Содержание

Введение

1. Дети с ограниченными возможностями как социально уязвимая группа

1.1 Категории детей с ограниченными возможностями

1.2 Основные проблемы детей с ограниченными возможностями

2. Организационные основы социальной работы с детьми с ограниченными возможностями

2.1 Социальная работа с детьми с ограниченными возможностями

2.2 Задачи организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями

3. Организация социальной работы с детьми с ограниченными возможностями в г. Благовещенске

3.1 Характеристика и содержание социальной работы с детьми с ограниченными возможностями в г. Благовещенске

3.2 Анализ организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями Управлением социальной защиты населения по г. Благовещенску и Благовещенскому району

3.3 Предложения по оптимизации организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями в г. Благовещенске

Заключение

Библиографический список

Приложения

Реферат

Дипломная работа содержит 10 с., 11 рисунков, 4 таблицы, 75 использованных источников, 5 приложений.

Дети с ограниченными возможностями, здоровье, инвалид, проблемы, система социальной помощи, реабилитация, организация социальной работы, анализ, оптимизация, предложения

Объектом данной дипломной работы является социальная работа с детьми с ограниченными возможностями.

Предмет – особенности организация социальной работы с детьми с ограниченными возможностями.

Целью работы является изучение особенностей организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями.

В работе раскрывается общая характеристика детей с ограниченными возможностями здоровья, рассматриваются основные проблемы детей с ограниченными возможностями здоровья, особенности социальной работы с детьми с ограниченными возможностями, нормативно – правовая база в области социальной работы с детьми с ограниченными возможностями, а также раскрываются основные технологии социальной работы с детьми с ограниченными возможностями, социальное обеспечение и обслуживание детей с ограниченными возможностями здоровья, профилактика в социальной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья, реабилитация детей с ограниченными возможностями.

Автором представлены данные об организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями в г. Благовещенске, раскрывается опыт деятельности социальных служб в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья в г. Благовещенске, даются предложения по оптимизации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Введение

Актуальность темы исследования. Происходящая в нашей стране радикальная трансформация экономической и общественной жизни привела к чрезвычайной актуализации проблемы социальной защиты детей с ограниченными возможностями здоровья. Тотальное разгосударствление, рыночные преобразования, с одной стороны, с другой – ухудшение состояния социальной экологии и, прежде всего, многократное возрастание рождаемости детей с ограниченными возможностями, способствовали формированию целой социальной группы – детей-инвалидов, в отношении которых необходимо создание специальной системы социальной защиты в целом и специфической государственной социальной политики в частности. Согласно статистической информации, только за последнее десятилетие частота детской инвалидности в России удвоилась, составив к 2005 г. около 600 тыс. человек. По некоторым другим данным за последние двадцать лет численность детей-инвалидов в нашей стране увеличилась в 12 раз, а по прогнозам, уже в ближайшие десять лет число их достигнет 1,2 – 1,5 млн.

Как известно, в соответствии с Конституцией 1993 г. Российская Федерация провозглашена демократическим социальным государством, обеспечивающим равенство прав и свобод гражданина, т.е. осуществляющим борьбу с дискриминацией, основанной на состоянии здоровья. Таким образом, социальная политика российского государства должна базироваться на полной социальной защите детей с ограниченными возможностями здоровья, переходящих в разной степени под его попечительство. Не случайно с конца 1990-х годов социальная политика в нашем государстве осуществляется на так называемой "социальной модели инвалидности", которая предполагает не только социальную реабилитацию ребенка с ограниченными возможностями здоровья, но и его социальную интеграцию. Одновременно, социальная защита детей с ограниченными возможностями является не только государственной задачей, но и одной из главных проблем формирующегося гражданского общества. В этом смысле социальная защита детей с ограниченными возможностями здоровья выступает важнейшей общественной функцией социума в целом.

В современных условиях социальная защита детей с ограниченными возможностями здоровья перерастает из разряда социально-медицинской проблемы в общую социальную задачу, предполагающую, во-первых, системное взаимодействие для оптимизации этого процесса всего социокультурного окружения человека (семья, дом-интернат, школа и т.д.); во-вторых, активное использование всех направлений социально-регулирующего воздействия (медицинское, финансово-экономическое, психолого-педагогическое и т.д.). Именно поэтому на сегодняшний день актуальной научной и практической проблемой выступает исследование как системы социальной защиты детей с ограниченными возможностями здоровья, так и – направлений совершенствования этого явления применительно к различным уровням общественной организации (федеральной, региональной, местной). Перефразируя известное образное выражение одного из классиков науки, мы можем сказать, что во многом по тому, как общество относится к детям с ограниченными возможностями здоровья, как организована система социальной защиты этой общественной группы, можно судить о состоянии и социальном здоровье общества в целом.

Таким образом, актуальность исследования проблем социальной защиты детей с ограниченными возможностями здоровья, предопределяется в значительной степени не только научными задачами, но и потребностями практического совершенствования механизма социальной защиты в нашей стране в условиях продолжающейся общественной трансформации. Разработка и реализация этого механизма в нашей стране выступает, на наш взгляд, не менее актуальной задачей, чем такие глобальные проблемы, как построение правового государства и формирование гражданского общества.

Степень разработанности проблемы. Интерес к проблеме социальной защиты детей с ограниченными возможностями, к их социальным проблемам, а также к трудностям, с которыми сталкивается семья, воспитывающая такого ребенка, постоянно растет, что подтверждается увеличением числа исследований, монографий, книг, статей, посвященных этим актуальным проблемам во всем мире.

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

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

Недостаточно также изучена как проблема совершенствования системы социальной защиты детей-инвалидов в целом, так и другие аспекты рассматриваемой темы. Очень мало работ, посвященных региональным аспектам социальной защиты детей-инвалидов и оптимизации управления этим процессом.

Таким образом, актуальность избранной темы исследования определяется не только ее общественной значимостью на современном этапе развития нашей страны, но и недостаточной научной разработанностью проблемы.

Вместе с тем, как показывает анализ литературы, истоки исследования социальной защиты детей-инвалидов были заложены еще в трудах таких известных ученых, как П.П. Блонский, П.Ф. Каптерев, Я. Корчак, К. Заблоский, К. Кирейчик и др.

Вопросам, затрагивающим теорию и практику социальной защиты детей-инвалидов, посвящены работы В.М. Астапова, О.И. Лебединского, Б.Ю. Шапиро, Л.К. Грачева, Н.Ф. Дементьевой, Э.Ф. Устинова, Е.И. Холостовой, А.И. Осадчих, О.В. Павленко, Д.А. Туболева, Л.П. Храпплина и др.

Проблемы распространенности инвалидности среди детей, ее структуры, организационные проблемы и региональные особенности данного явления нашли частичное отражение в работах М.Н. Никитиной, Р.К. Игнатьевой, Э.И. Танюхиной и А.Л. Свинцова, А.А. Баранова, Г.В. Тарасовой, А. Ахмедова и других ученых.

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

Разнообразные аспекты развития процесса социальной защиты детей-инвалидов получили отражение в многочисленных периодических изданиях, в том числе – различные нормативные документы, касающиеся социальной, экономической, юридической, духовной свободы ребенка-инвалида, опыт деятельности различных учреждений, специализирующихся на работе с детьми с отклонениями в развитии и на работе с детьми, оставшимися без попечения родителей, отзывы родителей, обсуждение актуальных проблем – все это постоянно публикуются в таких изданиях, как альманах "Исцеление", журнал "Социальная защита", "Социальная работа", "Журнал работников социальных служб".

В целом, анализ литературы, периодических изданий показывает, что за последние 20 лет акцент в исследовании проблем детей с ограниченными возможностями сместился с углубленного изучения в большей степени медицинских аспектов к анализу проблемы развития ребенка-инвалида как личности. Это характерно как для социологических, так и для правовых, а также педагогических работ по данной проблеме. Теперь на повестку дня ставится вопрос социального подхода к детям инвалидам и семьям, в которых они воспитываются, анализируется деятельность социальных работников, социологов, экономистов, государственных деятелей, медиков, педагогов, психологов, дефектологов – то есть носителей социальной работы.

К сожалению, на сегодняшний день в России не разработана целостная, эффективная система включения детей с ограниченными возможностями в социальную жизнь и гарантирующая им полноценную социальную защиту, возможности удовлетворения основных потребностей, реализацию интересов. Слабо разработана в научном смысле и система совершенствования социальной защиты детей-инвалидов с точки зрения государственной политики.

Практическая значимость исследования заключается в том, что полученные в результате исследования теоретические и практические выводы могут быть использованы при разработке программ социальной защиты детей с ограниченными возможностями, а также мер, направленных на повышение уровня и качества жизни этой группы населения. Данные исследования могут быть полезны при совершенствовании деятельности социальных служб, реабилитационных центров и центров занятости.

Актуальность и недостаточная исследованность вышеуказанных проблем обусловили объект, предмет, цели и задачи исследования.

Объектом данной дипломной работы являются с дети с ограниченными возможностями здоровья.

Предмет – организация социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Целью работы является изучение особенностей организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями в г. Благовещенске.

Достижение данной цели связано с рядом задач:

1) изучить различные категории детей с ограниченными возможностями;

2) раскрыть основные проблемы детей с ограниченными возможностями;

3) рассмотреть организационные основы социальной работы с детьми с ограниченными возможностями;

4) проанализировать организацию социальной защиты детей с ограниченными возможностями в г. Благовещенске и сделать соответствующие выводы;

5) разработать предложения по оптимизации организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями.

Для решения поставленных задач и достижения цели работы использовались следующие методы: анализ психолого-педагогической литературы, медицинской литературы, материалы периодических изданий, методом обобщения и систематизации, логический, индукции и дедукции.

1. Дети с ограниченными возможностями как социально уязвимая группа

1.1 Категории детей с ограниченными возможностями здоровья

Понятие "человек с ограниченными возможностями"

Чаще всего под "людьми с ограниченными возможностями"' в научной литературе принято понимать людей, которые имеют те или иные ограничения в повседневной жизнедеятельности, связанные с физическими, психическими или сенсорными дефектами.

В Словаре по социальной работе человек с ограниченными возможностями определяется как тот, "кто не способен выполнять определенные обязанности или функции по причине особого физического или психического состояния или немощности. Такое состояние может быть временным или хроническим, общим или частичным"[19, с. 270].

В 1980 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) приняла британский вариант трехзвенной шкалы ограниченных возможностей:

а)недуг - любая утрата или аномалия психологической, либо физиологической, либо анатомической структуры или функции;

б)ограниченные возможности - любое ограничение или потеря способности (вследствие наличия дефекта) выполнять какую-либо деятельность таким образом или в таких рамках, которые считаются нормальны ми для человека;

в)недееспособность (инвалидность) - любое следствие дефекта или ограниченных возможностей конкретного человека, препятствующее или ограничивающее выполнение им какой-либо нормативной роли (исходя из возрастных, половых и социокультурных факторов) [2, с. 298].

Согласно федеральному закону "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (1995 г.), инвалид характеризуется как лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты [23].

В настоящее время, как уже было отмечено выше, каждый десятый в населении Земли, т.е. более 500 млн. человек имеют те или иные ограничения в повседневной жизнедеятельности, связанные с физическими, психическими или сенсорными дефектами. Среди них не менее 150 млн. детей. Каждая четвертая семья сталкивается так или иначе с проблемой инвалидности [10, с. 85]. В США с населением более 250 млн. насчитывается около 20 млн. инвалидов.

Развитые цивилизованные страны стремятся решить социальные проблемы, связанные с ростом числа лиц с ограниченными возможностями на основе научного подхода к постановке и решению этих проблем, использования материально-технических средств, детально разработанного юридического механизма, общенациональных и общественных программ, высокого уровня профессиональной подготовки специалистов и т.д.

И, тем не менее, несмотря на предпринимаемые усилия и значительный прогресс медицины, количество лиц с ограниченными возможностями медленно, но стабильно растет. Так, например, детей, нуждающихся в специальном обучении, ежегодно становится больше на 3-5%. Это в основном дети с врожденной патологией: церебральный паралич, слепота, глухота, умственная отсталость и т.д.[9, с. 14].

Рост инвалидности в большинстве стран мира связан с усложнением производственных процессов, увеличением транспортных потоков, военными конфликтами, ухудшением экологической обстановки, значительным распространением вредных привычек (табакокурение, применение алкоголя, наркотиков, токсических веществ) и другими причинами.

России в настоящее время только на учете в органах социальной защиты состоит 6,2 миллиона инвалидов. Ежегодно впервые признается инвалидами свыше 1 млн. человек, из них более половины в трудоспособном возрасте [6, с. с. 12].

Число людей с ограниченными возможностями неуклонно увеличивается в нашей стране. Так, численность инвалидов, зарегистрированных в органах социальной защиты, за последние 5 лет увеличилась на 56,8% [4, с. 7,11]. С учетом перехода России к международным критериям и расширением медицинских показаний для установления инвалидности, по мнению экспертов, в ближайшие 10 лет следует ожидать увеличения числа инвалидов в 2-3 раза.

В целом, в дошкольном возрасте от 15% до 25% детей страдают хроническими заболеваниями; среди школьников 53% имеют ослабленное здоровье, а свыше 1/3 детей 13-17 лет — хронические заболевания (по данным Минздравмедпрома, из 6 миллионов подростков 15-17 лет, прошедших профилактические осмотры, у 94,5% были зарегистрированы различные заболевания, треть которых накладывает ограничения на выбор будущей профессии).

По окончании школы лишь 10% выпускников могут считаться здоровыми (особенно быстрыми темпами ухудшается здоровье у школьниц: за последние 10 лет число здоровых девушек - выпускниц школ - уменьшилось с 28,3% до 6,3%, т.е. более чем в 3 раза.

Соответственно, с 40% до 75% увеличилось количество девушек, страдающих хроническими заболеваниями), около 40% выпускников школ имеют ограничения в выборе профессии по состоянию здоровья, и почти треть юношей не годятся по медицинским показаниям для службы в Вооруженных силах [1].

### Дети с ограниченными возможностями - дети с физическими и (или) психическими недостатками, имеющие ограничение жизнедеятельности, обусловленное врожденными, наследственными, приобретенными заболеваниями или последствиями травм, подтвержденными в установленном порядке.

К термину **"дети с нарушениями в развитии"** относятся дети, у которых физические и психические отклонения приводят к нарушению общего развития.

Нарушение одной из функций приводит ребенка к проблемам в развитии только при определенных обстоятельствах, поскольку его наличие не всегда влечет за собой дальнейшие нарушения. Так, например, при потере слуха на одно ухо или при поражении зрения на один глаз возможность воспринимать звук или зрительные сигналы сохраняется. Нарушения подобного рода не ограничивают детей в познании окружающего мира, в общении с другими людьми, не мешают им овладевать учебным материалом и обучаться в общеобразовательной школе. Ребенок же с проблемами в развитии вследствие своего нарушения нуждается в особых условиях, в специальном лечении и образовании.

Депутаты Государственной Думы РФ приняли федеральный закон, направленный на защиту детей "с ограниченными возможностями здоровья", Закон вводит такую формулировку вместо термина "с отклонениями в развитии" в ряд действующих федеральных законов, в частности "Об образовании", "Об основных гарантиях прав ребенка в РФ", "О физической культуре и спорте в РФ" [23].

Как утверждают авторы законопроекта, термин "с отклонениями в развитии" традиционно в России ассоциируется с таким нарушением состояния здоровья, как "умственная отсталость", и не учитывает возрастных особенностей. Поэтому у детей уже в раннем возрасте формируется комплекс неполноценности, что в дальнейшем связано со значительными проблемами для его семейной, социальной, образовательной или профессиональной интеграции и адаптации. В большинстве развитых стран и в документах Всемирной организации здравоохранения для обозначения этой категории граждан применяется термин "лица с ограниченными возможностями здоровья".

Постановление Правительства РФ от 18.08.2008 № 617 "О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации об образовательных учреждениях, в которых обучаются (воспитываются) дети с ограниченными возможностями здоровья" вносится ряд терминологических уточнений в акты Правительства РФ об образовательных учреждениях, в которых обучаются (воспитываются) дети с ограниченными возможностями здоровья: термин "отклонения в развитии" заменен термином "ограниченные возможности здоровья", слова "психолого-педагогическая и медико-педагогическая комиссии" заменены словами "психолого-медико-педагогическая комиссия", вместо слов "отклонения в психофизическом развитии" теперь используются слова "недостатки в физическом и (или) психическом развитии" и т.п. Минобрнауки РФ по согласованию с Минздравсоцразвития РФ поручено утвердить до 31.12.2008 положение о психолого-медико-педагогической комиссии. Уставы образовательных учреждений, в которых обучаются (воспитываются) дети с ограниченными возможностями здоровья, подлежат приведению в соответствие с настоящим Постановлением до 31.12.2008 [14].

В нормативно-правовой документации дети с ограниченными возможностями здоровья определяются как инвалиды и для признания их таковыми должны быть соответствующие основания. В Федеральном законе "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ называются три обязательных условия для признания гражданина инвалидом:

1. нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
2. ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
3. необходимость осуществления мер социальной защиты гражданина [22].

Этим же законом функция определения инвалидности возлагается на Государственную службу медико-социальной экспертизы.

Министерством труда и социального развития РФ и Министерством здравоохранения (от 29.01.97) утверждена классификация нарушений основных функций организма человека:

1. Нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи, эмоций, воли).
2. Нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания).
3. Нарушения статодинамической функции.
4. Нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции.

Если мы говорим о детском возрасте, то дети, относящиеся к первым трем категориям, составляют большую часть из общего количества детей-инвалидов, имеющих инвалидность. Все они, независимо от вида нарушения, имеют отклонения (в той или иной степени) или нарушения в развитии и требуют особых методов изучения, воспитания и обучения.

В психолого-педагогической литературе используется несколько понятий той категории детей, которые относятся к системе специального образования.

Дети с нарушениями в развитии - дети, отстающие в физическом и психическом развитии вследствие органического поражения центральной нервной системы и вследствие нарушения деятельности различных анализаторов (слухового, зрительного, двигательного, речевого).

Дети с отклонениями в развитии - дети, которые имеют перечисленные выше отклонения, но степень их выраженности ограничивает их возможности в меньшей степени, чем у детей с нарушениями в развитии.

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

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

Здесь различают следующие категории детей с нарушениями в развитии:

1) дети с нарушениями слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);

2) дети с нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);

3) дети с нарушениями речи;

4) дети с нарушениями интеллекта (умственно отсталые дети);

5) дети с задержкой психоречевого развития (ЗПР);

6) дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

7) дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы;

8) дети с множественными нарушениями (сочетание 2-х или 3-х нарушений).

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

1 степень утраты здоровья определяется при легком и умеренном нарушении функций, которые, согласно Инструкции, являются показателем к установлению инвалидности у ребенка, но, как правило, не приводят к необходимости определения у лиц старше 18 лет;

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

3 степень утраты здоровья соответствует 2 группе инвалидности у взрослого;

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

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

1.Нервно-психические заболевания занимают второе место (32,8 %). Среди детей с данными болезнями 82,9% составляют дети с умственной отсталостью.

Наиболее распространенные заболевания этой группы детские церебральные параличи, опухоли нервной системы, эпилепсия, шизофрения и другие эндогенные психозы, умственная отсталость (олигофрения или слабоумие различного генеза, соответствующие стадии идиотии или имбецильности), болезнь Дауна, аутизм.

Все эти болезни объединены в одну группу, однако, следует умственную и психическую неполноценность, на этом настаивает Международная лига обществ содействия умственно отсталым и другие организации, занимающиеся изучением этой категории людей и /или оказанием им помощи.

Термин "умственная неполноценность" включает в себя два значимых компонента, которые "должны рассматриваться в соответствии с биологическим возрастом и соответствующим культурным фоном: интеллектуальная отсталость, находящаяся ниже среднего уровня и присутствующая с раннего возраста; значительное ослабление способности приспособиться к социальным требованиям общества" /61/.

У детей-инвалидов этой категории очень часто наблюдаются грубые нарушения всех сторон психической деятельности: памяти, внимания, мышления, речи, моторики, эмоциональной сферы. Однако после специальных упражнений и занятий они могут достигнуть неплохих результатов. Круг проблем таких детей требует, в основном, вмешательства специалистов в области педагогики и реабилитации (соответственно педагогов и социальных работников) в тесном контакте с семьей.

Термин "психическая неполноценность" употребляется для обозначения многочисленных сдвигов, которые оказывают влияние на эмоциональные функции и поведение. Оно характеризуется неуравновешиваемостью эмоций различных видов и степеней сложности, нарушенным (а не отсутствующим ) пониманием и коммуникацией, а так же скорее ошибочно направленной, а не только несоответствующей приспособляемостью. Чаще всего такие заболевания возникают внезапно и принимают форму острого сдвига, являясь иногда результатом биохимических изменений или употребления наркотиков, переживания тяжелого или длительного стресса, психологических конфликтов, а так же в результате других причин .

В детстве чаще возникают сдвиги в области эмоций или поведения. Симптомам болезней могут предшествовать воспитательные, социальные или личные трудности .

Душевные болезни могут принимать форму острых, хронических или протекающих толчками заболеваний, в зависимости от нее и от специфики проявления болезни назначается лечение. При этом обязательно вмешательство специалистов из области медицины и психиатрии .

Однако бывает сочетание умственной отсталости с психической недостаточностью и другими осложнениями. Это создает определенные сложности при диагностике заболеваний и работе с такими детьми и требует от специалистов хорошей подготовленности, обученности. Осложнения могут появиться при рождении или позже. Можно выделить следующие причины их появления: плохой уход за детьми с умственной отсталостью, восприимчивость такого ребенка к нагрузкам, стрессам, невниманию со стороны лиц, к которым они особенно привязаны и т.п.

2. Заболевания внутренних органов. В настоящее время они занимают лидирующее положение в структуре детской инвалидности, что вызвано переходом заболеваний в хроническую форму с тяжелыми функциональными нарушениями. Часто это связано с поздней выявляемостью нарушений и недостаточными мерами реабилитации.

В эту группу заболеваний входят различные заболевания, патологические состояния и пороки развития органов дыхания ( в том числе и хронический туберкулез легких ) , почек и органов мочевыделения , желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей (циррозы печени , хронический агрессивный гепатит, непрерывно-рецидивирующий язвенный процесс и т.п. ), сердечно-сосудистой системы (в том числе пороки сердца и крупных сосудов), системы кроветворения ( лейкозы, болезнь Верьегофа, лимфогранулематоз и т.п.), опорно-двигательного аппарата (полиартриты и т.п.).

Часто в силу своих заболеваний такие дети не могут вести активный образ жизни, сверстники могут избегать общения с ними и включения их в свои игры. Возникает ситуация рассогласованности между необходимостью осуществления нормальной жизнедеятельности ребенка и невозможностью ее полноценной реализации. Социальная депривация углубляется за счет длительного пребывания ребенка в специальных стационарах, санаториях , где ограничен социальный опыт и общение осуществляется между такими же детьми. Следствием этого является задержка развития социальных и коммуникативных навыков, формируются недостаточно адекватное представление об окружающем мире у больного ребенка [7, с. 48] .

3. Поражение и заболевания глаз, сопровождающиеся стойким снижением остроты зрения до 0,08 в лучшем видящем глазу до 15 от точки фиксации во всех направлениях. Дети с заболеваниями этой составляли 20% от общего числа детей-инвалидов.

Психическое развитие детей с дефектами зрения в значительной степени зависит от времени возникновения патологии и от времени начала специальной коррекционной работы, а это (психического развития ) дефекты могут быть компенсированы за счет раннего и широкого использования функций сохранных анализаторов.

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

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

При онкологическом заболевании кризисные ситуации могут возобновляться или прерываться более или менее длительными периодами стабилизации, во время которой производится реабилитация больного. Особенности методов лечения в сочетании с возрастными и межличностными особенностями ребенка ведут к возникновению изменений сначала в физическом, а затем и в психическом его состоянии. Специалистами выяснено, что более половины (56 %) родителей отмечают ухудшение характера своих детей в результате болезни, у 62% родителей появились трудности во взаимоотношениях с детьми. У такого ребенка отмечается отгороженность и замкнутость ( 25% ), а так же раздражительность, агрессия и другие проявления невротического характера ( 56% ) . У таких детей практически нет друзей, кроме таких же больных ребят , как и они . Таким образом, они как бы отгорожены от внешнего мира , что вызывает задержку в развитии социальных навыков , социальную дезадаптацию [20].

Хотелось бы отметить, что часто злокачественные опухоли приводят к летальному исходу. Это так же вызывает определенные трудности в общении и оказании помощи таким детям. До некоторых пор считалось, что дети, особенно маленькие, не чувствуют приближение смерти, однако, это не так. Д.Н. Исаев, который занимался изучением этой проблемы, подробно описывает чувства и переживания детей в раннем возрасте и отмечает, что очень большое влияние на отношение ребенка к смерти оказывают его близкие, окружение. Безусловно, важна в этот период и помощь специалиста, с которым больной мог бы поделиться своими переживаниями и страхами.

5. Поражения и заболевания органа слуха. По степени снижения слуха различают глухих и слабослышащих. Среди глухих можно выделить так же две группы в зависимости от наличия или отсутствия у них речи. Число детей с этим заболеванием относительно невелико, они составляют около 2% всех детей-инвалидов .

Особенности поведения ребенка с нарушенным слухом разнообразны. Обычно они зависят от причин нарушения. Например, у детей с ранним ограниченным повреждением мозга дефект слуха сочетается с повышенной психической истощаемостью и раздражительностью. Среди глухих встречаются замкнутые , "странные" , как бы "пребывающие в своем мире" дети. У оглохших , наоборот , наблюдается импульсивность , двигательная расторможенность , иногда даже агрессивность [2].

6. Хирургические заболевания и анатомические дефекты и деформации.

7. Эндокринные заболевания.

Таким образом, можно было убедиться, что существует довольно большой перечень заболеваний, приводящих к инвалидности. Эти болезни, несомненно "оставляют свой след" на поведении ребенка, его отношениях с окружающими и в других сферах его жизни, создавая определенные "барьеры" на пути детей-инвалидов и их семей к нормальной жизни, к их интеграции в общество.

1.2 Основные проблемы детей с ограниченными возможностями

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

Реализацию гарантированных государством прав и удовлетворение основных потребностей, а также дальнейшее включение в общество детей с ограниченными возможностями осуществляют семья, школа, лечебные и реабилитационные учреждения, общество в целом.

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

Основными социальными проблемами детей с ограниченными возможностями являются барьеры в осуществлении прав на охрану здоровья и социальную адаптацию, образование, трудоустройство. Переход на платные медицинские услуги, платное образование, неприспособленность архитектурно-строительной среды к особым нуждам детей-инвалидов в зданиях общественной инфраструктуры (больницах, школах, средних и высших образовательных учреждениях), финансирование государством социальной сферы по остаточному принципу усложняют процессы социализации и включение их в общество.

Особо значимой социальной проблемой детей с ограниченными возможностями является отсутствие специальных законов и нормативных актов, устанавливающих ответственность органов государственной власти и управления, должностных лиц учреждений и организаций за реализацию прав детей-инвалидов на охрану здоровья и социальную реабилитацию и независимое существование. Решение социальных проблем детей с ограниченными возможностями, связанных с включением их в общество может быть только комплексным, с участием органов управления социальной защиты населения, экономики, здравоохранения, культуры, образования, транспорта, строительства и архитектуры, а также в разработке единой, целостной системы социальной реабилитации. При комплексном взаимодействии различных государственных и общественных структур можно достичь такого уровня адаптации детей с ограниченными возможностями, что они смогут в будущем трудиться и вносить свой посильный вклад в развитие экономики страны.

Специалисты, работающие с инвалидами, выделили следующие проблемы (барьеры, с которыми сталкивается семья с ребенком-инвалидом и сам ребенок в нашей стране):

1) социальная, территориальная и экономическая зависимость инвалида от родителей и опекунов;

2) при рождении ребенка с особенностями психофизиологического развития семья либо распадается, либо усилено опекает ребенка, не давая ему развиваться;

3) выделяется слабая профессиональная подготовка таких детей;

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

5) отсутствие достаточного правового обеспечения (несовершенство законодательной базы в отношении детей с ограниченными возможностями);

6) сформированность негативного общественного мнения по отношению к инвалидам (существование стереотипа "инвалид – бесполезный" и т.п.);

7) отсутствие информационного центра и сети комплексных центров социально-психологической реабилитации, а так же слабость государственной политики.

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

Итак, инвалидность – это ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными отклонениями. Вследствие этого возникают социальные, законодательные и иные барьеры, которые не позволяют человеку имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества. Общество обязано адаптировать существующие в нем стандарты к особым нуждам людей, имеющих инвалидность, для того чтобы они могли жить независимой жизнью.

Патологические процессы, развивающиеся у лиц с ограниченными возможностями, с одной стороны, разрушают целостность и естественность функционирования организма, с другой – вызывают комплексы психической неполноценности, характеризующиеся тревогой, потерей уверенности в себе, пассивностью, изолированностью или, наоборот, эгоцентризмом, агрессивностью, а подчас и антисоциональными установками[13, с. 40].

К наиболее часто встречающимся отклонениям в эмоционально-волевой сфере у лиц с ограниченными возможностями относятся:

а) эмоциональная вялость,

б) апатичность,

в) зависимость от опекающих лиц,

г) невысокая мотивация к самостоятельной деятельности, в том числе направленной на коррекцию собственного болезненного состояния,

д) невысокий адаптивный потенциал.

В некоторой степени эти черты являются составляющими элементами психоорганического синдрома, частично – следствием гиперопеки больного ребёнка в социально благополучной семье.

С точки зрения жизненной ситуации, для лиц с ограниченными возможностями характерны отчужденность, отгороженность от жизни общества, неудовлетворённость своим положением, которая связана прежде всего с одиночеством, с наличием проблемы приспособления к своему положению и необходимостью преодоления психологического дискомфорта. Для них затруднено трудоустройство, участие в общественной жизни, создание собственной семьи. Даже работающие (и не являющиеся надомниками) инвалиды практически не участвуют в жизни общества, часто испытывают по отношению к себе настороженное, а то и недоброжелательное отношение со стороны администрации и здоровых коллег.

Проблемы семей.

Все семьи, воспитывающие детей с ограниченными возможностями, можно дифференцировать на четыре основные группы.

Первая группа - родители с выраженным расширением сферы родительских чувств. Характерный для них стиль воспитания – гиперопека, когда ребенок является центром всей жизнедеятельности семьи, в связи, с чем коммуникативные связи с окружением деформированы. Родители имеют неадекватные представления о потенциальных возможностях своего ребенка, у матерей отмечается гипертрофированное чувство тревожности и нервно- психической напряженности. Стиль поведения взрослых членов семьи, особенно матери и бабушки, характеризуется сверхзаботливым отношением к ребенку, молочной регламентации образа жизни семьи в зависимости от самочувствия ребенка, ограничением социальных контактов. Такой стиль воспитания оказывает негативное влияние на формирование личности ребенка, что проявляется в эгоцентризме, повышенной зависимости, отсутствии активности, снижении самооценки ребенка.

Вторая группа семей характеризуется стилем холодного общения – гипапротекцией, снижением эмоциональных контактов родителей с ребенком, проекцией на ребенка со стороны обоих родителей или одного из них собственных нежелательных качеств. Родители фиксируют излишнее внимание на лечении ребенка, предъявляя завышенные требования к медицинскому персоналу, пытаясь компенсировать собственный психический дискомфорт за счет эмоционального отвержения ребенка. Именно в таких семьях наиболее часто встречаются случаи скрытого алкоголизма родителей.

Третью группу семей характеризует стиль сотрудничества - конструктивная и гибкая форма взаимоответственных отношений родителей и ребенка в совместной деятельности. В этих семьях отмечается устойчивый познавательный интерес родителей к организации социально-педагогического процесса, ежедневные содружества в выборе целей и программ совместной с ребенком деятельности, поощрение детской самостоятельности. Родители этой группы семей обладают наиболее высоким образовательным уровнем. Стиль такого семейного воспитания способствует развитию у ребенка чувства защищенности, уверенности в себе, потребности в активном установлении межличностных отношений в семье и вне дома.

Четвертая группа семей имеет репрессивный стиль семейного общения, который характеризуется родительской установкой на авторитарную лидирующую позицию (чаще отцовскую). В этих семьях от ребенка требуют неукоснительного выполнения всех заданий, распоряжений, не учитывая его интеллектуальных возможностей. За отказ или невыполнения этих требований прибегают к физическим наказаниями. При таком стиле поведения у детей отмечается аффективно-агрессивное поведение, плаксивость, раздражительность, повышенная возбудимость. Это в еще большей степени осложняет их физическое и психическое состояние.

Важным показателем здоровья детей является жизненный уровень и социальный статус семьи. Наличие в семье ребенка-инвалида может рассматриваться как фактор, не способствующей сохранению полной семьи. В тоже время потеря отца, бесспорно, ухудшает не только социальный статус, но и материальное положение семьи и самого ребенка.

Эта отчетливая тенденция изменения социальной структуры семей свидетельствует о необходимости усилить социальную поддержку семей с детьми-инвалидами с целью укрепления такой семьи, для защиты жизненных интересов самой семьи и всех ее членов - взрослых и детей.

К сожалению, в настоящее время поддержка семьи с ребенком-инвалидом со стороны общества недостаточна для сохранения самой семьи - главной опоры детей. Главная экономическая и социальная проблема многих семей с детьми-инвалидами - бедность. Возможности для развития ребенка весьма ограничены.

Материально-бытовые, финансовые, жилищные проблемы с появлением ребенка с ограниченными возможностями увеличиваются. Жилье обычно не приспособлено для ребенка-инвалида, каждая 3-я семья имеет около 6 м полезной площади на одного члена семьи, редко – отдельная комната или специальные приспособления для ребенка.

В таких семьях возникают проблемы, связанные с приобретением продуктов питания, одежды и обуви, самой простой мебели, предметов бытовой техники: холодильника, телевизора. Семьи не имеют крайне необходимого для ухода за ребенком: транспорта, дач, садовых участков, телефона.

Услуги для ребенка с ограниченными возможностями в таких семьях преимущественно платные (лечение, дорогостоящие лекарства, медицинские процедуры, массаж, путевки санаторного типа, необходимые приспособления и аппараты, обучение, оперативные вмешательства, ортопедическая обувь, очки, слуховые аппараты, инвалидные кресла, кровати и т.д.). Все это требует больших денежных средств, а доход в этих семьях складывается из заработка отца и пособия на ребенка по инвалидности.

Отец в семье с больным ребенком - единственный добытчик. Имея специальность, образование, он из-за необходимости большего заработка становится рабочим, ищет вторичные заработки и практически не имеет времени заниматься ребенком.

Масштабное вовлечение членов семей в процессы ухода за детьми-инвалидами связано с несформированностью социальной инфраструктуры обслуживания людей с ограниченными возможностями здоровья, не налаженностью практики социального патронажа и педагогического сопровождения, несовершенством системы социального образования для инвалидов, отсутствием "безбарьерной среды". Лечение, уход, обучение и реабилитация детей происходят при непосредственном участии родственников и предполагают большие затраты времени. В каждой второй семье неоплачиваемый труд матерей по уходу за детьми-инвалидами эквивалентен по времени средней продолжительности рабочего дня (от 5-ти до 10 часов).

Особую роль в вынужденном высвобождении матерей детей-инвалидов из сферы оплачиваемой занятости играет отсутствие механизмов исполнения законодательных норм, регулирующих права работников с детьми-инвалидами. Трудовыми льготами (неполным рабочим днем с сохранением рабочего места, гибким режимом работы, частым использованием больничного листа по уходу или отпуска без сохранения заработной платы), пользуются менее 15% работников. Ограничения по предоставлению этих льгот возникают, когда они осложняют производственный процесс, организацию производства, ведут к потере прибыли предприятия.

Переходу матерей детей-инвалидов в статус домохозяек способствует и отсутствие специальных программ, которые бы обеспечивали переквалификацию родителей, позволяли им пользовать надомный труд, организовывали оплачиваемую занятость, предполагающую совмещение работы с уходом за детьми-инвалидами.

Неработающне родители, осуществляющие уход за детьми, сегодня фактически не имеют компенсаций за свой труд (вряд ли можно считать реальной компенсацией установленную законодательно выплату в размере 60% от минимального размера оплаты труда, покрывающую лишь одну десятую часть первоочередных потребностей человека). В отсутствие адекватной социальной поддержки неработающим родителям со стороны государства увеличивается иждивенческая нагрузка в семьях, в особенно тяжелом положении оказываются неполные семьи. В этой связи сохранение занятости родителей детей-инвалидов (в равной степени мужчин и женщин), поддержание их экономической активности могло бы стать важным ресурсом и условием преодоления бедности семей с детьми-инвалидами, их успешной социально-экономической адаптации.

Уход за ребенком занимает все время матери. Поэтому уход за ребенком ложится на мать, которая, сделав выбор в пользу больного ребенка, оказывается в полной зависимости от больниц, санаториев, от частых обострений недугов. Себя она отодвигает на столь дальний план, что оказывается за бортом жизни. Если бесперспективны лечение и реабилитация, то постоянная тревога, психоэмоциональное напряжение могут привести мать к раздражению, состоянию депрессии. Часто матери в уходе помогают старшие дети, редко бабушки, другие родственники. Более тяжелая ситуация, если в семье двое детей с ограниченными возможностями.

Наличие ребенка-инвалида отрицательно влияет на других детей в семье. Им меньше уделяется внимания, уменьшаются возможности для культурного досуга, они хуже учатся, чаще болеют из-за недосмотра родителей.

Психологическая напряженность в таких семьях поддерживается психологическим угнетением детей из-за негативного отношения окружающих к их семье; они редко общаются с детьми из других семей. Не все дети в состоянии правильно оценить и понять внимание родителей к больному ребенку, их постоянную усталость в обстановке угнетенного, постоянно тревожного семейного климата.

Нередко такая семья испытывает отрицательное отношение со стороны окружающих, особенно соседей, которых раздражают некомфортные условия существования рядом (нарушение спокойствия, тишины, особенно если – ребенок-инвалид с задержкой умственного развития или его поведение негативно влияет на здоровье детского окружения). Окружающие часто уклоняются от общения и дети с ограниченными возможностями практически не имеют возможности полноценных социальных контактов, достаточного круга общения, особенно со здоровыми сверстниками. Имеющаяся социальная депривация может привести к личностным расстройствам (например, эмоционально-волевой сферы и т.д.), к задержке интеллекта, особенно если ребенок слабо адаптирован к жизненным трудностям, социальной дезадаптации, еще большей изоляции, недостаткам развития, в том числе нарушениям коммуникационных возможностей, что формирует неадекватное представление об окружающем мире. Особенно тяжело это отражается на детях с ограниченными возможностями, воспитывающихся в детских интернатах.

Общество не всегда правильно понимает проблемы таких семей и лишь небольшой их процент ощущает поддержку окружающих. В связи с этим родители не берут детей с ограниченными возможностями в театр, кино, зрелищные мероприятия и т.д., тем самым обрекая их с рождения на полную изоляцию от общества. В последнее время родители с аналогичными проблемами налаживают между собой контакты.

Родители стараются воспитывать своего ребенка, избегая его невротизации, эгоцентризма, социального и психического инфантилизма, давая ему соответствующее обучение, профориентацию на последующую трудовую деятельность. Это зависит от наличия педагогических, психологических, медицинских знаний родителей, так как, чтобы выявить, оценить задатки ребенка, его отношение к своему дефекту, реакцию на отношение окружающих, помочь ему социально адаптироваться, максимально самореализоваться, нужны специальные знания. Большинство родителей отмечают их недостаток в воспитании ребенка с ограниченными возможностями, отсутствуют доступная литература, достаточная информация, медицинские и социальные работники. Почти все семьи не имеют сведений о профессиональных ограничениях, связанных с болезнью ребенка, о выборе профессии, рекомендуемой больному с такой патологией. Дети с ограниченными возможностями обучаются в обычных школах, на дому, в специализированных школах-интернатах по разным программам (общеобразовательной школы, специализированной, рекомендованной для данного заболевания, по вспомогательной), но все они требуют индивидуального подхода.

Ухудшение социально-экономической обстановки неблагоприятно сказывается на здоровье детей. Проблема инвалидизации является актуальной, требует безотлагательных мероприятий, направленных на повышение уровня здоровья детей, качества психолого-педагогических и медицинских мер, обеспечивающих адекватную социальную адаптацию детей с ограниченными возможностями. На повестке дня дифференцированный подход при организации учебно-воспитательной работы и разработке комплексной системы оздоровления детей-инвалидов.

Требуется также усиление медицинской активности родителей в профилактике хронизации болезней у детей и их иивалидизации. Несмотря на высокий образовательный ценз родителей, лишь немногие из них получают сведения о состоянии здоровья детей из лекций бесед медицинских работников, используют специальную медицинскую литературу. Для большинства родителей основной является информация знакомых и родственников. Необходима и разработка протоколов оценки низкой активности родителей, имеющих больного ребенка, и рекомендаций по индивидуальной работе с родителями в целях повышения их медицинской грамотности в отношении профилактики хронических заболеваний у детей,

Забота о психологическом и физическом здоровье больного ребенка является непреложным законом как для здравоохранения, так и для всех государственных и общественных организаций, но следует обеспечить условия, при которых ребенок-инвалид (и его родители) ответственно относился бы к своему здоровью, своим поведением помогал организму и врачам справиться с недугом. Важным представляется межведомственное взаимодействие в организации единого реабилитационного пространства для детей с ограниченными возможностями, объединение усилий органов управления здравоохранением, комитетов по вопросам семьи, матерей и детей, ученых ведущих научных медицинских учреждений.

С инвалидностью связан широкий круг социальных проблем.

Одна из важнейших социальных проблем лиц с ограниченными возможностями - проблема их социальной реабилитации и интеграции.

Существуют различные подходы к определению понятия реабилитации (сам термин "реабилитация''' происходит от латинского "'ability''' – способность, "rehabilitation" — восстановление способности), особенно среди специалистов-медиков. Так, в неврологии, терапии, кардиологии под реабилитацией подразумеваются прежде всего различные процедуры (массаж, психотерапия, лечебная гимнастика и т.д.), в травматологии и ортопедии - протезирование, в физиотерапии - физическое лечение, в психиатрии – психо- и трудотерапия.

В Российской энциклопедии социальной реабилитация определяется как "комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма, а также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов" [17, с. 329]. Таким образом понимаемая реабилитация включает в себя функциональное восстановление или компенсацию того, что нельзя восстановить, приспособление к повседневной жизни и приобщение к трудовому процессу больного или инвалида. В соответствии с этим различают три основных вида реабилитации: медицинскую, социальную (бытовую) и профессиональную (трудовую).

При истолковании понятия "реабилитация" мы исходим также из его характеристики в официальных документах известных международных организаций.

По определению Международной организации труда (МОТ), сущность реабилитации состоит в восстановлении здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими способностями для достижения максимальной физической, психической, социальной и профессиональной полноценности.

Согласно решению Международного симпозиума бывших социали-стических стран по реабилитации (1964 год), под реабилитацией следует понимать совместную деятельность медицинских работников, педагогов (в области физической культуры), экономистов, руководителей общественных организаций, направленную на восстановление здоровья и трудоспособности инвалидов.

Во 2-м отчете Комитета экспертов ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения) по реабилитации (1969 г.) говорится, что реабилитация - это координированное применение медицинских, социальных, просветительских и профессиональных мероприятий по обучению или переобучению инвалидов для достижения ими по возможности наиболее высокого уровня функциональной активности [12, с. 14-15].

Широкое и всестороннее определение реабилитации было дано на IX Совещании министров здравоохранения и социального обеспечения социалистических стран (Прага, 1967 г.). Это определение, на которое опираемся и мы в нашем исследовании, после некоторой коррекции выглядит следующим образом: реабилитация в современном обществе - это система государственных и общественных, социально- экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических, юридических и других мер, направленных на восстановление нарушенных функций организма, социальной активности и трудоспособности больных и инвалидов.

Как подчеркивается в материалах ВОЗ, реабилитация инвалидов не ограничивается узкими рамками восстановления отдельных психических и физических функций. Она предполагает комплекс мер, обеспечивающих возможность для инвалидов вернуться, либо максимально приблизиться к полноценной общественной жизни.

Конечной целью реабилитации инвалидов является социальная интеграция, обеспечение их активного участия в основных направлениях деятельности и жизни общества, "включенность" в социальные структуры, связанные с различными сферами жизнедеятельности человека - учебной, трудовой, досуговой и др. - и предназначенные для здоровых. Интеграция инвалида в определенную социальную группу или общество в целом предполагает возникновение у него чувства общности и равенства с другими членами этой группы (общества) и возможность сотрудничества с ними как равными партнерами.

Проблема социальной реабилитации и интеграции лиц с ограниченными возможностями - комплексная, многоплановая проблема, имеющая различные аспекты: медицинский, психологический, социально-педагогический, социально-экономический, правовой, организационный и др.[11, 20, 27].

Конечными задачами медико-социальной реабилитации являются: обеспечение лиц с особыми потребностями возможности вести как можно более соответствующий возрасту образ жизни; максимальное приспособление их к среде и обществу путем обучения навыкам самообслуживания, накопления знаний, приобретения профессионального опыта, участия в общественно-полезном труде и т.д., а с психологической точки зрения - создание положительного Я-образа, адекватной самооценки, ощущений безопасности и психологического комфорта[2].

Социально-экономический аспект данной проблемы связан с уровнем жизни инвалидов. Результаты ряда исследований, проведенных в нашей стране [ 11], свидетельствуют о том, что в этом плане инвалиды представляют особую социальную группу, отличающуюся от средней популяции по уровню и качеству жизни, по активности участия в общественных процессах. У них ниже средняя заработная плата, уровень потребления товаров, уровень образования. У многих инвалидов остается нереализованным желание заниматься трудовой деятельностью, их общественная активность ниже средней в популяции. Отличаются они по семейному статусу и ряду других показателей.

Итак, лица с ограниченными возможностями — это особая социальная группа людей, имеющая существенно важные в социальном плане особенности и требующая по отношению к себе особой социальной политики.

2. Организационные основы социальной работы с детьми с ограниченными возможностями

2.1 Система социальной помощи детям с ограниченными возможностями

Пространство системы социальной защиты, реабилитации и социального обслуживания детей с ограниченными возможностями регулируется целым рядом нормативно-законодательных актов федерального и регионального уровней. Совокупный объем их определяется Президентской Программой "Дети России", в части целевой программы "Дети-инвалиды", федеральными законами "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации", "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов".

Социальная помощь детям с ограниченными возможностями - это система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих ребенку условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Государственную политику в области социальной защиты инвалидов в РФ, определяет Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" № 181 -ФЗ от 24 ноября 1995 г.[23].

Социальная реабилитация инвалидов - система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности.

Цель реабилитации – восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и социальной адаптации.

Реабилитация инвалидов включает:

- медицинскую реабилитацию, которая состоит из восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезирования;

- профессиональную реабилитацию инвалидов, которая состоит из профессиональной ориентации, профессионального образования, профессионально-производственной ориентации и трудоустройства;

- социальную реабилитацию инвалидов, которая состоит из социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации.

Федеральная базовая программа реабилитации определяет гарантированный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно.

Индивидуальная реабилитационная программа разрабатывается на основании решения службы медико-социальной экспертизы и является обязательной для исполнения соответствующими государственной власти органами местного самоуправления или другими организациями независимо от организационно- правовых форм и форм собственности.

Индивидуальная программа реабилитации имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от нее частично или в целом. Этот отказ освобождает соответствующие государственные или иные структуры от ответственности за результаты выполнения программы реабилитации и не дает право инвалиду на бесплатные реабилитационные мероприятия.

Санаторно-курортные путевки детям-инвалидам и лицам их сопровождающим выдаются бесплатно учреждениями здравоохранения по месту жительства ребенка.

Инвалиды и дети - инвалиды имеют право на санаторно- курортное лечение в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида на льготных условиях. Инвалиды I группы и дети - инвалиды, нуждающиеся в санаторно- курортном лечении, имеют право на получение на тех же условиях второй путевки для сопровождающего их лица.

Неработающим инвалидам, в том числе находящимся в стационарных учреждениях социального обслуживания, санаторно - курортные путевки выдаются бесплатно органами социальной защиты населения.

Семьям, имеющим ребенка-инвалида старше трех лет, предоставляются кресла-коляски, прогулочные кресла-коляски (приказ Минздрава РСФСР № 1 17 от 04.07.91 г.)

Инвалиды, нуждающиеся в протезировании, полностью или частично освобождаются от оплаты стоимости и ремонта протезно-ортопедических изделий (Приказ Минсобеса РСФСР № 35 от 15.02.91г.)

Инвалиды имеют право на изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий и других видов протезных изделий (кроме зубных протезов из драгоценных металлов и других дорогостоящих материалов, приравненных по стоимости к драгоценным металлам) за счет средств федерального бюджета в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Инвалиды обеспечиваются необходимыми средствами телекоммуникационного обслуживания, специальными телефонными аппаратами (в том числе для абонентов с дефектами слуха), переговорными пунктами коллективного пользования.

Инвалидам устанавливается 50-процентная скидка за пользование телефоном и радиотрансляционной точкой.

Инвалиды обеспечиваются бытовыми приборами, тифло - сурдо - и другими средствами, необходимыми им для социальной адаптации; ремонт указанных приборов производится бесплатно или на льготных условиях (ст. 28 ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации").

Если предусмотренное индивидуальной программой реабилитации техническое или иное средство, либо услуга не могут быть предоставлены инвалиду или если он приобрел соответствующее средство либо оплатил услугу за собственный счет, то ему выплачивается компенсация в размере стоимости технического или иного средства, услуги в соответствии с нормами по принятому законодательству (ст. 11 Закона "О социальной защите инвалидов в РФ").

Другим направлением социальной реабилитации инвалидов является формирование доступной для инвалидов среды жизнедеятельности. Постановлением Правительства РФ от 19 ноября 1993г. № 1188 утвержден перечень категорий инвалидов, для которых необходимы модификации средств транспорта, связи и информатики.

Продолжением адресной и индивидуальной поддержки инвалидов и граждан пожилого возраста является федеральный Закон "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" от 2 августа 1995г. № 122-ФЗ.

Настоящий закон предусматривает удовлетворение потребностей указанных граждан в социальных услугах. Формы социального обслуживания и права на него, согласие граждан на социальное обслуживание или отказ, объем социальных услуг как гарантированных (бесплатных), так и платных - все эти вопросы регламентирует законодательными актами, определяющими политику социального обслуживания.

Перечень нормативно-законодательных актов в отношении социального обслуживания инвалидов и людей пожилого возраста приведен ниже:

Федеральный закон "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" от 2 августа 1995г„ № 122-ФЗ;

Постановление Правительства РФ от 25 ноября 1995г. № 1151 "О Федеральном перечне гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания" (с изменениями на 17 апреля 2002 года);

Федеральный закон "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации" от 10 декабря 1995г. № 195-ФЗ;

Федеральный закон "О погребении и похоронном деле" от 12 января 1996г.№8-ФЗ;

Постановление Правительства РФ от 15 апреля 1996г. № 473 "О порядке и условиях оплаты социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания";

Приказ Министерства социальной защиты населения РФ от 24 июня 1996г., № 180 "Об утверждении форм примерных договоров, заключаемых между государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания, предоставляющими платные социальные услуги, и гражданами пожилого возраста и инвалидами, получающими данные услуги, или их законными представителями".

Социальный работник является связующим звеном между семьей ребенка, имеющего ограниченные возможности, и субъектами семейной политики (органы государственного управления, трудовые коллективы, общественные, общественно-политические, религиозные организации, профсоюзы, общественные движения). В функции социального работника входят организация юридической, медицинской, психолого-педагогической, материальной и другой помощи, а также стимулирование усилий семьи по приобретению экономической независимости в условиях рыночной экономики.

Психолог занимается диагностикой проблем психологического климата в семье, консультированием и коррекцией психологического состояния и поведения членов семьи, анализом обстановки вокруг семьи, по необходимости — работой с окружающими.

Органы народного образования проводят обучение ребенка (составление и коррекция индивидуальных программ, анализ качества, организация общения ребенка со сверстниками), занимаются устройством других детей в детские учреждения, специальные детские сады, а также вопросами профориентации, трудоустройства, оформлением в специализированные учреждения.

Органы здравоохранения берут на учет, составляют характеристики семьи с учетом всех ее членов; занимаются диспансерным наблюдением, рекомендациями по профориентации и трудоустройству, санаторно-курортному лечению, оформлению документов, по медицинской технике, оформлением в специализированные учреждения, реабилитацией.

Органы социальной защиты вносят изменения и дополнения по социальному обеспечению, предоставляют льготы и услуги, организуют материальную и другие виды помощи, санаторно-курортное лечение, корректировку действий, оформление в специализированные учреждения. Органы социальной защиты состоят из: центра трудоустройства (трудоустройство матери и отца); предприятия по организации работы на дому; центра профориентации (профориентация ребенка с ограниченными возможностями).

Юрист дает консультации по вопросам законодательства и права, правам семьи, льготам, нарушению прав, юридической защите, вопросам трудоустройства и организации семейных предприятий.

Благотворительные организации, включая общество Красного Креста – материальная, натуральная помощь, организация общения; торговые организации – снабжение продуктами питания, детскими товарами, мебелью, техникой, книгами и др.

Городская и районная исполнительная власть занимается организацией семейных предприятий, семейного бизнеса, реабилитационных центров.

Соседи – частично решают проблемы общественного мнения, общения, оказывают помощь.

Профсоюзы, турагентства организуют отдых и оказывают материальную помощь.

Аналогичные семьи часто создают ассоциации с подобными семьями для совместного решения проблем.

Предприятия работающих родителей оказывают материальную поддержку, по возможности улучшают жилье, организуют неполный рабочий день, неполную рабочую неделю для работающей матери, надомную работу, защиту от увольнения, предоставляют льготы по отпуску.

Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ определяет основные льготы и преимущества инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов.

В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам до 18 лет – категория "ребенок-инвалид".

Основные льготы и преимущества:

-бесплатное обеспечение лекарственными препаратами, отпускаемыми по рецептам врачей;

* бесплатное санаторно-курортное лечение (вторая путевка предоставляется сопровождающему лицу);
* дети-инвалиды, их родители, опекуны, попечители и социальные работники, осуществляющие уход за ними, пользуются правом бесплатного проезда на всех видах транспорта общего пользования, городского и пригородного сообщения. В этом случае для детей-инвалидов основанием для предоставления этого права является справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выдаваемая учреждением государственной службы медико-социальной экспертизы, форма которой утверждена Министерством социальной защиты от 18 сентября 1996 г. № 230, либо справка МСЭ и, кроме того, для детей-инвалидов в возрасте до 18 лет медицинское или медико-социальное заключение на ребенка, выданное государственным или муниципальным медицинским профилактическим учреждением здравоохранения. Родители детей-инвалидов пользуются этим правом на основании документов ребенка об установлении инвалидности. Родителям, опекунам, попечителям и соцработникам органы социальной защиты по месту их жительства должны выдавать справку о праве на данную льготу;
* 50 % скидка на стоимость проезда на междугородних линиях воздушного, железнодорожного, речного и автомобильного транспорта с 1 октября по 15 мая (без ограничения числа поездок). Лица, сопровождающие ребенка-инвалида, приобретают билеты с указанной скидкой на основании справки детей-инвалидов в каждой конкретной поездке в данный период;
* 50 % скидка на стоимость проезда 1 раз в год (туда и обратно) с 16 мая по 30 сентября, а также бесплатный проезд 1 раз в год к месту лечения и обратно. Основанием для предоставления данной льготы являются листы талонов, выдаваемые органами социальной защиты по месту жительства;
* согласно ст. 17 настоящего Закона инвалиды и семьи, имеющие детей-инвалидов, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, принимаются на учет и обеспечиваются жилыми помещениями. Семьям, имеющим детей-инвалидов, предоставляется скидка не ниже 30 % на квартирную плату (в домах государственного, муниципального и общественного жилищного фонда) и оплату коммунальных услуг (независимо от принадлежности жилого фонда), а в жилых домах, не имеющих центрального отопления, на стоимость топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению;
* согласно ст. 18 настоящего Закона образовательные учреждения совместно с органами социальной защиты населения и органами здравоохранения обеспечивают дошкольное, школьное, внешкольное воспитание и образование детей-инвалидов, получение среднего и высшего профессионального образования в соответствии с программой реабилитации инвалида.

Согласно разъяснению Министерства труда РФ и Фонда социального страхования РФ от 19 июля 1995 г. № 2/48 "О порядке предоставления и оплаты 4 дополнительных выходных дней в месяц одному из работающих родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами в возрасте до 18 лет", 4 дополнительных оплачиваемых выходных дня для ухода за детьми-инвалидами предоставляются в календарном месяце одному из работающих родителей (опекуну, попечителю) по его заявлению и оформляются приказом (распоряжением) администрации организации на основании справки органов социальной защиты населения об установлении инвалидности ребенку с указанием, что ребенок не содержится в специальном детском учреждении, принадлежащем любому ведомству на полном государственном обеспечении. Работающий родитель также предоставляет справку с места работы другого родителя о том, что на момент обращения дополнительные оплачиваемые выходные дни в этом календарном месяце им не использованы. В случаях, когда одним из работающих родителей указанные дополнительные выходные дни в календарном месяце использованы частично, другому работающему родителю в том же календарном месяце предоставляются оставшиеся дополнительные оплачиваемые выходные дни. Указанные справки предоставляются из органов социальной защиты ежегодно, с места работы другого родителя – при обращении с заявлением о предоставлении дополнительных оплачиваемых выходных дней. Суммирование дополнительных оплачиваемых выходных дней, предоставляемых для ухода за детьми-инвалидами, за два и более месяцев не допускается.

#

# 2.2 Задачи организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями

Нельзя изучать ребёнка с ограниченными возможностями в отрыве от семьи, и поэтому надо воспринимать все типы ролей и межличностных взаимоотношений в связи "ребёнок – мать – семья" (мать – отец, мать – ребёнок – инвалид, мать – здоровый ребёнок, отец – ребёнок-инвалид, отец – здоровый ребёнок, ребёнок – инвалид – здоровый ребёнок). Эта микросистема находится в постоянном взаимодействии с другими микросистемами (медработники, соседи и друзья, воспитатели, учителя и др.).

Микросистема функционирует в контексте экосистемы – это индивиды, службы и организации, активно взаимодействующие с семьёй, специальные реабилитационные или образовательные программы. Значительная социальная, психологическая и практическая помощь может быть оказана семьям детей-инвалидов группами поддержки. Такие группы могут защищать права семей, оказывая влияние на социальную политику, внося конструктивные инициативы во властные структуры. Ассоциации родителей детей с ограниченными возможностями не только имеют большое значение в поддержке семьи — они все чаще инициируют новые формы, виды и технологии реабилитационной работы, помощи детям.

В экосистему входят те институты, в которые семья может не включаться непосредственно, но которые могут опосредованно оказывать воздействие на семью: средства массовой информации; система здравоохранения; система социального обеспечения; система образования.

Макросистема охватывает социокультурные, социально-экономические и политические факторы. Это и влияние широкого социального окружения на формирование точки зрения, с позиции которой члены семьи смотрят на инвалидность своего ребёнка. Это и характер, и уровень ресурсов семьи. Это и состояние экономики, и политическая атмосфера региона или страны в целом, влияющие на содержание и качество программ, принимаемых в интересах инвалидов и их семей.

Таким образом, усилия должны быть направлены на социальную реабилитацию семьи, а, с другой стороны, нужно создать условия для поддержания инициативы самой семьи в реабилитации ребенка с ограниченными возможностями. Именно в семье формируется та социальная роль, которую он будет демонстрировать, а это может быть роль больного, роль здорового (ведущая к отрицанию факта своей инвалидности). И та, и другая роль негативны. С психологической точки зрения только в семье может быть выработана единственно правильная установка – адекватно рассматривать умственное или физическое отклонение в развитии ребенка.

Подводя итог сказанному, можно сделать вывод – инициатива реабилитации ребёнка в семье должна совпадать с инициативой реабилитации самой семьи. И здесь роль общественных объединений инвалидов, родителей детей-инвалидов неоценима.

Вторая точка приложения социальной работы по реабилитации ребёнка с ограниченными возможностями и семьи – состыковка нисходящих и восходящих программ реабилитации. Что это такое? Нисходящая программа планируется, организовывается и контролируется главным образом государством, и ориентирована на долгосрочное исполнение и весь массив и зачастую не учитывают конкретную семью. Восходящие инициативы реабилитации из-за материальных трудностей, отсутствия методологии не находят поддержку и в лучшем случае сводятся к организации ещё одного учреждения ведомственного характера, которое решает какую-то частную задачу.

Отсутствие общегосударственного подхода в реабилитации семьи не стимулирует заинтересованность власти на местах развивать технологию социальной работы с детьми-инвалидами и их родителями.

Из всего вышесказанного вытекают конкретные задачи реабилитологов, социальных работников и представителей общественных объединений. Это: превращение семьи в реабилитационное учреждение; реабилитация самой семьи; состыковка восходящих и нисходящих инициатив. Говоря проще, это забота о правах инвалидов; предоставление конкретной помощи инвалиду, его семье; принятие участия в разработке программ социального обеспечения; стимулирование усилий семьи по реабилитации ребенка-инвалида; интеграция инвалида и его семьи в жизнь местного сообщества.

"Обобщённый" психологический портрет родителей детей-инвалидов характеризуется выраженной озабоченностью, высоким уровнем тревожности, слабостью, хрупкостью эмоциональных структур, социальной робостью, подозрительностью. По своей инициативе родители редко вступают в контакт с незнакомыми людьми, настороженно относятся кс всем, кто пытается общаться с детьми. Жалость или удивление окружающих при виде их больного ребёнка способствует тому, что родителе начинают скрывать ребёнка от посторонних глаз: они стараются не бывать с ними в общественных местах, тем самым ещё больше способствуя социальной дезадаптации ребёнка. В таких семьях больной ребёнок становится причиной семейных конфликтов, приводят" нередко к дестабилизации семейных отношений, распаду семьи, а неполная семья – это тормоз в физическом и психическом развитии ребенка. Дефект ребенка некоторые родители воспринимают как собственную неполноценность, ущербность, подавляющуюся в виде переживания острого чувства вины, вины перед ребенком и окружающими их людьми.

По мере взросления ребёнка проблем не становится меньше, они приобретают социальную окраску. Опросы родителей показывают, что если заботы и проблемы родителей ребёнка дошкольного возраста связаны с его поведением, сном, ходьбой и обеспечением общего ухода за ним, то дальше во весь рост встают проблемы будущего ребёнка, его профессионального определения и его отношений с окружающими.

Ситуация в семье с появлением ребёнка с ограниченными возможностями усугубляется ещё и по причине трудностей материального порядка: возникает необходимость обеспечения платного ухода, медицинских консультаций, приобретения лекарств, дополнительного питания, реабилитационных средств. Обобщая сказанное выше, можно утверждать, что дефект, ограниченность ребёнка в развитии имеют два уровня компенсации, которые реализуются в соответствии с решением тех или иных задач семьи с ребёнком с ограниченными возможностями: высокий – с активным преодолением и низкий, заключающийся в приспособлении к нему (к дефекту). Воспитание ребёнка в соответствии с первой стратегией обеспечивает удовлетворение потребностей ребёнка в признании, в самостоятельности, не ограничивает его в общении и взаимодействии с другими детьми и взрослыми. Если выбрана вторая стратегия, то ребёнку прививается специфический статус, который становится организующим фактором всей жизни семьи. Роль больного, инвалида удовлетворяет потребность ребёнка в признании, любви, заботе, но существенно ограничивает его самостоятельность, развитие способностей к социальной адаптации. В связи с этим специалисты выделяют несколько особых типов семейного воспитания. Наиболее часто в семьях, где проживают дети с ограниченными возможностями, имеет место такой стиль воспитания, как гиперопёка, которая проявляется в чрезмерной заботе о больном ребёнке, в преданности ему, что приводит к формированию у ребёнка эгоцентрических установок, отрицательно сказывается на проявлении у него инициативы, чувства ответственности и долга. Контакт с окружающими нарушается, что сказывается на последующем приспособлении ребёнка к социуму. В 50 % случаев у родителей отмечается неуверенность в своих силах, воспитательных возможностях, и они идут на поводу желаний и потребностей своего ребёнка. С сожалением приходится констатировать тот факт, что "гиперопёка ведёт к возникновению выученной беспомощности". Реже, но наблюдается эмоциональное отвержение больного ребёнка. Родители, недопонимая сложившейся ситуации, пытаются компенсировать своё негативное или пассивное отношение к ребёнку подчёркнутой заботой о его здоровье и материальном благополучии. В этих семьях нет тесного эмоционального контакта родителей с детьми. Часто родители обвиняют врачей в возникновении и неизлечимости болезни у ребёнка.

Благоприятным типом семейного воспитания считается "принятие и любовь", где родители помогают ребёнку в таких делах, которые важны для него, поощряют, наказывают, одобряют независимость ребёнка. Если родители хотят понять ребёнка и помочь ему, то они должны научиться сознавать, что, с одной стороны, они являются окружающей средой, в которой ребёнок живет и растёт, а, с другой, они оказываются непосредственными участниками становления ребёнка в борьбе с болезнью. При этом родители, как и специалисты, работающие с детьми-инвалидами, должны опираться на те функции, которые у ребёнка остаются сохранными, то есть в какой-то степени совершенными и лучшим образом развитыми.

Очевидно, что во всех трех ситуациях должна проводиться кропотливая серьезная работа с родителями. Необходимо: направить их усилия по более оптимальному пути; обучить правильному пониманию своих тяжелых обязанностей; вооружить хотя бы минимумом психологических, педагогических, медицинских знаний и раскрыть возможности их использования; помочь родителям признать за ребёнком потенциальную исключительность. Если в семье нет ясности по этим вопросам, то серьёзным препятствием на пути развития ребёнка-инвалида становится сама семья.

Все услуги должны быть скоординированы таким образом, чтобы помочь детям и их семьям, поддержать индивидуальное и семейное развитие и защитить права всех членов семьи. Помощь максимально возможно должна оказываться в естественном окружении ребенка, то есть не в изолированном учреждении, а по месту жительства, в семье. Работа в данном направлении — забота не только специалистов органов здравоохранения, образования, системы социальной защиты населения. Сами родители, общественные организации и объединения должны воспитывать в обществе стремление морально поддерживать семьи, имеющие ребёнка с недостатками развития, делать все для лучшего понимания их проблем, способствовать устранению всех препятствий, мешающих успешному социальному развитию, обучению, социальной адаптации и интеграции ребенка-инвалида.

3. Организация социальной работы с детьми с ограниченными возможностями в г. Благовещенске

3.1 Характеристика и содержание социальной работы с детьми с ограниченными возможностями в г. Благовещенске

В области по состоянию на 01 апреля 2008 года численность инвалидов составила 82 514 человек, или 10% населения области [21].

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

На территории области проживает 3949 детей-инвалидов. Из них 716 - дошкольного возраста. По сведениям муниципальных органов управления образованием в 2008 году планировалось посещение дошкольных учреждений 377 человек из числа детей-инвалидов. Исходя из этого количества Законом Амурской области "Об областном бюджете на 2009 год" на субвенцию для финансового обеспечения расходов на обучение и воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья в дошкольных образовательных учреждениях предусмотрено **3893 тыс. рублей.**

По состоянию на 01.09.2008 дошкольные учреждения посещали 199 детей с ограниченными возможностями здоровья , в муниципальные районы и городские округа было направлено **1976 тыс. рублей для финансирования мероприятий их социальной реабилитации.**

**В** области осуществляется интегрированное обучение детей-инвалидов:

- 985 - в общеобразовательных учреждениях;

- 76 - в учреждениях начального профессионального образования;

- 71 (в возрасте до 18 лет) - в учреждениях среднего и высшего профессионального образования.

Для 426 детей организовано обучение на дому, оплата труда производится в соответствии с установленной ставкой в пределах фонда оплаты, труда общеобразовательного учреждения. Существующая сеть специального образования для детей с ограниченными возможностями здоровья включает в себя 11 государственных специальных (коррекционных) общеобразовательных учреждений (с общей численностью 1396 человек), подведомственных министерству образования и науки области:

- 1 школа-интернат для детей с нарушениями слуха (99 воспитанников);

- 1 школа-интернат для детей с нарушениями зрения (165 детей);

- 1 детский дом для детей с речевыми нарушениями (85 воспитанника);

- 8 школ-интернатов для детей с умственной отсталостью (1047 чел.), из них 2 - для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей [21].

Вопрос обучения детей с ограниченными возможностями здоровья находится на контроле министерства образования и науки области.

Законодательное собрание Амурской области приняло решение о разработке областной целевой программы "Социальная поддержка инвалидов на 2009 - 2012 годы". Будут предусмотрены подпрограммы по реабилитации детей – инвалидов, развитию образования для с ограниченными возможностями. На уровне правительства рассматривается возможность предоставления инвалидам "социальных кредитов" для покупки дорогостоящих технических средств реабилитации. Планируется, что впоследствии компенсировать их будет Амурское региональное отделение Фонда социального страхования.

Основной целью подпрограммы "Дети-инвалиды" является комплексное решение проблем детей с ограниченными возможностями, создание им условий для включения в общественную жизнь. В рамках подпрограммы намечалось решить задачи по совершенствованию социокультурной реабилитации детей-инвалидов, развитию сети реабилитационных специализированных учреждений для детей-инвалидов, совершенствованию их организационно-правового, информационного, кадрового и материально-технического обеспечения. В результате реализации этой целевой программы в области будет сформирована сеть реабилитационных центров, специализированных образовательных учреждений, спортивно-адаптивных школ для детей с ограниченными возможностями.

Содержание целевых программ Амурской области свидетельствует о стремлении дифференцировать социальную политику в регионе по социальной поддержке и защите различных категорий населения, в том числе и детей-инвалидов.

В Благовещенске проживает 47,37 тысячи пенсионеров, 25,594 тысячи федеральных и 14,712 тысячи региональных льготников, 10 тысяч человек получают субсидии и 16 тысяч - детские пособия. Более 5,6 тысячи малообеспеченных граждан состоят на учете в органах социальной защиты населения. Более 80 тысяч жителей Благовещенска и Благовещенского района получают социальную помощь [21].

Во многом это обусловлено высоким уровнем заболеваемости и травматизма среди населения, недостаточным качеством медицинской помощи и услуг, оказываемых лечебно-профилактическими учреждениями и учреждениями медико-социальной экспертизы, а также другими причинами.

Такое серьезное положение заставляет разрабатывать и принимать меры, способствующие профилактике инвалидности, меры реабилитационного характера с тем, чтобы обеспечить жизнедеятельность тех людей, которые уже стали инвалидами, постараться вернуть какую-то часть из них к нормальной жизни в обществе.

Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" определяет государственную политику в этой сфере, цель которой - обеспечение инвалидов равными с другими возможностями в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод.

С 1 января 2008 г. в Приамурье работает единая государственная система социального обслуживания во главе с профильным министерством.

Министерство социальной защиты населения Амурской области является исполнительным органом государственной власти Амурской области, реализующим государственную политику и осуществляющим отраслевое управление в сфере социальной защиты населения Амурской области, а также координирующим деятельность иных исполнительных органов государственной власти области по предоставлению мер социальной поддержки, социальных услуг отдельным категориям населения, социальной помощи гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации, в соответствии с законодательством Российской Федерации и Амурской области.

Министерство руководствуется в своей деятельности Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, Уставом Амурской области, законами Амурской области, постановлениями и распоряжениями губернатора Амурской области и Правительства Амурской области.

Предоставление государственных услуг по социальной реабилитации несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в учреждениях осуществляется в соответствии с федеральными нормативными правовыми актами и Законодательством Амурской области (Приложение А).

Оказание социальных услуг учреждениями осуществляется в условиях непрерывного реабилитационного процесса в установленном порядке с обеспечением доступности и своевременности квалифицированной социальной, правовой, психолого-медико-педагогической помощи на основе индивидуальных и групповых программ социальной реабилитации, включающих профессионально-трудовой, учебно-познавательный, социокультурный, физкультурно-оздоровительный и иные компоненты.

Оказание социальных услуг осуществляется в соответствии с принципами:

а) адресность (предоставление услуг конкретным лицам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, и семьям в социально опасном положении для поддержания достойных условий существования с учетом индивидуальных потребностей и имеющихся возможностей по их удовлетворению);

б) доступность (все граждане, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации и семьи в социально опасном положении имеют равные гарантированные государством права и возможности на получение необходимых услуг);

в) добровольность (предоставление социальных услуг гражданам может осуществляться только при условии добровольного согласия на получение услуг, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации);

г) гуманность (при предоставлении гражданам социальных услуг должны проявляться уважение к их человеческому достоинству, чуткость, забота, справедливость, предусмотрительность, вежливость, в максимальной степени должны учитываться их физическое и психическое состояние);

д) приоритетность предоставления социальных услуг несовершеннолетним, как наиболее социально незащищенной и уязвимой категории населения;

е) конфиденциальность (не должны разглашаться ставшие известными сведения личного характера, составляющие профессиональную тайну, а при необходимости оказываться услуги анонимно);

ж) профилактическая направленность (социальные услуги должны оказываться как для преодоления гражданами трудной жизненной ситуации, и семьями в социально опасном положении, так и для предупреждения и профилактики различных негативных явлений (болезней, психологических стрессов, конфликтов, безнадзорности и социального сиротства детей и других) могущих усугубить ситуацию).

Государственная функция по социальной работе с детьми – инвалидами исполняется специалистами Учреждений СЗН самостоятельно или во взаимодействии с органами и учреждениями системы профилактики безнадзорности и правонарушений:

территориальными органами министерства социальной защиты населения Амурской области;

органом опеки и попечительства;

территориальной комиссией Амурской области по делам несовершеннолетних и защите их прав;

органами управления образованием Амурской области;

органами управления здравоохранением и учреждениями здравоохранения Амурской области;

органами внутренних дел Амурской области.

К специализированным учреждениям для несовершеннолетних, нуждающимся в социальной реабилитации, в соответствии с Федеральным законом от 24.06.1999 г. № 120-ФЗ "Об основах системы профилактики" относятся следующие учреждения:

социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних -специализированное государственное учреждение, создаваемое в системе социальных служб органов социальной защиты населения, осуществляющее профилактику безнадзорности и беспризорности, обеспечивающее временное проживание, социальную помощь и реабилитацию несовершеннолетних в возрасте от 3 до 18 лет, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;

социальный приют для детей - специализированное государственное учреждение, создаваемое в системе социальных служб органов социальной защиты населения, предназначенное для временного проживания и социальной реабилитации безнадзорных детей и детей, оставшихся без попечения родителей, нуждающихся в экстренной социальной помощи государства, а также способствующее устранению кризисной ситуации в родной семье и возвращение в нее ребенка, в случае невозможности – определение ребенка в замещающую семью.

Пятнадцать лет социальную защиту в г. Благовещенске осуществляло управление социальной защиты населения города Благовещенска. За время существования этой структуры для горожан было сделано немало.

За 15 лет кризисные центры и центры помощи населению помогли огромному количеству людей. В среднем за год специалисты решали проблемы более шестидесяти тысяч горожан. Более двадцати структур и четырнадцать консультационных пунктов - все они были созданы по инициативе городского управления социальной защиты. В основу легла европейская система социальной работы.

Одно из социальных учреждений - центр помощи семье и детям. За год к его услугам прибегают порядка десяти тысяч жителей Благовещенска. Здесь человеку помогут в решении любой жизненной проблемы, причем совершенно безвозмездно. На базе центра, в различных районах города, работают и небольшие консультационные пункты, что позволяет решать проблемы на месте — без очередей и томительного ожидания. Социальный приют — еще одно детище управления соцзащиты населения. Он был создан для детей из неблагополучных семей и работает по сей день, одаривая заботой и вниманием тех, кто в них больше всего нуждается. Уже год как все эти структуры перешли в ведение областных властей, но система была создана управлением социальной защиты населения Благовещенска и продолжает работать в городе и для горожан.

Кроме предоставления социальных гарантий, успешно действуют кризисный центр для женщин, муниципальный социальный приют для детей и подростков, центр социального обслуживания пожилых людей и инвалидов, Дом ветеранов.

Некоторые учреждения, как, например, центр помощи семье и детям, является базовыми для министерства здравоохранения и социального развития. Создана сеть социально-консультативных пунктов по работе с семьей. Многим регулярно оказывалась адресная помощь, а специалисты, работающие на своих местах много лет, уже досконально овладели всеми тонкостями работы и стали родными для многих семей, попавших в сложную жизненную ситуацию.

При этом следует отметить, что вся эта работа максимально приближена к месту проживания социально незащищенных категорий граждан.

На базе городского управления социальной защиты населения было создано Управление министерства социальной защиты населения Амурской области по г. Благовещенск и Благовещенскому району.

Особую нишу в оказании помощи семьям, имеющим детей-инвалидов, занимают общественные некоммерческие организации.

В частности Амурская областная общественная организация социальной поддержки детей-инвалидов и их родителей "Источник". Согласно ее уставу, целями и задачами организации являются:

1. Социальная защита детей-инвалидов, их родителей и других законных представителей, на основе действующего законодательства Российской Федерации и международного права.

2. Создание единой системы медико-социальной реабилитации детей-инвалидов в Амурской области.

3. Содействие в создании материально-технической базы реабилитации детей-инвалидов.

4. Правовая защита семей, имеющих детей-инвалидов.

5. Установление и укрепление связей с различными отечественными и международными организациями, занимающихся вопросами защиты детей-инвалидов и их семей.

Для выполнения уставных целей и задач, организация осуществляет свою деятельность по направлениям:

а) содействие в создании медико-социальной реабилитационного центра для детей инвалидов, с максимальным привлечением новейших достижений медицины и лучших специалистов;

б) организация обучения родителей и других законных представителей, методам медико-социальной реабилитации детей-инвалидов;

в) организация обучения детей с ограниченными возможностями работе на компьютере и оргтехнике, в том числе открытие спец.класса;

г) организация отдыха детей-инвалидов вместе с родителями в местах общего пользования, а также в специализированных пансионатах, санаториях и других оздоровительных учреждениях;

д) организация культурно-оздоровительных мероприятий для детей-инвалидов и их родителей;

е) оказание материальной помощи;

ж) оказание помощи семьям, имеющим детей-инвалидов в улучшении жилищно-бытовых условий;

з) содействие родителям детей-инвалидов в трудоустройстве.

Для достижения своих целей и уставных задач, "Источником" были заключены договора о социальном сотрудничестве с рядом коммерческих организации, для привлечения финансовых средств и осуществления своей деятельности. В целях реализации своих задач ими был предложен проект целевой программы "Медико-социальной реабилитации детей инвалидов в Амурской области на 2005-2010 годы".

Еще ряд организаций может оказывать помощь семьям, имеющих детей-инвалидов.

Это общественная организация "Амурский областной Союз женщин". Она оказывает помощь всем женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, в перечень услуг, оказываемых организацией входит: оказание психотерапевтической помощи; консультирование по семейному и трудовому законодательству; правовая защита социальных, трудовых, гражданских интересов женщин; оказание помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации и т. д.

Благотворительная организация "Каритас" предоставляет услуги всем, кто оказался в трудной жизненной ситуации (малообеспеченные, матери-одиночки, инвалиды, пожилые люди и т.д.). Помощь оказывается продуктами питания, одеждой и обувью, школьно-канцелярскими принадлежностями, моральная поддержка.

Амурское отделение Российского детского фонда оказывает помощь малообеспеченным семьям с детьми, сиротам, детям-инвалидам, детям Севера, детям, находящихся в экстремальных условиях. Помощь оказывается продуктами питания, одеждой, вещами первой необходимости для детей, школьно-канцелярскими товарами.

Благотворительны общественный фонд Амурского отделения российского фонда милосердия и здоровья оказывает помощь всем категориям остронуждающихся. Помощь оказывается продуктами питания, одеждой, вещами первой необходимости, школьно-канцелярскими товарами, поддержка социальных учреждений: приютов, школ; консультации по социальным вопросам и т. п.

Амурская региональная организация общероссийской Благотворительной общественной организации инвалидов "Всероссийское общество гемофилии" оказывает помощь больным, с наследственными заболеваниями крови. Оказывает услуги следующего характера: информирование больных по их заболеванию и вопросам, связанном с ним, обеспечение больных лекарственными средствами для лечения гемофилии, помощь в трудоустройстве больных, психологическая и моральная помощь больным наследственными заболеваниями крови.

Амурская областная общественная организация граждан инвалидов "Преодоление" оказывает услуги инвалидам с нарушением функций опорно-двигательного аппарата. Оказывает помощь в обучении, трудоустройстве, помощь в решении проблем адаптации граждан инвалидов в послеоперационный период, помощь в приобретении колясок, предоставление базы отдыха, проведение культурных мероприятий, оказание морально-психологической помощи.

Амурская областная общественная организация Всероссийского общества инвалидов (ВОИ) оказывает услуги инвалидам, опекунам, родителям детей-инвалидов. В перечень видов оказываемых услуг входят юридические консультации, консультации по вопросам предоставления льгот, лечения, обучения, помощь в трудоустройстве, решении бытовых проблем, материальная помощь.

Амурская региональная общественная организация Всероссийского общества слепых (ВОС) оказывает помощь инвалидам по зрению. В перечень видов оказываемых услуг входят: консультации по вопросам предоставления льгот, лечения, обучения, помощь в трудоустройстве, решении бытовых проблем, материальная помощь, возможность пользования библиотечным фондом для слепых, направление в реабилитационные центры ВОИ.

В 2000 году по настоянию родительской организации "ОРИДОНС" на базе благовещенского детского сада № 56 был создан реабилитационный центр "Соната". На медицинский персонал центра возложена задача - помочь детям с ограниченными возможностями речи и слуха стать своими в большом мире здоровых людей.

Самое главное – принципиально новый подход к детям с нарушениями слуха и речи. Большой коллектив врачей и педагогов работает с детьми постоянно. Еще в 1995 году амурские медики были направлены в учебные заведения Европы, чтобы освоить новый метод лечебной работы со слабослышащими детьми.

Цель одна – дать возможность детям почувствовать себя своими среди сверстников. Язык жестов, обычный для глухих людей, в "Сонате" не преподают. Дети учатся общаться на нормальном языке.

Основной принцип, которым руководствуются медики центра, – воспитание, обучение, лечение таких детей должно проходить совместно со здоровыми сверстниками. В детском саду в каждую группу из 15 человек входит по 4-5 слабослышащих детей.

В этом году девять воспитанников реабилитационного центра "Соната" пошли в первый класс. Двое из них продолжают обучение в специализированной школе, еще двое занимаются в классах коррекции, пятеро стали первоклассниками массовой школы.

В центре "Соната" наблюдают не только малышей. Реабилитацию там проходят и дети постарше, те, кому пора школу заканчивать. С 1999 года молодые люди с ограниченными возможностями слуха и речи имеют возможность получить профессию мастер художественно-оформительских работ. Перед ними открыты двери педагогического колледжа № 2. На отделении социальной реабилитации обучаются 27 человек, пять из которых в прошлом году получили дипломы специалистов.

Первый набор слабослышащих детей в реабилитационный центр "Соната" состоялся в 2000 году. Тогда таких детей в группе было всего пятеро. В следующем году центр смог принять уже 11 ребятишек. Сейчас на места в "Сонате" уже конкурс. Первый этаж детского сада № 56 всех детей, нуждающихся в помощи, принять не может. Между тем в Амурской области 544 слабослышащих ребенка. Из них немногие имеют возможность обучаться в общеобразовательных школах. В Благовещенске таких детей 18. Реабилитационный центр "Соната", созданный по инициативе родителей слабослышащих детей, только первая капля в море.

ОГУК "Передвижной творческий реабилитационный лицей для детей-инвалидов"- еще один субъект социальной работы с детьми-инвалидами в городе Благовещенске.

В лицее вот уже восемь лет для детей-инвалидов, желающих созидать, работает передвижной творческий лицей. Лицей на колесах для реабилитации детей-инвалидов работает в Благовещенске почти восемь лет. Творческий лицей создавался в рамках президентской программы "Дети России. В России их на тот момент было всего два. Уникальность областного социального учреждения в том, что другие лицеи созданы как интернаты (там дети и живут, и обучаются), а этот - передвижной, хотя и закреплен по определенному адресу. Путешествуя из района в район, педагоги лицея помогают ребятам с ограниченными возможностями развивать свои таланты. Передвижной творческий лицей работает по нескольким направлениям: проводит уроки декоративно-прикладного искусства - тестопластика, оригами, папье-маше, бисероплетение и другое, организует театрализованные представления, акции, конкурсы, тематические беседы, а также работает со СМИ - снимает документальные фильмы о детях-инвалидах и об их семьях. Чтобы жители области знали о талантливых ребятах, а те в свою очередь не были оторваны от мира.

Все детские дома и интернаты области - объект деятельности педагогов лицея. С прошлого года работает программа индивидуальных занятий на дому. Педагоги приходят в благовещенские семьи, где есть дети с ограниченными возможностями, которые не могут посещать детский сад и школу. Такие мастер-классы педагоги лицея проводят обычно два-три раза в неделю. Как правило, занятия длятся в течение месяца. Но по окончании одного курса дети могут приступить к другому, если есть желание. Единственная проблема отдаленность некоторых районов. Несмотря на это, творческая группа лицея побывала в Тындинском районе. В поселке Маревый сняли фильм "Земля Санникова" о Семене Санникове. У парня болезнь глаз, но он сам научился играть на гитаре, пишет стихи и музыку.

Штат творческого лицея небольшой – только семь человек, а с детьми работают всего три педагога. Причем все методики обучения специалисты разрабатывают сами, иногда привлекают студентов.

Совместно со студентами организуются интегрированные смены, где вместе отдыхают дети из семей и воспитанники детских домов. Например, в "Бардагоне" и оздоровительном лагере им. Гагарина снимали мультфильмы. В нем героями выступали игрушки из пластилина, которые слепили сами дети.

Выйти на международный уровень - одна из целей уникального учреждения. Сейчас нарабатывается база, лицей только становится на ноги, ведь учиться не у кого, таких лицеев на Дальнем Востоке больше нет.

**Помощью детям с ограниченными возможностями занимается благотворительного фонд "София".**

За период с января по декабрь 2008 г. потрачено средств на уставную деятельность фонда в сумме 7 288 301,50 (семь миллионов двести восемьдесят восемь тысяч триста рублей) 50 копеек.

За 2008 год было израсходовано денежных средств на сумму 7284525,65 (семь миллионов двести восемьдесят четыре тысячи пятьсот двадцать пять рублей) 65 копеек.

Деятельность фонда в первом полугодии 2008 г. осуществлялась в рамках программы "Здоровые дети – будущее России", целью которой было оказание финансовой помощи семьям с больными детьми. За счет средств фонда было оплачено билетов на перелет к местам лечения детей на сумму более 700 тысяч рублей, а также оплата платных операций, лекарств на сумму более 450 тысяч рублей.

В 2008 г. действовала акция "Окно в мир", в ходе которой были вручены компьютеры детям-инвалидам, пенсионерам.

С 1 сентября 2009 года в Приамурье начнет действовать новая дистанционная программа обучения детей-инвалидов, которые занимаются на дому. Школьники смогут получать знания в гораздо большем объеме, чем дают им приходящие учителя. В новом учебном году по дистанционной программе начнут заниматься 70 амурских ребятишек с ограниченными возможностями.

Все дети будут полностью обеспечены компьютерной техникой, так же, как и обязательным выходом в интернет. Между тем, сами компьютеры очень компактны и в случае необходимости ребенок сможет их взять с собой при поездке, например, в другой город.

В области уже созданы два ресурсных центра дистанционного обучения, они будут работать в Благовещенске и Свободном. В перспективе здесь даже планируют наладить видео связь педагогов и учеников.

Реализация программы будет проходить в рамках комплексного проекта модернизации образования Амурской области. Регион уже два года побеждает в общероссийском конкурсе таких проектов. Благодаря этому в 2008 году Приамурье получило федеральные средства в размере 130 млн. рублей, а в этом - 120 млн.

На эти деньги собираются не только организовать дистанционное обучение для детей-инвалидов, но и воплотить в жизнь ряд других проектов. Например, приобрести технологическое оборудование для школьных столовых - на эти цели выделят порядка 20-25 млн. рублей.

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

Реализацию гарантированных государством прав и удовлетворение основных потребностей, а также дальнейшее включение в общество детей с ограниченными возможностями осуществляют семья, школа, лечебные и реабилитационные учреждения, общество в целом.

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

Основными социальными проблемами детей с ограниченными возможностями являются барьеры в осуществлении прав на охрану здоровья и социальную адаптацию, образование, трудоустройство. Переход на платные медицинские услуги, платное образование, неприспособленность архитектурно-строительной среды к особым нуждам детей-инвалидов в зданиях общественной инфраструктуры (больницах, школах, средних и высших образовательных учреждениях), финансирование государством социальной сферы по остаточному принципу усложняют процессы социализации и включение их в общество.

Особо значимой социальной проблемой детей с ограниченными возможностями является отсутствие специальных законов и нормативных актов, устанавливающих ответственность органов государственной власти и управления, должностных лиц учреждений и организаций за реализацию прав детей-инвалидов на охрану здоровья и социальную реабилитацию и независимое существование. Решение социальных проблем детей с ограниченными возможностями, связанных с включением их в общество может быть только комплексным, с участием органов управления социальной защиты населения, экономики, здравоохранения, культуры, образования, транспорта, строительства и архитектуры, а также в разработке единой, целостной системы социальной реабилитации. При комплексном взаимодействии различных государственных и общественных структур можно достичь такого уровня адаптации детей с ограниченными возможностями, что они смогут в будущем трудиться и вносить свой посильный вклад в развитие экономики страны.

Таким образом, социальная работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья - инвалидами в г. Благовещенске проводится рядом как государственных, так и благотворительных организаций.

К государственным организациям относятся Управление министерства социальной защиты населения, городские и областные, пенсионные фонды, отделы здравоохранения, отделы образования, администрации городов и области и т.п.

Помощь семьям, имеющим детей-инвалидов в г. Благовещенске, оказывается и целым рядом общественных некоммерческих организаций. Несмотря на то, что список этих организаций достаточно большой, только их небольшая часть имеет узкую специализацию и объектом является организация социальной работы и помощи детям-инвалидам и их семьям. Как правило, эти организации занимаются всеми слабозащищенными группами населения.

3.2 Анализ организации социальной работы с детьми-инвалидами Управлением социальной защиты населения по г. Благовещенску и Благовещенскому району

Управление министерства социальной защиты населения Амурской области по г. Благовещенск и Благовещенскому району осуществляет на территории г. Благовещенска и Благовещенского района единую государственную социальную политику в области социальной защиты и социальной поддержки нуждающихся в ней детей-инвалидов. В г. Благовещенске проживает 546 семей, воспитывающих 879 детей-инвалидов [21].

Основными задачами Управления министерства социальной защиты населения Амурской области по г. Благовещенск и Благовещенскому району социальной защиты детей-инвалидов являются следующие:

1. Реализация и совершенствование на территории области государственной политики в сфере социальной защиты путем обеспечения населения государственными гарантиями и мерами социальной поддержки в соответствии с законодательством Российской Федерации и Амурской области.

2. Участие в разработке основных направлений и приоритетов государственной политики на территории области в сфере социальной защиты населения на основе анализа действующего законодательства и прогнозирования социальных процессов.

3. Участие в разработке программ социального развития в сфере социальной защиты населения на долгосрочную, среднесрочную и краткосрочную перспективу. Разработка региональных программ по социальной поддержке социально незащищенных категорий граждан, по оказанию государственной социальной помощи малоимущим гражданам.

4. Организация предоставления социальной поддержки и социального обслуживания для социально незащищенных категорий граждан в соответствии с федеральным и областным законодательством.

5. Организация и координация разработки и внедрения единых информационных технологий, автоматизированной системы обработки информации о предоставлении мер социальной поддержки и об оказании государственной социальной помощи.

6. Обеспечение эффективности выполнения федеральных и областных законов, программ по социальной поддержке социально незащищенных категорий граждан. Участие в работе по совершенствованию законодательства в установленной сфере деятельности.

УМСЗН тесно сотрудничает с социальными службами, ранее входившими в структуру УСЗН при администрации г. Благовещенска. Так, ГУ Амурской области "Благовещенский центр социальной помощи семье и детям "Благо" совместно с Управлением оказывает комплексную социально-бытовую, медицинскую, правовую, психолого-педагогическую помощь семье и детям.

Проводятся консультации различных специалистов, выездные лектории для учащихся школ, училищ по профилактике алкоголизма и наркомании. На базе Центра ведется работа телефона "Горячей линии" по медико-социальным, правовым вопросам, по вопросам льготного обеспечения, работа "Социальной линии" – горячие обеды для семей и детей, попавших в трудную жизненную ситуацию.

По предложению УМСЗН Центр принимал участие в областном заочном смотре – конкурса государственных учреждений Амурской области – центров социальной помощи семье и детям на лучшую работу с семьей по месту жительства. Проводился конкурс по инициативе министерства социальной защиты населения Амурской области.

В мае 2008 года специалисты центра принимали участие в организации и проведении совместно с УМСЗН городского конкурса "Лучшие семьи города Благовещенска 2008 года", принимали участие в подготовке и проведении "Фестиваля семьи", посвященного дню города.

В 2008 г. оздоровлены 88 детей (Благовещенского района 21 ребенок) из малообеспеченных семей на сумму 1114189,92 рубля (из средств федерального бюджета). Оздоровление детей из малообеспеченных семей уменьшилось 13,8% по сравнению с 2007г, в связи с уменьшением финансирования и увеличения стоимости путевок.

Для проведения мероприятий, спонсорами была оказана благотворительная помощь: канцелярскими товарами, игрушками, комплектами постельного белья, оплата счетов на горячие питание, кондитерскими изделиями, вещами акции "Здравствуй школа", оплаты счетов новогодних подарков. Всего оказано 272983-02 руб.

В течение 2008 года узкими специалистами ГУ Амурской области "Благовещенский центра социальной помощи семье и детям "Благо"было принято 2184 гражданина, что по сравнению с 2007 годом (2124гражданина) увеличилось на 2,8%.

Таблица 1 – Основные показатели приема граждан специалистами ГУ Амурской области "Благовещенский центр социальной помощи семье и детям "Благо"

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Узкие специалисты | 2007 год | 2008 год |
| Нарколог | 90 граждан | 79 граждан |
| Психотерапевт | 125 граждан | 86 граждан |
| Психиатр | 127 граждан | 113 граждан |
| Педагог–дефектолог, логопед | 897 граждан | 1016 граждан |
| Юрист | 193 граждан | 148 граждан |
| психолог | 692 граждан | 743 граждан |

За 2008 год отделением приема граждан на учет для получения адресной помощи поставлено 93 семьи по сравнению с 2007 годом количество обратившихся семей увеличилось на 16.2%. Причина увеличения обращений связана с присоединением Благовещенского района. Тематика обращений осталась прежней ухудшение материального положения в связи с изменением ситуации в семье.

Рисунок 1 – Показатели количества семей, поставленных на учет в Центре

Всего в течение 2008 года обратилось в отделение приема граждан 930 семей, им оказано 2856 услуг, в 2007 году обратилось 906 семей им оказано 2130 услуг.

Рисунок 2 – Количество обслуженных семей и оказанных им услуг

Тенденция увеличения обращений семей и увеличение оказанных услуг связанно с тем, что уровень жизни населения остается низким, а повышение цен на товары и услуги продолжают расти. Серьезной проблемой остается для г. Благовещенска и Благовещенского района безработица. Продолжает развиваться и социальное иждивенчество – нежелание мужчин и женщин содержать семью, злоупотребление алкоголем, что не позволяет устроиться на работу в организацию с социальным пакетом и нормальным заработком

На 31.12.2008 года в отделении реабилитации несовершеннолетних с ограниченными умственными и физическими возможностями на учете состоит 452 семьи, из них 7 семей проживающие в Благовещенском районе, по сравнению с 2007 годом число семей уменьшилось на 25%, что связано с улучшением социально–экономического положения, состояния здоровья несовершеннолетних, выезд за территории Благовещенского района.

В структуре детской инвалидности преобладают врожденные аномалии развития, заболевания внутренних органов, психические расстройства. В целом структура детской инвалидности по сравнению с 2007 г. не изменилась

Рисунок 3 – Характеристика семей, состоящих на учете в Центре

С начала года специалистами отделения посещено 282 семей с детьми инвалидами (Благовещенский район 55 семей), из них 277 семей обследованы повторно, обновлены сведения о семье, проведены консультации по интересующим вопросам.

Для постановки на учет в отделение реабилитации несовершеннолетних с ограниченными умственными и физическими возможностями обратилось 4 семьи, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, что в два раза меньше по сравнению с 2007 г.

В течение года осуществлялась реабилитация детей с ослабленным здоровьем в тренажерном зале Центра, с использованием лечебной физкультуры, всего 399 детей. Курс реабилитации с использованием РТУ "Гравистат" прошли 10 детей–инвалидов больных детским церебральным параличом. По сравнению с 2007г. уменьшилось на 2,6% .

Рисунок 4 – Показатели реабилитации детей в тренажерном зале

Обследовано 196 семей с новорожденными детьми, из них 45 семей поставлены на патронатный учет, что на 32% больше по сравнению с прошедшим годом. Степень риска социального неблагополучия данной категории семей возросла. Проведено обследование социальных условий 163 беременных женщин "группы риска", из них 21 женщина поставлена на патронат, число несовершеннолетних беременных за период 2008 г. по отношению к 2007 г. осталось на прежнем уровне.

В данном направлении продолжается сотрудничество с учреждениями здравоохранения города: ЖК№ 1, ЖК№ 2, перинатальный центр, детские поликлиники. Совместная работа направлена на раннее выявление семей с малым достатком, на выявления насилия над детьми, на оказание своевременной помощи семьям с детьми. Отмечается нарастающая тенденция не оформления брачных отношений. Отсутствие в семьях регистрации места жительства и паспортов родителей приводит к тому, что родители не имеют возможности оформить необходимые документы на детей и полагающиеся им пособия.

Продолжается работа по социальному патронату семей, оказывается помощь с учетом социальных, психолого–педагогических, медицинских, бытовых, юридических затруднений каждого члена семьи.

В течение 2008 года в отделение обратилось 271 граждан по следующим направлениям: получение медико–социальной помощи, за консультацией по оформлению детских пособий, ЕДВ, разрешение жилищных вопросов, по оформлению материнского капитала, постановки на учет с ребенком–инвалидом для организации досуга, в том числе, за помощью в содействии прерывания беременности. В течение года к специалистам отделения обращались семьи имеющие детей–инвалидов, по поводу оказания материальной помощи для проведения оперативного лечения, проезда к месту лечения. По сравнению с 2007г. увеличился рост обращений на 25,4%.

В отделении реабилитации несовершеннолетних с ограниченными умственными и физическими возможностями ведет прием и консультирование врач–нарколог. С начала 2008 года наркологом проведено 5 лекций на тему "Профилактика алкогольной и наркотической зависимости", "Профилактика употребления психоактивных веществ", "Вредные привычки и их последствия". На лекциях присутствовало 170 учащихся учебных заведений. Число лекций в сравнении с 2007 годом уменьшилось на 16%.

Педагогом–дефектологом, логопедом регулярно проводились лекции для родителей детей посещающих ДОУ, СОШ. В течение 2008 года логопедом проведено 10 лекций–консультаций для родителей детей имеющих речевую патологию. Консультации проводились в СОШ№ 26, выездные мероприятия п. Аэропорт, р–он 5-я стройка, п. Белогорье, р–он КПП, р–он Спичфабрики, с. Садовое по темам: "Речевые нарушения в дошкольном возрасте", "Влияние речевых нарушений на успеваемость школьников", "Летняя работа с детьми–логопатами", "Знание правильной речи в младшем школьном возрасте". С детьми, у которых обнаружено нарушение речи, логопед проводит регулярные занятия. В ходе проведения лекций и семинаров логопедом было обслужено 202 граждан. По сравнению с 2007 годом число лекций увеличилось на 42%.

В течение 2008 года врачами и педагогом–дефектологом, логопедом принято 1294 гражданина, что по сравнению с 2007 годом увеличилось на 4,4%.

Семья – наиболее значительный фактор социализации человека в обществе. Традиционным стало проведение семейных, праздничных мероприятий. Так в течении 2008 г.проведено 21 мероприятие для семей состоящих на учете в отделении. В рамках проведения мероприятий обслужено 1504 человека из них 996 несовершеннолетних. В 2007 году также проведено 21 мероприятие, в ходе которых обслужено 1332 человека из них 754 несовершеннолетних.

Таблица 2 – Основные показатели работы специалистов Центра

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 2007 год | 2008 год |
| Нарколог | 90 граждан | 79 граждан |
| Психотерапевт | 125 граждан | 86 граждан  |
| Психиатр | 127 граждан | 113 граждан |
| Педагог–дефектолог, логопед  | 897 граждан | 1016 граждан |

Рисунок 5 - – Основные показатели работы специалистов Центра

Ежегодно специалистами отделения организуется и проводится выезд Деда Мороза и Снегурочки в 2008 году впервые состоялся выезд в Благовещенский район с вручением новогодних и памятных подарков детям–инвалидам, и детям из малоимущих семей, по г. Благовещенску были поздравлены дети–инвалиды, имеющие стойкие, необратимые поражения опорно-двигательного аппарата. Всего поздравлено 99 семей, в них 185 несовершеннолетних, из них 61 ребенок–инвалид. Из них 55 семей Благовещенского района, в которых 114 несовершеннолетних, из них 11 детей–инвалидов. Учитывая положительный опыт предыдущих лет, уже идет подготовка к проведению Рождественской елки для детей–инвалидов. Предполагается вручение 562 новогодних подарков.

Для проведения мероприятий предпринимателями г. Благовещенска была оказана спонсорская помощь в размере 61936,1 рублей.

Все запланированные мероприятия на 2008 г. были организованны и проведены своевременно.

Всего в течение 2008 года обслужено 4863 граждан, им оказано 8202 услуги, в 2007 году обслужено3960 граждан им оказано 6444 услуги.

Рисунок 6 - Показатели работы Центра по оказанию услуг гражданам

Из опыта работы с семьями, имеющими детей–инвалидов, неполными многодетными семьями, родителями инвалидами, имеющих на иждивении несовершеннолетних детей, выявлено, что данные категории семей нуждаются в оказании социально–бытовых и медико–социальных услуг на дому (покупка и доставка на дом продуктов питания и промышленных товаров первой необходимости, содействие в оплате жилья и коммунальных услуг, сопровождение детей в лечебно–профилактические учреждения, помощь в уходе за детьми и т.д

В отдаленных районах г. Благовещенска работает 12 социально-консультативных пунктов (п. Аэропорт, п. Плодопитомник, Микрорайон № 2, Микрорайон №3, Мебельная фабрика, СОШ № 2, Спичфабрика СОШ № 18, п. Астрахановка, п. Белогорье, КПП, Моховая падь, с. Садовое).

Работает 10 специалистов по социальной работе, из них 1 специалист по социальной работе с. Садовое проводит досуговую работу с детьми.

В 2008 году на территории Благовещенского района социально-консультативные пункты не открывались, в связи с отсутствием финансирования.

НА 31.12.2008 года по сравнению с 2007 годом число, состоящих на учете семей с детьми, воспользовавшихся социальными услугами, уменьшилось на 11%, в связи с улучшением социально-экономического положения семьи.

По сравнению с 2007 годом в 2008 году уменьшилось на 8 % и количество состоящих на учете граждан пожилого возраста, инвалидов, одиноких граждан.

Специалистами консультативного отделения были оказаны услуги различного характера (социально-педагогические, социально-экономические, социально бытовые). Адресная социальная поддержка предоставлялась малоимущим гражданам и гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации, в соответствии с Законом Амурской области "Об адресной социальной помощи"

Семьям с детьми и гражданам пожилого возраста, состоящим на учете в 2008г. была оказана натуральная помощь продуктами питания на 91% меньше показателей 2007 года.

Натуральная помощь продуктами питания и вещами в 2008 году была оказана в результате закупленного товара и продуктов в 2007 году из средств областного бюджета. В результате реорганизации структуры социальной защиты населения с марта 2008 года вся адресная помощь оказывается Центром социальных выплат и услуг министерства социальной защиты населения по г. Благовещенск и Благовещенскому району. Семьям с детьми и гражданам пожилого возраста оказывается только материальная помощь в денежных единицах.

Рисунок 7 – Показатели количества граждан, состоящих в Центре на учете

Натуральная помощь вещами в 2008 году была оказана на 82% меньше показателей 2007 года.

Рисунок 8 – основные показатели затрат на оказание материальной помощи

По сравнению с 2007 годом в связи с изменениями в оказании адресной помощи уменьшилось количество оказываемых услуг.

В 2007 году оказано 36100 услуг, а в 2008 году 9598 услуг различного характера, разница велика, что составляет 26.5%

Рисунок 9 – Основные показатели количества оказываемых услуг

Социально-экономические услуги в 2008 году уменьшились в связи с изменениями условий оказания адресной помощи. Специалисты социально-консультативных пунктов предоставляют только услуги по содействию в получении адресной помощи, осуществляют прием документов, обследование жилищных условий семьи. Выдача на социально – консультативных пунктах адресной социальной помощи (продуктами питания и вещами) прекращена в сентябре 2008 года.

В связи с тем, что средства массовой информации стали боле широко информировать население об изменениях в существующих Законах, а так же в связи с недостаточным финансированием на приобретение ГСМ сократилось количество детских общественных приемных, мероприятий, общественных приемных мэра, по разъяснению социального законодательства, проблемам пожилых людей и инвалидов, вопросам воспитания детей с участием специалистов Управления социальной защиты, Управления образования, Пенсионного фонда, Центра занятости, Здравоохранения, специалистов Центра, выездных приемов узких специалистов на пункты проводились только в первом полугодии 2008 года, уменьшились консультативные услуги.

В течение 2008 года на каждую семью состоящую на учете составлен социальный паспорт семьи. За год социально-бытовых услуг (обследований) было сделано 1311 , что на 30% меньше показателей 2007 года. Нужно отметить, что в 2008 году специалистами социально-консультативных пунктов было больше сделано обследований семей с детьми 1года жизни, беременных женщин, с детьми – инвалидами .

Таблица3 – Показатели количества семей состоящих на патронате

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 2007 год | 2008 год |
| количество семей состоящих на патронате | 96 | 70 |
| в т. ч. многодетные семьи | 20 | 16 |
| в т. ч. неполные семьи | 31 | 40 |
| в т. ч. полные семьи | 45 | 14 |
| из них неблагополучные семьи | 46 | 32 |
| из них с детьми инвалидами | 8 | 1 |

Специалистами социально-консультативных пунктов в течение 2008 года осуществлялся патронат семей с детьми, состоящих на учете. За 2008 год снятых с патроната 35 семей, а поставлено 9 семей. Благосостояние семей улучшилось по сравнению с 2007 годом на 27%.. По-прежнему остается главной задачей работа специалиста по улучшению благосостояния неблагополучных семей.

Содействие в получение мер социальной поддержки согласно Закону Амурской области от 19.01.2005 г. № 408-ОЗ "О мерах социальной поддержки многодетных семей" получили 128 многодетных семей, состоящих на учете в социально-консультативных пунктах.

Договора о взаимодействии и сотрудничества с семьями группы "социального риска" в 2008 году не заключались, т.к. в связи с реорганизацией структуры социальной защиты не выделялись средства для изготовления бланков договоров. Первые договоры заключены в ноябре 2006 года, на конец 2007 года договоры заключены с 385 семьями, в которых воспитывается 1170 детей. Количество расторгнутых договоров за весь период 71 в. т. ч. по причине невыполнения обязательств 18. На 31.12.2008 года действующих договоров 314. Работу по перезаключению договоров с семьями нужно продолжить, в связи с тем что договор стимулирует родителей вести здоровый образ жизни, заниматься с детьми, интересоваться их учебой, здоровьем и т. д.

В течение года работали с коммерческими структурами по привлечению благотворительных средств на проведение мероприятий. Более 10 организаций оказали благотворительную помощь в виде продуктов питания, одежды, обуви, канцелярскими товарами, игрушками на сумму 82359-90 тысяч рублей

Специалисты социально-консультативных пунктов активно принимали участие в городских операциях "Здоровье", "Семья", "Всеобуч". Совместно со специалистами отделения профилактики безнадзорности несовершеннолетних выезжали в семьи группы риска, в семьи, находящихся в социально опасном положении.

В рамках операции "Всеобуч" проведена акция "Здравствуй, школа", организованная с целью оказания помощи в подготовке детей из малообеспеченных семей к школе. В Центре на базе социально консультативных пунктов с. Садовое, с. Белогорье, КПП производился сбор по приему вещей. По сравнению с 2007 г. количество участников ярмарки уменьшилось на 109 человек, что составляет 33 %

Уменьшилось и количество принявших в акции предпринимателей города.

Таблица 4 – Участие в акции "Здравствуй, школа",

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| участники акции | 2007 год | 2008 год |
| жители города и СКП | 336 | 227 |
| предприниматели | 11 | 4 |
| всего | 347 | 231 |

Рисунок 10.1 – Участие в акции "Здравствуй, школа! " 2007

Рисунок 10.2. – Участие в акции "Здравствуй, школа!"2008

Помощь учебниками, вещами, обувью, канцелярскими товарами получили граждане в БЦСПС и Д в 2008 году на 9% меньше, чем в 2007 году

Таблица 4 – Количество граждан, получивших помощь по подготовке к школе

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 2007 год | 2008 год |
| количество граждан получивших помощь | 460 | 416 |

Рисунок 11 – Количество граждан, получивших помощь по подготовке к школе

Специалисты социально- консультативных пунктов тесно сотрудничают с председателями ООС, участвуют в решении социальных проблем, возникающих у граждан по месту жительства. В 12 социально-консультативных пунктах составлен социальный паспорт района (п. Аэропорт, п. Плодопитомник, Микрорайон № 2, Микрорайон №3, Мебельная фабрика, СОШ № 2, Спичфабрика, п. Астрахановка, п. Белогорье, КПП, Моховая падь, с. Садовое). В связи с тем, что каждый год меняется численность горожан, с ростом строительства, изменением структуры города данные социальных паспортов района необходимо пересмотреть. Необходимы средства для изготовления карт районов, социальных паспортов.

В течение 2008 года не оплачивались коммунальные услуги на социально-консультативных пунктах п. Плодопитомник, Спичфабрика (СОШ № 18), СОШ № 2, КПП (ДОУ № 12), в связи с отсутствием финансирования.

Для продолжения работы специалистов в этих пунктах необходимо решение вопроса о предоставлении помещений в безвозмездное пользование или о выделении средств на оплату коммунальных услуг.

Работа социально-консультативного пункта Микрорайон № 3 затруднена в связи с отсутствием помещения. Два специалиста принимают горожан в одном кабинете.

Выводы: В целом анализ оказания помощи детям с ограниченными возможностями здоровья Управлением министерства социальной защиты населения Амурской области по г. Благовещенск показывает, что система социальной защиты на территории города не только обеспечивает выполнение социальных гарантий, но и активно развивается с учетом социальных потребностей детей с ограниченными возможностями здоровья.

С учетом потребностей детей-инвалидов происходит внедрение новых социальных услуг (общественная приемная).

Расширяетсямногофункциональная система социальной поддержки семей с детьми-инвалидами.

Организуются инновационные формы и социальные технологии по социальной поддержке семей с детьми с ограниченными возможностями.

В Амурской области по состоянию на 01 апреля 2009 года численность инвалидов составила 82 514 человек, или 10% населения области, из них детей-инвалидов (или детей с ограниченными возможностями здоровья) - 3 949[21].

Во многом это обусловлено высоким уровнем заболеваемости и травматизма среди населения, недостаточным качеством медицинской помощи и услуг, оказываемых лечебно-профилактическими учреждениями и учреждениями медико-социальной экспертизы, а также другими причинами.

Такое серьезное положение заставляет разрабатывать и принимать меры, способствующие профилактике инвалидности, меры реабилитационного характера с тем, чтобы обеспечить жизнедеятельность тех людей, которые уже стали инвалидами, постараться вернуть какую-то часть из них к нормальной жизни в обществе.

Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" определяет государственную политику в этой сфере, цель которой - обеспечение инвалидов равными с другими возможностями в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод. Однако на пути достижения этой цели имеется немало проблем. В частности, инвалиды испытывают большую потребность в автотранспортных средствах, путевках на санаторно-курортное лечение, лекарственных средствах, в специальных стационарных учреждениях социального обслуживания.

Остается низким уровень обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, включая изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий, вспомогательными устройствами, приспособлениями для быта, труда. Инвалиды не имеют в полной мере беспрепятственного доступа к объектам социальной инфраструктуры.

Медленными темпами развивается сеть учреждений реабилитации, основная задача которых - помочь инвалидам адаптироваться к новым условиям жизни. В области нет реабилитационного центра, оказывающего инвалидам весь комплекс реабилитационных услуг в соответствии с индивидуальными программами реабилитации.

Семьи, в которых воспитываются дети-инвалиды, не имеют возможности для комплексного индивидуального лечения, реабилитации.

Те же специальные стационарные учреждения, которые существуют, недостаточно финансируются, не укрепляется их материально-техническая база. Всё это происходит из-за неудовлетворительного выделения средств на реализацию областных целевых программ "Развитие и укрепление материально-технической базы учреждений социального обслуживания населения Амурской области в 2007-2012 годах" и "Развитие образования Амурской области на 2006-2010 годы".

Значительно затрудняет осуществление комплексной реабилитации инвалидов отсутствие в области центра реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями. Хотя в принципе такой центр у нас предполагается. Его строительство начато еще в 2004 году в Благовещенске. Сметная стоимость составляет сегодня более 400 миллионов рублей, но за все это время было выделено только 5 миллионов рублей. К сожалению, включить этот объект в федеральную программу не удалось, тем не менее в этом году из областного бюджета планируется выделить 15 миллионов рублей на его строительство.

Из опыта работы с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья, неполными многодетными семьями, родителями инвалидами, имеющих на иждивении несовершеннолетних детей, выявлено, что данные категории семей нуждаются в оказании социально–бытовых и медико–социальных услуг на дому (покупка и доставка на дом продуктов питания и промышленных товаров первой необходимости, содействие в оплате жилья и коммунальных услуг, сопровождение детей в лечебно–профилактические учреждения, помощь в уходе за детьми и т.д.).

3.3 Предложения по оптимизации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в г. Благовещенске

Проведенное исследование показало, что для оптимизации работы необходимо внести изменения в постановлении губернатора Амурской области от 25.июня 2007 года № 396 "Областной стандарт качества предоставления социальных услуг". Добавить категории граждан, которым предоставляются социальные услуги на дому:

– Семьям, имеющим детей–инвалидов

– неполным многодетным семьям

–родителям инвалидам, имеющим на иждивении несовершеннолетних детей.

Необходимо ввести в штат центра социального работника для оказания социальных услуг на дому.

Несмотря на эффективность тренажерного зала, существует проблема в обеспечении техники безопасности в использовании тренажеров. В штате центра необходим специалист, который мог бы обеспечивать своевременный ремонт тренажеров, так как в условиях города существуют организации, которые занимаются только куплей–продажей тренажерного оборудования, но нет специалистов, которые занимались бы ремонтом и обслуживанием тренажеров.

Требует дальнейшего совершенствования реабилитация, социально–трудовая адаптация детей с инвалидностью, особенно детей, имеющих сложности в передвижении, лежачие. Необходимо уделить внимание занятости в летний период детей с ограниченными возможностями. В 2008 году путевки на санаторно–курортное лечение для детей–инвалидов не выделялись.

Ограничение финансирования (отсутствие средств на ГСМ) не позволяло в течение года своевременно посещать семьи, которые состоят на учете, на патронате в отделении по профилактики безнадзорности несовершеннолетних и быстро отреагировать по информации или по звонку "Горячей линии". Уменьшилось по сравнению с другими годами проведение досуговых мероприятий для детей из неблагополучных семей (ни разу не проводилась "Социальная гостиная"), в связи с невозможностью доставки детей на эти мероприятия.

Увеличение ставок психологов, позволило более качественно и эффективнее оказывать населению психологические услуги. И все таки нагрузка на психологов распределяется не равномерно. Это зависит от отношения сотрудников к работе, завоевание авторитета у клиентов, времени сопровождения клиентов.

Важным моментом в социализации ребенка с ограниченными возможностями является получение образования детьми с ограниченными возможностями.

Для повышения эффективности мероприятий по решению социальных проблем детей с ограниченными возможностями, их адресной поддержке, необходимо создать электронный банк данных о детях с ограниченными возможностями и их семьях, обеспечить согласованную и последовательную деятельность всех региональных органов власти и муниципального управления для решения социальных проблем этой группы населения. Опыт передовых регионов подтверждает, что лишь при условии активного сотрудничества всех региональных структур возможны улучшение качества жизни и успешная социальная адаптация детей с ограниченными возможностями.

По-прежнему остро стоит вопрос о систематическом проведении досуговых мероприятий для детей с ограниченными возможностями здоровья, их социально-бытовой и трудовой реабилитации. Все организации, занимающиеся социальной работой с детьми с ограниченными возможностями здоровья организуют досуг только в дни больших праздников. Возникла необходимость о систематическом проведении досуговых мероприятий. Для большинства детей с ограниченными возможностями здоровья остаются недоступными детские учреждения, соответственно необходима организация социальной работы с детьми-инвалидами, проживающими дома, не находящихся в специализированных учреждениях. Специализированные школы для детей с ограниченными возможностями здоровья показаны. В Благовещенске есть только две школы для детей с ограниченными возможностями здоровья: школа для детей с нарушениями слуха и коррекционная школа для детей с нарушениями психики.

Для решения задачи социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями, их социальной адаптации и подготовке к самостоятельной жизни в обществе необходима реализация следующих мероприятий:

1. организационно-методическое обеспечение реабилитации, воспитания детей-инвалидов в семье и их социальная адаптация;
2. развитие и актуализация банка данных о детях с ограниченными возможностями;
3. внедрение современных технологий и форм реабилитации детей-инвалидов в специализированных учреждениях для детей с ограниченными возможностями;
4. социальная интеграция и профессионально-трудовая реабилитация детей-инвалидов;
5. обеспечение обучения родителей детей-инвалидов методикам реабилитации, оказание им психолого-педагогической и юридической помощи;
6. научно-методическое решение проблем детской инвалидности.

Для обеспечения для детей, в первую очередь нуждающихся в особой заботе государства, доступности организованных форм отдыха и оздоровления необходимо:

1. развитие и качественное улучшение инфраструктуры летнего отдыха и оздоровления детей;
2. развитие малозатратных форм отдыха и оздоровления детей;
3. использование возможностей учреждений социального обслуживания населения для сочетания оздоровительной работы с социальной реабилитацией детей, нуждающихся в особой социальной поддержке;
4. совершенствование механизма межведомственного взаимодействия и сотрудничества с негосударственными организациями по вопросам организации отдыха, оздоровления детей.

Описанные рекомендации общего характера могут быть внедрены в рамках существующей системы СЗН в г. Благовещенске и Благовещенском районе, а также в деятельности НКО для семей с детьми-инвалидами.

Кроме того, автором предлагаются следующие конкретные рекомендации по оптимизации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья:

1. Проложить практику межведомственного социального партнерства и сотрудничества специалистов различного профиля в решении проблем детей с ограниченными возможностями здоровья. В частности, возможно привлекать волонтеров НКО и из числа лучших учащихся города для проведения различных мероприятий на основе договоров о сотрудничестве ( Приложение) .

2. Активно проводить мероприятия по обеспечиванию инвалидов техническими средствами реабилитации

3. Для повышения квалификации специалистов НКО, государственных учреждений СЗН в области социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья организовать курсы повышения квалификации. В качестве примера прилагается учебный план ФПК по направлению. ( Приложение). ФПК может проводиться на базе ГОУ ВПО АмГУ, где имеется ФДО и квалификации ППС, а также налаженные связи с базами практики. В качестве слушателей для прохождения ФПК могут быть приглашены специалисты НКО и ГУ, работающие с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

4. В области социального обеспечения семей с детьми-инвалидами: использовать дифференцированный подход к пенсионному обеспечению детей-инвалидов; к размерам компенсационной выплаты для неработающих родителей; к содержанию социальных льгот семьям на основе данных о социально-демографических ресурсах семей, возрасте и реабилитационном потенциале детей-инвалидов; усилить программы социальной помощи семьям, вынужденным использовать платное медицинское лечение для детей-инвалидов; обеспечить государственный контроль над их выполнением;

5. В области занятости работников, имеющих детей-инвалидов: разработать законодательные акты, предусматривающие экономические стимулы и льготы, направленные на повышение заинтересованности работодателей в приеме на работу граждан с семейными обязанностями, в том числе на условиях неполного рабочего времени, по гибкому графику или на дому; ввести государственный контроль и надзор за соблюдением законодательства о правах работающих родителей детей-инвалидов и системы санкций за его нарушение; разработать программу занятости для работников, имеющих детей-инвалидов, с учетом данных о социально-демографических ресурсах семей, возрасте и реабилитационном потенциале детей-инвалидов и адаптационном потенциале родителей; создать в муниципальных службах занятости базы данных, предоставляющих сведения о гибких рабочих местах для работников, имеющих детей-инвалидов; разработать программу переквалификации и переобучения работников, имеющих детей-инвалидов; ввести альтернативные виды занятости для родителей детей-инвалидов, в том числе использование компьютерных технологий для обеспечения надомной занятости; обеспечивать родителей, нуждающихся в надомном труде, необходимой техникой на условиях временного безвозмездного использования или оплаты через систему кредитов.

6. В области социального обслуживания: использовать тендерный подход при оказании социальной помощи семьям; ввести тарифы платного социального обслуживания для обеспеченных семей, нуждающихся в квалифицированной социально-бытовой помощи; программы социально-бытового обслуживания семей проводить с учетом информации из базы данных о социально-демографических ресурсах семей, возрасте и реабилитационном потенциале детей-инвалидов и адаптационном потенциале родителей.

7. В области пенсионного обеспечения: привести в соответствие с прожиточными стандартами размеры компенсационных выплат неработающим лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами; предусмотреть социальную защиту родителей детей-инвалидов, достигших пенсионного возраста, осуществляющих постоянный уход за инвалидами, лишенных возможности сформировать накопительную часть пенсии;

8. В области образования детей-инвалидов необходимо: развивать программы по разработке методик надомного компьютерного обучения детей-инвалидов, по оснащению квартир, где живут дети-инвалиды, необходимой компьютерной техникой; использовать компьютерные технологии для их самостоятельного обучения на дому; создать систему социально-педагогической надомной помощи детям, не посещающим школу, или часто пропускающим занятия по болезни.

9. В области содействия взаимодействию родителей детей-инвалидов с социальными учреждениями, медико-реабилитационными центрами и общественными организациями: обеспечить доступность информации по социальным вопросам, включая положения действующего законодательства, сведения о работе служб социального обслуживания, программах занятости для родителей детей-инвалидов, о работе общественных объединений, муниципальных и государственных структур, медико-социально-педагогических центров, образовательных и профессионально-образовательных учреждений для инвалидов.

Заключение

Дети с ограниченными возможностями здоровья являются особой социально незащищенной группой населения. Особенности детского здоровья и развития оказываю существенное влияние на формирование детской – инвалидности.

Организация социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья очень актуальна, потому, что в г. Благовещенске, как и в целом по России, не прекращается рост детской инвалидности, что требует особых мер по профилактике и социальной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Данная проблема имеет практическую значимость, которая заключается в оптимизации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в г. Благовещенске, расширении форм и методов социальной помощи им.

В Благовещенске в последние годы наметилась тенденция улучшения социальной поддержки семей с детьми с ограниченными физическими и умственными возможностями. Этому способствовал ряд обстоятельств, в частности, укрепление и расширение законодательной и нормативно-правовой базы социальной поддержки семей с детьми-инвалидами (прежде всего на региональном уровне), определенная трансформация массового сознания россиян, еще недавно представлявших инвалидность лишь в медицинском аспекте, динамичный рост числа центров реабилитации детей с ограниченными возможностями.

Особое внимание уделяется социальному обслуживанию детей-инвалидов, развитию социально-реабилитационных услуг. В рамках федеральной целевой программы "Дети-инвалиды" центры реабилитации детей с ограниченными возможностями получают необходимое реабилитационное оборудование и авто транспорт.

В результате написания данной дипломной работы была достигнута цель по выявлению особенностей организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в г. Благовещенске.

1. Необходимость учета индивидуальных характеристик при осуществлении социально – технологических процедур, которые влияют на выбор процедур и методов социальной работы. В результате чего становится ясным, что социальная работа должна учитывать особенности формирования и развития детской инвалидности.

2. Принцип профилактической направленности является одним из ведущих принципов работы с данной категорией.

3. Создание условий жизни и развития, самореализации детей с ограниченными возможностями здоровья, независимо в какой семье они родились и живут, иметь наилучшие возможности для сохранения и укрепления здоровья, социализации и реабилитации, материального благополучия, свободного доступного образования, воспитания, реализации своих способностей.

Исследование выявило, что во – первых: общая характеристика детей с ограниченными возможностями здоровья включает в себя: такие особенности, как:

1. Нарушение жизнедеятельности, ограничение возможностей, несоответствие возрастным нормативам и возможностей адекватного преодоления пограничных и патологических процессов, в результате чего нарушается процесс адекватной адаптации к условиям среды, социализация и реабилитация ребенка, приводящие к ограничению жизнедеятельности и вызывающие необходимость его социальной защиты.

2. Высокую мобильность детского здоровья от нормы к патологии и обратно.

3. Влияние различных постнатальных событий или условий жизни на конечные результаты развития, степень сохранности или утраты здоровья. Качество процессов развития ребенка, реализация или не реализация генетически детерминированных потенциалов тесно связаны со степенью оптимальности среды развития.

4. Еще одной важной особенностью детской инвалидности является ее рост.

5. В структуре причин детской инвалидности по обусловившему ее заболеванию первое место принадлежит болезням нервной системы и органов чувств, второе место занимают психические расстройства, среди которых одна треть приходится на долю умственно отсталых, третье - врожденные аномалии развития.

Во вторых, исследование выявились следующие проблемы детей с ограниченными возможностями здоровья:

1.Проблема качества и доступности медицинской помощи, средств и методов реабилитации, качества информационной и просветительской работы медперсонала. Определяющее значение на здоровье населения оказывает продолжающийся рост цен на разного рода медицинские услуги и медикаменты. Для малоимущих и низкооплачиваемых слоев населения, пенсионеров расходы на эти цели являются труднодоступными.

2. Социально – психологические проблемы (полноценной социализации, социально – психологической депривации, адаптации, реабилитации)

3. Социально – педагогическая, проблема воспитания и обучения, выбора форм и видов обучения.

4. Социально - экономическая проблема (доступности материальных ресурсов, уровень и качество жизни, проблемы организации занятости членов семьи и т.п.)

1. Эмоционально – психологические.

В – третьих, были выявлены особенности социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, которые состоят в оказании содействия ребенку – инвалиду и членам его семьи, предоставлении индивидуальной помощи через информирование, диагностику, консультирование, прямую натуральную или финансовую помощь, педагогическую и психологическую поддержку, помощь в адекватной адаптации к условиям среды, социализации и реабилитации, с целью обеспечения культурного, социального и материального уровня жизни.

В – четвертых, изучение нормативно – правовой базы организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья показало ее несовершенство, неполноту, в особенности на региональном и местном уровнях, дублирование региональными нормативными документами аналогичных федеральных законов, непроработанность нормативной базы по реабилитации инвалидов на региональном и местном уровнях.

В – пятых, были подробно изучены основные технологии социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, такие как социальное обслуживание и обеспечение, профилактика и реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья .

В шестых, была проанализирована организация социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в г. Благовещенске на основе Центра социальной помощи семье и детям и ряда некомерческих благотворительных организаций.

В – шестых, были подробно изложены предложения по оптимизации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями в г. Благовещенске.

Выводы:

В настоящее детей с ограниченными возможностями здоровья целесообразно рассматривать как социальную проблему, связанную с наличием структурных нарушений, обусловленных внешними и внутренними факторами, недугов или повреждений, которые могут привести к утрате или несовершенству развития навыков, необходимых для некоторых видов деятельности, а в итоге к социальной дезадаптации или замедленной социализации. Многогранность и сложность феномена ограниченных возможностей здоровья детей обусловили неоднозначность оценки его в научной литературе и создание социальной, медицинской и правовой моделей детской инвалидности.

Статусная позиция детей с ограниченными возможностями определяется наличием социальных барьеров со стороны общества, замедляющих процесс их социализации и включения в социум, маргинализацией этой группы населения. В этой связи актуальной является проблема адаптации детей с ограниченными возможностями к реалиям современной России.

2. Рост численности детей с ограниченными возможностями в России сопровождается поиском путей решения основных проблем этой группы населения, создания для них безбарьерной среды жизнедеятельности, а также форм их трудовой адаптации. Вместе с тем, ожидания этой группы населения не всегда согласуются с условиями российской действительности, которая не может удовлетворить все потребности ребенка с ограниченными возможностями и семьи, в которой он проживает.

3. Содержание и приоритетность мер государственной социальной политики в отношении детей с ограниченными возможностями находятся в прямой связи с общей стратегией социально-экономического развития страны и финансовыми возможностями государства. Следует признать, что Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" не всегда выполняется, а детей с ограниченными возможностями неохотно обслуживают многие учреждения, в том числе и здравоохранения. Из-за отсутствия специальных приспособлений учебные заведения не в состоянии принять на обучение детей с ограниченными возможностями, что затрудняет их дальнейшую социализацию как субъектов общественного взаимодействия.

Ресурсная недообеспеченность социальной политики и социальной защиты детей с ограниченными возможностями в России и в Благовещенские, в частности, в сочетании с социокультурной дифференциацией этой группы населения осложняют разработку и реализацию оптимальной социальной политики. Поэтому основные стратегии и формы государственной политики по решению социальных проблем детей с ограниченными возможностями в настоящее время обеспечивают лишь удовлетворение элементарных жизненно важных потребностей. Полная же адаптация детей с ограниченными возможностями в общество требует дополнительного финансирования для их обучения, получения профессии и трудоустройства.

4. При разработке стратегии и форм решения социальных проблем детей с ограниченными возможностями важно учитывать региональные особенности и социально-демографические изменения в Благовещенске, которые требуют нестандартного подхода к реализации социальной политики, направленной на использование трудового потенциала социально адаптированных и включенных в общество детей с ограниченными возможностями.

5. Успешной адаптации детей с ограниченными возможностями препятствуют не в полной мере реализованные мероприятия по охране здоровья, социальной реабилитации, обучению и профориентации, слабая информированность таких детей о возможных методах реабилитации, приоритетах социальной политики, льготах, предоставляемых государством. Для наиболее эффективной адаптации детей с ограниченными возможностями необходима разработка социально - дифференцированной федеральной и региональной политики с учетом физиологических, возрастных, психологических и других особенностей этой группы населения страны и региона.

6. Реализация инноваций в социальной политике по охране здоровья и реабилитации с учетом роста численности детей-инвалидов, может способствовать смягчению социально-демографической обстановки в Благовещенске, содействовать ускорению его социально-экономического развития.

Библиографический список

Источники

1 Акатов Л. И. Психологические основы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности / Л. И. Акатов. – М.: Просвещение, 2002. –276 с.

2 Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья: психологические основы : учеб. пособие / Л. И. Акатов. – М.: ВЛАДОС, 2004. – 368 с.

3 Боровая Л. П. Социально-психологическая помощь семьям, имеющих тяжело больных детей // Социально-педагогическая работа / Л. П. Боровая . - 2003. №6. – С. 59-63.

4 Дмитриев А. В. Проблемы инвалидов / А. В. Дмитриев. – СПб.: Питер, 2004. – 245с.

5 Гембаренко В. – Семья и ребенок с ограниченными возможностями // Социальное обеспечение – 2002. - №3. – с38 – 42.

6 Гришина Л. Г., Талалаева Н. Д., Амирова Э. К. Анализ инвалидности в Российской Федерации за 1970 - 1999 гг. и ее прогноз до 2015 года / Медико-социальная экспертиза и реабилитация / Л. Г Гришина, Н. Д. Таламаева, Э. К. Амирова. – М., 2001. – 244 с.

7 Коновалова М. П. Социокультурная реабилитация детей с ограниченными возможностями в процессе информационно-библиотечного обслуживания // Вестник Московского государственного университета культуры и искусств / М. П. Коновалова. – 2003. - N 2. – С. 103-107. – (Технологии социально-культурной реабилитации)

8 Кулагина Е. В. Семьи с детьми инвалидами: социально – экономическое положение // Народонаселение / Е. В. Кулагина. – 2002. – № 1. – С. 20 – 32.

9 Ляпидиевская Г. В. – О создании в России сети реабилитационных центров для детей и подростков с ограниченными возможностями // Вестник психо-социальной и коррекционно-реабилитационной работы / Г. В. Ляпидиевская. – 1997 - №2 – С. 42 – 48.

10 Малофеева Т., Васин С. – Инвалиды в России // Pro et contra / Т. Малофеева, С. Васин. – 2001 - №3 –С.. 80 – 105.

11 Настольная книга специалиста - Социальная работа с инвалидами. - М: ВЛАДОС, 2000. – 153с.

12 Олиференко Л. Я. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска / Л. Я. Олиференко, Т. И.Шульга, И. Ф. Дементьева. – М: ВЛАДОС, 2002. – 345с.

13 Пособие по технологии работы с детьми с ограниченными возможностями / под ред. Гусляковой Л. Г. – М.: – Социальное здоровье России, 1997. – 210с.

14 Постановление Правительства РФ от 18.08.2008 № 617 "О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации об образовательных учреждениях, в которых обучаются (воспитываются) дети с ограниченными возможностями здоровья".

15 Постановление губернатора Амурской области от 29.12.2006 №738 "Об утверждении комплексного плана мероприятий по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, защите их прав и законных интересов на территории Амурской области на 2007-2009 годы".

16 Романов М. Р. Реабилитация инвалидов / М. Р. Романов. - М.: Вагриус, 2000. – 175с.

17 Российская энциклопедия социальной работы / Под ред. А. И. Панова, Е. И. Холостовой. – М.: Институт социальной работы, 2001. – 364 с.

18 Российский статистический ежегодник. 2007: Стат.сб. /Госкомстат России. – М., 2009. – 568 с.

19 Словарь основных понятий по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями / под ред. Гусляковой Л. Г. – Барнаул – Издательство АГУ – 1997 – 63с.

20 Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями / под ред. Поликова А. – М, - КТМУ – 1996 – 207с.

21 Социально – экономическое положение Амурской области: Доклад. – Благовещенск: Амуроблкомстат, 2008. – 173 с.

22 Федеральный закон от 24.07.1998 №124-ФЗ "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации" (в редакции Федерального закона от 30.06.2007 №120-ФЗ), изд. "Собрание законодательства РФ", № 31, ст. 3802.

23 Федеральный закон от 8.06.2007 № 163249-4- ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской федерации по вопросу о ражданах с ограниченными возможностями здоровья ", изд. "Собрание законодательства РФ", № 31, ст. 3823

Литература

24 Букатова Л. "Добро по кругу" // Библиотека / Л. Букатова . – 2007. – № 6. – С.59-64

25 Быков А. В. – Психологическая служба в учреждениях социально-педагогической поддержки детей и подростков / А.В. Быков – М., – УРАО – 2001 – 100с.

26 Быков Д. А. Опыт создания реабилитационного комплекса для детей с ограниченными возможностями / Д. А. Быков // Педагогика. – 2007. – № 6. – С. 27–31.

27 Василькова Ю. В. Социальная педагогика / Ю.В. Василькова, Т.А.Василькова. – М.: ВЛАДОС, 2000. – 321с.

28 Григорьев А. Д. Очерки истории социальной работы / А.Д. Григорьев. – М.: Просвещение, 1998. – 223 с

29 Зайнышев И. Г. Технология социальной работы: учебное пособие для студентов высших учебных заведений /И. Г. Зайнышев . – М.: Гуманитарное издательство Владос, 2000. – 240 с.

30 Закон Амурской области от 14.12.2005 №103-ОЗ "О комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав" (в ред. Закона Амурской области от 12.10.2007 №400-ОЗ) изд. "Амурская правда", №2, 11.01.200

31 Закон Амурской области от 21.01.2005 №424-ОЗ "О перевозке несовершеннолетних, самовольно ушедших из семей, детских домов, школ-интернатов, специальных учебно-воспитательных школ-интернатов, специальных учебно-воспитательных и иных детских учреждений, по территории Амурской области" изд. "Амурская правда" №17-18,25.11.2005

32 Закон Амурской области от 19.01.2005 №409-ОЗ "Об обслуживании отдельных категорий граждан социальными службами Амурской области" (в редакции Закона Амурской области от 12.10.2007 №408-ОЗ) изд. "Амурская правда", №19-20, 26.01.2005.

33 Закон Амурской области от 13.12.2006 №261-ОЗ "О государственной гражданской службе Амурской области" (в редакции Закона Амурской области от 07.06.2007 №345-ОЗ) изд. "Амурская правда", № 240, 20.12.2006.

34 Закон Амурской области от 02.05.2007 № 326-ОЗ "Об областных стандартах качества предоставления бюджетных услуг" изд. "Амурская правда", № 80, 08.05.2007

35 Здравоохранение и медицинское обслуживание в Амурской области: ЗАП. - Благовещенск: Амуроблкомстат, 2006. – 54 с.

36 Здравоохранение и медицинское обслуживание в Амурской области: статистический сборник. – Благовещенск: Амуроблкомстат, 2007. – 106 с.

37 Колпакова О. Использование инвалидных социальных технологий реабилитации детей в летний период // Социальное обеспечение – 2002 - №6 . – С.18 – 23.

38 Низовцева Г., Илатовская Э. – На первом месте – реабилитация // Социальное обеспечение / Г. Низовцева, Э. Илатовская. – 2002 - №4 – С. 29 – 33.

39 Обухова Л. Ф., Рябова Т. В. – Феномен эгоцентризма у подростков-инвалидов // Вопросы психологии / Л. Ф. Обухова, Т. В. Рябова. – 2001 - №3 – С. 40 – 48.

40 Основы социальной работы: Учебник / Отв. Ред. П. Д. Павленок. – М.: Инфра, 2004. – 345с.

41 Постановление Правительства Российской Федерации от 18.08.2005 № 525 "О порядке расходования и учета средств федерального бюджета предусмотренных на финансирование деятельности, связанной с перевозкой между субъектами Российской Федерации, а также в пределах территорий государств-участников Содружества Независимых государств несовершеннолетних, самовольно ушедших из семей, детских домов, школ-интернатов, специальных учебно-воспитательных и иных детских учреждений" (Собрание законодательства РФ, 22.08.2005, № 34, ст.3517).

42 Постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 19.07.2000 № 52 "Об утверждении методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения "Центр социальной помощи семье и детям" (в редакции постановления Минтруда РФ от 26.03.2001, №28) изд. "Бюллетень Минтруда РФ", №8, 200.

43 Постановление Правительства РФ от 27.11.2000 №896 "Об утверждении примерных положений о специализированных учреждениях для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации", изд. "Собрание Законодательства РФ", 04.12.2000, № 49, ст. 4822.

44 Постановление Министерства труда и социального развития РФ от 29.03.2002 № 25 "Об утверждении Рекомендаций по организации деятельности специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации" (в ред. Постановления Минтруда РФ от 23.01.2004 № 2) изд. "Бюллетень Минтруда РФ", 2002, №5.

45 Постановление Минтруда РФ от 30.01.1997 № 4 "Об утверждении Порядка приема, содержания и выпуска лиц, находящихся в специализированном учреждении для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации" изд. "Бюллетень Минтруда РФ", 1997, № 4.

46 Постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11.03.2003 №13 "О введении в действие санитарно - эпидемиологических правил и нормативов САНПИН 2.4.1201-03" изд. "Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти" 02.06.2003, № 43.

47 Постановление Госстандарта Российской Федерации от 24.11.2003 №327-ст "О принятии и введении в действие национального стандарта" "Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг. ГОСТ Р 52143-2003" изд.М., ИПК Издательство стандартов, 2004.

48 Постановление Госстандарта Российской Федерации от 24.11.2003 №326-ст "О принятии и введении в действие национального стандарта", "Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения. ГОСТ Р 52142-2003" М., ИПК Издательство стандартов, 2003.

49 Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27.12.2007 №566-ст Национальный стандарт РФ ГОСТ 52888-2007 "Социальные услуги детям".

50 Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27.12.2007 №561-ст Национальный стандарт РФ ГОСТ 52883-2007 "Требования к персоналу учреждений социального обслуживания".

51 Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27.12.2007 №560-ст Национальный стандарт РФ ГОСТ 52882-2007 "Специальное техническое оснащение учреждений социального обслуживания".

52 Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27.12.2007 №563-ст Национальный стандарт РФ ГОСТ 52885-2007 "Социальные услуги семье".

53 Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27.12.2007 №564-ст Национальный стандарт РФ ГОСТ 52886-2007 "Социальные услуги женщинам".

54 Постановление Правительства РФ от 25 ноября 1955г. № 1151 "О Федеральном перечне гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания".

55 Приказ Министерства социальной защиты населения РФ от 24 июня 1996г., № 180 "Об утверждений-форм примерных договоров, заключаемых между государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания, предоставляющими платные социальные услуги, и гражданами пожилого возраста и инвалидами, получающими данные услуги, или их законными представителями".

56 Постановление губернатора Амурской области от 09.03.2005 №119 "О порядке финансирования деятельности, связанной с перевозкой несовершеннолетних, самовольно ушедших из семей, детских домов, школ-интернатов, специальных учебно-воспитательных и иных детских учреждений" (в редакции постановления губернатора Амурской области от 26.04.2008 №189), опубликован не был.

57 Постановление губернатора Амурской области от 03.08.2007 №459 "Об утверждении положения о министерстве социальной защиты населения Амурской области" "Вестник Администрации Амурской области", № 11, 14.08.2007.

58 Постановлением губернатора области от 12.09.2007 №538 "Об утверждении норм питания и материального обеспечения лиц, проживающих в социальных учреждениях Амурской области" изд. "Амурская правда", № 117, 25.09.2007.

559 Психокоррекционная и развивающая работа с детьми / под ред. Дубровиной А.Д. – М., - Академия – 1999 – 160с.

60 Психолого-педагогическая реабилитация детей с ограниченными возможностями – М.: Социальное здоровье России. – 1997. – 210с.

61 Психолого-педагогические основы коррекционной работы с аномальными детьми / под ред. Ламаева Р. И. – СПб. – 2009. – 275с.

62 Психолого-педагогическая реабилитация детей и подростков с эграниченными возможностями здоровья и проблемами в обучении. Краткий словарь-справочник / Под ред.М. А. Галагузовой. - Ростов н/Д: Радуга, 2002. – 177с.

63 Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы / Ред. А. М. Панова. – М., 1997. – 200 с.

64 Свистунова Е. Г. – Международное право о социальной защите и реабилитации инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация / Е. Г. Свистунова. – 2002 - №1. – С. 9 – 13.

65 Селенина Е. В. Социально-трудовая адаптация детей группы риска / Е. В. Селенина // Вопр. психологии.– 2006. – № 6. – С. 49–58.

66 Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 №223-ФЗ (в редакции Федерального закона от 30.06.2008 №106-ФЗ) изд. "Собрание законодательства РФ", 01.01.1996 №1, ст. 16.

61 Социальную защиту – инвалидам: Всероссийский форум социальных работников. – М., 2001.- 20 с.

62 Специальная педагогика / под ред. Назаровой Н. М. – М.: - Академия – 2000. – 400с.

63 Специальная педагогика: Учебн. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л. И. Аксенова, Б. А. Архипов, Л. И. Белякова и др. - М.: Издательский центр "Академия". - 2000.

64 Уфимцева Л. П., Окладникова Т. Н – Содержание психокоррекционной работы с соматически ослабленными школьниками // Вестник психо-социальной и коррекционно-реабилитационной работы / Л. П. Уфимцева, Т. Н. Окладникова. – 1996 - №2 – с. 30 – 40.

68 Федеральный закон от 21.12.1996г. №159-ФЗ "О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей" (в редакции Федерального закона от 22.08.2004 №122-ФЗ) изд. "Собрание законодательства РФ", 23.12.1996, №52, ст. 5880.

69 Федеральный закон от 24.11. 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями изд. "Собрание законодательства РФ", 28.06.1999 №26, ст. 3177.

70 Федеральный закон от 10.12.1995 г. № 195-ФЗ "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации" (в редакции Федерального закона от 22.08.2004 №122-ФЗ) изд. "Собрание законодательства РФ", 11.12.1995, № 50,ст. 4872, "Российская газета", № 243, 19.12.1995.

71 Хмеленко С. А. Нравственное зеркало общества - отношение к слабым // Мир библиографии / С. А. Хмеленко. - 2005. – № 5. - С. 36-38.

72 Холостова Е. И. Технология социальной работы: Учебник / Е. И. Холостова. – М.: инфра-М, 2001. – 400 с.

73 Хрестоматия: обучение и воспитание детей группы "риска" / сост. Остапов В. М. – М.: Просвещение. – 1997. – 416с.

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

75 Чуптуева Л. Особые дети // Новая библиотека / Л. Чуптуева. - 2008. – N 4. - С.14-15.

Приложение А

Программа исследования организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в г. Благовещенске

1. Проблемная ситуация

Ключевым направлением социальной политики в отношении детей с ограниченными возможностями здоровья является создание необходимых условий для повышения качества жизни. Вопросы улучшения положения семей с детьми-инвалидами, обеспечения охраны здоровья матери и ребенка, расширения предоставления адресной помощи семье в воспитании детей с ограниченными возможностями здоровья являются приоритетными для социальной защиты. Здоровый ребенок приспосабливается к окружающей среде. Для детей с ограниченными возможностями здоровья же особенность этих сфер жизнедеятельности состоит в том, что их надо приспосабливать к нуждам детей-инвалидов. Чтобы ребенок с ограниченными возможностями здоровья смог адаптироваться в среде, нужно сделать среду его обитания максимально для него доступной, т.е. приспособить среду к возможностям ребенка-инвалида, чтобы он чувствовал себя на равных со здоровыми.

Необходимо формировать среду, доброжелательную к детям-инвалидам, создавать условия для удобного, комфортного и безопасного проживания детей-инвалидов, защищать права и интересы ребенка-инвалида. Оказывать государственную поддержку семьям с детьми с ограниченными возможностями здоровья:

* в области социальной защиты;
* в области здоровья и физической культуры;
* в области образования и занятости;
* в области культуры, организации досуга и отдыха.
* 2. Объект исследования

Объектом исследования являются дети с ограниченными возможностями здоровья.

3.Предмет исследования

Анализ организации деятельности Управления министерства социальной защиты населения Амурской области по г. Благовещенск по оказанию социальной помощи детям-инвалидам.

4.1. Цель исследования

Проанализировать работу Управления министерства социальной защиты населения Амурской области по г. Благовещенск, направленную на оказание социальной помощи с ограниченными возможностями.

5. Задачи исследования

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

* провести анализ документов по организации деятельности в оказании помощи детям с ограниченными возможностями;
* проанализировать полученные результаты и сделать соответствующие выводы.

6. Гипотеза исследования:

Организация деятельности по оказанию помощи детям с ограниченными возможностями здоровья в г. Благовещенске имеет большой потенциал, который базируется на различных формах оказания помощи детям-инвалидам.

7. В качестве метода сбора информации будет взят метод анализа документов.

8. Выборка - документация Управление министерства социальной защиты населения Амурской области по г. Благовещенск и ГУ Амурской области "Благовещенский центр социальной помощи семье и детям "Благо"

9.База исследования: Управление министерства социальной защиты населения Амурской области по г. Благовещенск.

10.Логический анализ основных понятий:

Руководствуясь общими принципами социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в рамках которых осуществляются права человека, можно рассматривать адаптацию с позиций развития, сохранения и осуществления его прав.

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

Объективные признаки:

- удовлетворенность качеством

жизни;

- условия для нормальной

жизнедеятельности;

- обеспечение льготами.

Субъективные признаки:

- инициативность;

- целеустремленность;

- желание жить по законам общества.


### Дети с ограниченными возможностями - дети с физическими и (или) психическими недостатками, имеющие ограничение жизнедеятельности, обусловленное врожденными, наследственными, приобретенными заболеваниями или последствиями травм, подтвержденными в установленном порядке.

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

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

Социальная защита — политика государства, направленная на обеспечение социальных, экономических, политических и других прав и гарантий человека независимо от его пола, национальности, возраста, места жительства и других обстоятельств.

Социальная защита инвалидов — это система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Государственная социальная помощь — предоставление малоимущим семьям или малоимущим одиноко проживающим гражданам за счет средств соответствующих бюджетов бюджетной системы Российской Федерации социальных пособий, субсидий, компенсаций, жизненно необходимых товаров.

Адресная социальная помощь - предоставление малоимущим семьям с детьми-инвалидами, которые находятся в трудной жизненной ситуации, социальных пособий, социальных услуг, субсидий, единовременных денежных выплат и жизненно необходимых товаров.

Субсидия - имеющая целевое назначение полная или частичная оплата предоставляемых семьям с детьми-инвалидами социальных услуг;

Малоимущие семьи с детьми-инвалидами - семьи, у которых по не зависящим от них причинам среднедушевой доход ниже величины прожиточного минимума, установленного на момент обращения, либо которые оказались в трудной жизненной ситуации;

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

Трудная жизненная ситуация - ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность ребенка-инвалида и его семьи, которую они не могут преодолеть самостоятельно.

11. Сроки и этапы исследования

Исследование проводилось в течение двух месяцев.

Этапы исследования:

Iэтап (март) - сбор информации;

IIэтап (март-апрель) - анализ документов по организации деятельности в оказании помощи детям с ограниченными возможностями;

IIIэтап (апрель) - анализ результатов исследования.

12. База исследования

Исследование проводилось в ГУ Амурской области "Благовещенский центра социальной помощи семье и детям "Благо".

Приложение Б

Договор о социальном сотрудничестве

Государственное учреждение Амурской области "Благовещенский центр социальной помощи семье и детям "Благо", в лице директора центра Петровой Натальи Николаевны, действующее на основании Устава, в дальнейшем именуемое "Центр", с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_в лице, действующее на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в дальнейшем именуемое "Учреждение", с другой стороны, далее вместе именуемые "Сторонами", заключили договор о нижеследующем:

I. Общие положения

Сотрудничество "Центра" и "Учреждения" осуществляется в строгом соответствии с Конституцией Российской Федерации, общепризнанными принципами и международными договорами Российской Федерации, законодательными и иными нормативно-правовыми актами Российской Федерации.

Предметом Договора является установление основ сотрудничества и взаимодействия "Сторон" в сфере социальной защиты населения.

"Стороны" обязуются совместно действовать для достижения общих целей в соответствии с уставными задачами и интересами каждой из "Сторон", участвующих в настоящем Договоре.

В процессе осуществления поставленных совместных целей "Стороны" должны строить свои взаимоотношения на основе равенства, "честного" партнерства и защиты интересов друг друга.

П. Обязанности Сторон

2.1 Стороны обязуются:

2.1.1 Сотрудничать в вопросах разработки и реализации программ межведомственных планов и мероприятий, отвечающих интересам определенной "Сторонами" категории населения.

2.1.2Обмениваться информацией о планируемых мероприятиях.

2.1.3Участвовать в проведении совместных акций, если они не противоречат целям, задачам и программам "Сторон" и законодательству РФ.

2.1.4Объективно освещать в средствах массовой информации деятельность каждой из "Сторон" Договора.

2.1.5Оказывать поддержку в выполнении уставных и программных целей и задач другой "Стороны".

2.1.6Оказывать содействие другой "Стороне" в представлении ее интересов в органах государственной власти и местного самоуправления.

III. Сроки действия Договора

1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими "Сторонами" и действует в течение 3 лет.
2. По окончании срока действия настоящего Договора, предусмотренного п. З.1., он может быть продлен на один календарный год, если ни одна из "Сторон" не уведомит другую "Сторону" о своем намерении прекратить действие настоящего Договора за 30 дней до окончания его срока действия.

IV. Порядок расторжения Договора и разрешения споров между "Сторонами". Каждая из "Сторон" вправе расторгнуть Договор, известив об этом другую "Сторону" не позднее, чем за 30 дней. Все споры между "Сторонами", участниками Договора, разрешаются в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному экземпляру для каждой из "Сторон".

V. Подписи сторон

Приложение В

Программа курсов обучения слушателей на курсах повышения квалификации по направлению "Социальная работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья"

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование занятий  | Вид занятий  | Кол-во часов  | Преподаватель  |
| Социологические аспекты ограниченных возможностей здоровья  | Лекции  | 2 | Т.С. Еремеева  |
| Состояние здоровья детей с ограниченными возможностями здоровья  | Лекция  | 4 | Т.С. Еремеева  |
| Создание доступной для детей с ограниченными возможностями здоровья среды жизнедеятельности  | Лекция  | 4  | В.В.Ситникова  |
| Возрастно-психологические особенности детей с ограниченными возможностями здоровья  | Лабораторные занятия  | 6 | Н.А. Кора  |
| Особенности семьи, имеющей ребенка-инвалида, и внутрисемейных отношений  | Лабораторные занятия  | 4 | Н.А. Кора  |
| Проблема социально-психологической поддержки детей с ограниченными возможностями здоровья  | Лекции  | 4 | Т.С. Еремеева  |
| Социальное обслуживание детей с ограниченными возможностями здоровья и методы социального обслуживания | Лекции  | 4 | Т.С. Еремеева  |
| Проблемы людей, ухаживающих за детьми с ограниченными возможностями здоровья | Лекции  | 4 | В.В.Ситникова  |
| Методы работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья  | Лекции  | 4  | Л.Н. Войт  |
| Правовые аспекты социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья | Лекции  | 2 | Т.С. Еремеева  |
| Разработка социальной программы (проекта)  | Самостоятельная работа  | 20 |  |
| Защита социальной программы (проекта) | Семинарские занятия  | 4 | В.В.Ситникова  |
| Индивидуальное консультирование  | Консультации  | 10 | В.В.Ситникова  |

Руководитель В.В. Ситникова

Декан ФСН Н.К. Щепкина

Приложение Г

Перечень НПА на основании которых осуществляется предоставление государственных услуг по социальной реабилитации несовершеннолетних

- Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 №223-ФЗ (в редакции Федерального закона от 30.06.2008 №106-ФЗ) изд. "Собрание законодательства РФ", 01.01.1996 №1, ст. 16;

- Федеральный закон от 21.12.1996г. №159-ФЗ "О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей" (в редакции Федерального закона от 22.08.2004 №122-ФЗ) изд. "Собрание законодательства РФ", 23.12.1996, №52, ст. 5880;

- Федеральный закон от 24.06.1999 № 120-ФЗ "Об основах системы профилактики безнадзорности правонарушений несовершеннолетних" (в редакции Федерального закона от 01.12.2007 №309-ФЗ) изд. "Собрание законодательства РФ", 28.06.1999 №26, ст. 3177;

- Федеральный закон от 24.07.1998 №124-ФЗ "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации" (в редакции Федерального закона от 30.06.2007 №120-ФЗ), изд. "Собрание законодательства РФ", № 31, ст. 3802;

- Федеральный закон от 10.12.1995 г. № 195-ФЗ "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации" (в редакции Федерального закона от 22.08.2004 №122-ФЗ) изд. "Собрание законодательства РФ", 11.12.1995, № 50,ст. 4872, "Российская газета", № 243, 19.12.1995;

- постановление Правительства Российской Федерации от 18.08.2005 № 525 "О порядке расходования и учета средств федерального бюджета предусмотренных на финансирование деятельности, связанной с перевозкой между субъектами Российской Федерации, а также в пределах территорий государств-участников Содружества Независимых государств несовершеннолетних, самовольно ушедших из семей, детских домов, школ-интернатов, специальных учебно-воспитательных и иных детских учреждений" (Собрание законодательства РФ, 22.08.2005, № 34, ст.3517);

- постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 19.07.2000 № 52 "Об утверждении методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения "Центр социальной помощи семье и детям" (в редакции постановления Минтруда РФ от 26.03.2001, №28) изд. "Бюллетень Минтруда РФ", №8, 2000;

-постановление Правительства РФ от 27.11.2000 №896 "Об утверждении примерных положений о специализированных учреждениях для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации", изд. "Собрание Законодательства РФ", 04.12.2000, № 49, ст. 4822;

- постановление Министерства труда и социального развития РФ от 29.03.2002 № 25 "Об утверждении Рекомендаций по организации деятельности специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации" (в ред. Постановления Минтруда РФ от 23.01.2004 № 2) изд. "Бюллетень Минтруда РФ", 2002, №5;

- постановление Минтруда РФ от 30.01.1997 № 4 "Об утверждении Порядка приема, содержания и выпуска лиц, находящихся в специализированном учреждении для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации" изд. "Бюллетень Минтруда РФ", 1997, № 4;

- постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11.03.2003 №13 "О введении в действие санитарно - эпидемиологических правил и нормативов САНПИН 2.4.1201-03" изд. "Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти" 02.06.2003, № 43;

- приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 30.12.2005 г. № 535-ст "О принятии и введении в действие национального стандарта Российской Федерации "Социальное обслуживание населения. Классификация учреждений социального обслуживания. ГОСТ Р 52498-2005" М., Стандартинформ, 2006;

- постановление Госстандарта Российской Федерации от 24.11.2003 №327-ст "О принятии и введении в действие национального стандарта" "Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг. ГОСТ Р 52143-2003" изд.М., ИПК Издательство стандартов, 2004;

- постановление Госстандарта Российской Федерации от 24.11.2003 №326-ст "О принятии и введении в действие национального стандарта", "Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения. ГОСТ Р 52142-2003" М., ИПК Издательство стандартов, 2003;

- приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27.12.2007 №566-ст Национальный стандарт РФ ГОСТ 52888-2007 "Социальные услуги детям";

- приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27.12.2007 №561-ст Национальный стандарт РФ ГОСТ 52883-2007 "Требования к персоналу учреждений социального обслуживания";

- приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27.12.2007 №560-ст Национальный стандарт РФ ГОСТ 52882-2007 "Специальное техническое оснащение учреждений социального обслуживания".

- приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27.12.2007 №563-ст Национальный стандарт РФ ГОСТ 52885-2007 "Социальные услуги семье";

- приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27.12.2007 №564-ст Национальный стандарт РФ ГОСТ 52886-2007 "Социальные услуги женщинам";

- Закон Амурской области от 14.12.2005 №103-ОЗ "О комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав" (в ред. Закона Амурской области от 12.10.2007 №400-ОЗ) изд. "Амурская правда", №2, 11.01.2006;

-Закон Амурской области от 21.01.2005 №424-ОЗ "О перевозке несовершеннолетних, самовольно ушедших из семей, детских домов, школ-интернатов, специальных учебно-воспитательных школ-интернатов, специальных учебно-воспитательных и иных детских учреждений, по территории Амурской области" изд. "Амурская правда" №17-18,25.11.2005;

- Закон Амурской области от 19.01.2005 №409-ОЗ "Об обслуживании отдельных категорий граждан социальными службами Амурской области" (в редакции Закона Амурской области от 12.10.2007 №408-ОЗ) изд. "Амурская правда", №19-20, 26.01.2005;

- Закон Амурской области от 13.12.2006 №261-ОЗ "О государственной гражданской службе Амурской области" (в редакции Закона Амурской области от 07.06.2007 №345-ОЗ) изд. "Амурская правда", № 240, 20.12.2006;

- Закон Амурской области от 02.05.2007 № 326-ОЗ "Об областных стандартах качества предоставления бюджетных услуг" изд. "Амурская правда", № 80, 08.05.2007;

-постановление губернатора Амурской области от 29.12.2006 №738 "Об утверждении комплексного плана мероприятий по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, защите их прав и законных интересов на территории Амурской области на 2007-2009 годы";

- постановление губернатора Амурской области от 09.03.2005 №119 "О порядке финансирования деятельности, связанной с перевозкой несовершеннолетних, самовольно ушедших из семей, детских домов, школ-интернатов, специальных учебно-воспитательных и иных детских учреждений" (в редакции постановления губернатора Амурской области от 26.04.2008 №189), опубликован не был;

- постановление губернатора Амурской области от 03.08.2007 №459 "Об утверждении положения о министерстве социальной защиты населения Амурской области" "Вестник Администрации Амурской области", № 11, 14.08.2007;

- постановление губернатора области от 12.09.2007 №538 "Об утверждении норм питания и материального обеспечения лиц, проживающих в социальных учреждениях Амурской области" изд. "Амурская правда", № 117, 25.09.2007;

- уставы государственных стационарных учреждений социального обслуживания.

##### Приложение Д

##### Социальные учреждения для несовершеннолетних и семей с детьми, нуждающихся в социальной реабилитации

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** **п/п** | **Наименование учреждения** | **Директор** | **Адрес места нахождения** | **Телефон/факс** | **Дата открытия** |
| **1. Областные специализированные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации** |
| 1 | ГУ-Ивановский межрайонный социальный приют для детей и подростков | Козлова Анна Ивановна | 676925, Ивановский р-н, с.Березовка, ул.Партизанская, 104.  | Тел. (8-249) 5-33-51, 53-1-78 | 02.04.1998г. |
| 2 | ГУ-Завитинский межрайонный социальный приют для детей и подростков | Тарасова Наталья Васильевна | 676663, Завитинский р-н, с.Антоновка. | Тел. (8-236) 42-2-23, 42-2-22 | 09.01.2003г. |
| 3 | ГУ-Свободненский межрайонный социальный приют для детей и подростков | Иванова Любовь Андреевна | 676400, г.Свободный, ул.М. Чесноковская, 5 | Тел. (8-243) 2-08-25, факс-2-19-02 | 27.12.1994г. |
| 4 | ГУ-Шимановсикй межрайонный социальный приют для детей и подростков | Суховетрова Галина Ильинична | 676306, г.Шимановск, ул.Ленина, 40 | Тел/факс (8-251) 2-16-02 | 04.03.2003г. |
| 5 | ГУ-Октябрьский межрайонный социальный приют для детей и подростков | Кучер Людмила Петровна | 676644, Октябрьский р-н, с.Восточное, ул.Восточная, 12 | Тел. (8-252) 3-63-45, 3-62-79 | 05.09.1995г. |
| 6 | ГУ-Тындинский межрайонный социальный приют для детей и подростков | Кравченко Ольга Алексеевна | 676266, Тындинский р-н, п.Чильчи, ул.Ленина, 5 | Тел. (8-256) 2-23 | 01.08.1995г. |
| 7 | ГУ-Белогорский межрайонный социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних | Куприянова Светлана Петровна | 676863, г.Белогорск, ул.Низменная, 14 | Тел. (8-241) 2-17-29, 2-39-37 | 01.02.1996г. |
| **2. Муниципальные специализированные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации** |
| 1 | Муниципальный социальный приют для детей и подростков г.Благовещенска | Крючкова Анна Юрьевна | 675000, г.Благовещенск, ул.50 лет Октября, 198 | Тел. (8-4162) 35-40-15, 35-32-78  | 09.08.1995г. |
| 2 | Новгородский социальный приют для детей и подростков | Кареба Ирина Вадимовна | 676442, Свободненский р-н, с.Новгородка, ул.Центральная, 5 | Тел. (8-243) 36-3-96 | 30.07.2003г. |
| 3 | Социальный приют для детей и подростков Мазановского р-на | Храмцова Татьяна Александровна | 676521, Мазановский р-н, с.Сапроново | Тел. (8-244) 2-44-95 | 02.02.2000г. |
| 4 | Тамбовский социальный приют для детей и подростков | Мягкова Ольга Анатольевна | 676952, Тамбовский р-н, с.Резуновка | Тел. (8-238) 39-1-75 | 25.10.2002г. |
| 5 | Социальный приют для детей и подростков Магдагачинского р-на | Лапатина Татьяна Николаевна | 676153, Магдагачинский р-н, с.Черняево | Тел. (8-253) 98-2-86 | 01.01.1998г. |
| 6 | Бурейский социальный приют для детей и подростков | Мельникова Татьяна Андреевна | 676720, Бурейский р-н, ул.Комсомольская, 10 | Тел.(8-234) 21-3-79 | 03.02.2004г. |
| **3. Центры помощи семье и детям** |
| 1 | Центр социальной помощи семье и детям г.Благовещенск | Петрова Наталья Николаевна | 675000, г.Благовещенск, ул.Зейская, 138 | Тел. (84162) 53-15-52 | 01.07.2000г. |
| 2 | Центр социальной помощи семье и детям г.Белогорск | Анищенко Валентина Харламповна | 676863, г. Белогорск, ул.Гагарина, 17 | Тел. (8-241) 4-05-60 | 01.01.2003г. |
| 3 | Центр социальной помощи семье и детям г.Свободный  | Зыбина Галина Викторовна | 676450, г.Свободный, ул.К.Маркса, 20 | Тел. (8-243) 25-016 | 01.01.2003г.  |
| 4 | Центр социальной помощи семье и детям п.Архара | Кокшарова Светлана Николаевна | 676740, Архаринский р-н, п. Архара | Тел. (8-248) 21-21-2 | 01.08.2003г. |
| 5 | Комплексный центр социального обслуживания населения "Родник" | Фида Людмила Владимировна | 676200, г.Зея, ул.Октябрьская, 7 | Тел. (8-258) 2-47-36 | 07.02.2005г. |