. Штепан, - М.: ИНФРА, 2003г.
12. Словарь русского языка под ред. А. П. Евгеньевой, М.: Русский язык, 1990г.
13. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов,- Вена, 1993г.
14. Организация работы органов социальной защиты под ред. А. Н. Савинова, Т. Ф. Зарембо, - М.: Высшая школа, 2001г.
15. Технология социальной работы под ред. Е. И. Холостовой, - М.: ИНФРА, 2002г.
16. Социальная защита: социология, выпуск 01 – 06, Московское социальное издательство, 2006г.
17. Социальная реабилитация под ред. Е. И. Холостовой, Н. Ф. Дементьевой, - М.:, 2003г.
18. Социальная медицина под ред. Е. В. Черносвитова, - М.: Владос, 2000г.
19. Социальный патронаж – неотъемлемая часть участковой социальной службы. Опыт социальной поддержки и реабилитации // Социальное обслуживание, № 1, 2007г.
20. Социальная реабилитация в отношении лиц с ограниченными возможностями // Вопросы социального обеспечения», № 19, 2006г.
21. Социально – психологическая реабилитация пожилых людей на современном этапе в условиях стационара // под ред. В. И. Диевой, - Отечественный журнал социальной работы, № 1, 2007г.
22. Возможности трудотерапии в решении реабилитационных задач // Социальное обслуживание, № 2, 2007г.
23. СПП – социальные пункты проката технических средств реабилитации // Вопросы социального обеспечения, № 21, 2006г.
24. Нетрадиционные методы реабилитации инвалидов // Вопросы социального обеспечения», № 17, 2006г.

Приложение № .



***Декларация независимости инвалида***

*«Документ, который мы предлагаем вашему вниманию, профессионально интересен: он отражает позицию людей, которым мы помогаем. Но мы не всегда хорошо знаем этих людей, их ожидания, их требования к нам. Наверное, не со всеми тезисами этой своеобразной «декларации независимости) вы согласитесь. Но ознакомится с* *ними весьма полезно: информация такого рода способствует нашей профессиональной осведомленности».*

*Норман КЮНК, американский активист движения в защиту прав инвалидов*

1. Не рассматривай мою инвалидность как проблему.
2. Не надо меня поддерживать, я не так слаб, как кажется.
3. Не рассматривайте меня как пациента, я просто ваш соотечественник.
4. Не старайтесь изменить меня. У вас нет на это права.
5. Не пытайтесь руководить мною. Я имею право на собственную жизнь, как любая личность.
6. Не учите быть меня покорным, смиренным и вежливым.
7. Не делайте мне одолжения.
8. Признайте, что реальной проблемой, с которой сталкиваются инвалиды, является их социальное обесценивание и притеснение, предубежденное отношение к ним.
9. Поддержите меня, чтобы я мог по мере сил внести свой вклад в общество.
10. Помогите мне познать то, что я хочу.
11. Будьте тем, кто заботится, не жалея времени, и кто не борется в попытке сделать лучше.
12. Будьте со мной, даже когда мы противостоим друг другу.
13. Не помогайте мне тогда, когда я в этом не нуждаюсь, если это даже доставляет вам удовольствие.
14. Не восхищайтесь мною. Желание жить полноценной жизнью не заслуживает восхищения.
15. Узнайте меня получше. Мы можем стать друзьями.
16. Будьте союзниками в борьбе против тех, кто пользуется мною для собственного удовлетворения.
17. Давайте уважать друг друга. Ведь уважение предполагает равенство. Слушайте, поддерживайте и действуйте.

Приложение № .

АНКЕТА

Уважаемый респондент!

Цель нашего опроса – изучение информированности клиентов дома – интерната о медико – социальной реабилитации. Я буду задавать Вам вопросы, а Вы постарайтесь ответить на них. С Вашей помощью мы сможем улучшить условия проживания в нашем интернате.

1. Пол
2. Ваш возраст
3. Есть ли у Вас группа инвалидности и какая?
4. Знаете ли Вы, что такое - медико – социальная реабилитация?
5. Знаете ли Вы, что такое – Индивидуальная программа реабилитации (ИПР)?
6. Если Вы знаете, что такое ИПР, то куда необходимо обращаться за ее получением?
7. Вам оказываются медицинские услуги?
8. Вам оказываются социальные услуги?
9. Как Вы считаете, достаточно ли Вам того перечня медицинских и социальных услуг, которые оказываются у нас в интернате?
10. За время проживания в доме – интернате проходили ли Вы санаторно – курортное лечение?
11. Если бы у Вас была возможность, хотели ли бы Вы пройти санаторно – курортное лечение?
12. Знаете ли Вы – какие существуют средства реабилитации?
13. Обеспечены ли Вы в интернате средствами реабилитации? (костыли, коляски, ходунки, поручни, памперсы, пеленки)
14. Устраивает ли Вас отношения персонала к проживающим в доме – интернате?
15. Ваши предложения по улучшению условий проживания в нашем доме – интернате.

Спасибо Вам за помощь!

Приложение №

Из 24 человек:

7 человек – мужчины

17 человек – женщины

11 человек – инвалиды 1 группы

6 человек – инвалиды 2 группы

7 человек – без группы инвалидности

по возрасту: до 60 лет - ; от 61 до 70 лет – 4 человека;

от 71 до 80 лет – 6 человек; старше 80 лет – 14 человек.

Что такое медико – социальная реабилитация знают 3 человека.

Что такое ИПР знают 3 человека.

То, что в доме – интернате оказывают социальные и медицинские услуги и их перечень достаточен, подтвердили все проживающие. Санаторно – курортное лечение за время проживания в интернате не проходил ни 1 человек, но все хотели бы побывать в санатории. Про средства реабилитации никто из опрошенных ответить не смог, но когда были названы средства реабилитации – все проживающие в интернате подтвердили, что данные средства в интернате есть и они и ими пользуются.

Все проживающие в доме – интернате отмечают доброжелательный социально – психологический климат. Предложений по улучшению условий проживания не поступило, так как все опрошенные пенсионеры сравнивают свою жизнь с жизнью до того периода, когда они переехали в интернат и считают, что в настоящее время они «прямо в рай попали».