**Дипломная работа**

**на тему:**

**"Особенности медико-социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями в учреждениях города Вологды"**

**Введение**

Проблема инвалидности интересовала людей с глубокой древности. Люди, страдающие от тяжелых недугов и имеющие ограниченные возможности для жизни и деятельности, на Руси традиционно являлись одним из объектов благотворительности и милосердия. Кроме того, в православной культуре им было уготовано особое место. Конец XX столетия в истории России является периодом больших перемен, которые коснулись различных сторон жизни государства, затронули все слои населения. Политика страны изменилась по отношению к инвалидам. Она стала, нацелена на предоставление инвалидам материального обеспечения.

По данным ООН, в мире насчитывается примерно 450 миллионов людей с нарушениями психического и физического развития. Это составляет 1/10 числа жителей нашей планеты. Данные всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) свидетельствуют, что число таких жителей в мире достигает 13% (3% детей рождаются с недостатками интеллекта и 10% детей с другими психическими и физическими недостатками). Всего в мире около 200 миллионов детей с ограниченными возможностями.

В Российской Федерации на протяжении многих лет уровень инвалидности, как один из показателей здоровья населения, остается достаточно высоким. Рост инвалидности в нашей стране свидетельствует о снижении уровня здоровья нации в целом.

В настоящее время в Российской Федерации 1,6 млн. детей относятся к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья и нуждаются в специальном образовании и социальном воспитании, отвечающих их потребностями. В России частота детской инвалидности за последнее десятилетие увеличилась в два раза.

Ежегодно в стране рождается около 30 тысяч детей с врожденными наследственными заболеваниями, среди них 70–75% являются инвалидами.

В настоящее время в России численность инвалидов насчитывает более 5 млн., из них 1 млн. 800 тыс. составляют дети-инвалиды, в Вологодской области насчитывается более 100 тыс. инвалидов, среди них дети-инвалиды составляют 7 тыс. человек, а в одном только г. Вологде примерно 1,5 тыс. детей с ограниченными возможностями.

Хотя люди с ограниченными возможностями и их семьи по-прежнему наталкиваются на барьеры во взаимопонимании и общении с другими людьми, в целом же социальное отношение к инвалидам меняется в лучшую сторону.

В связи с актуальностью проблемы мы определили тему выпускной квалификационной работы «Особенности медико-социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями в учреждениях города Вологды»

**Цель работы**: выявление видов помощи детям-инвалидам в процессе реабилитации.

**Объект исследования**: социальные учреждения г. Вологды, имеющие реабилитационные возможности для работы с детьми-инвалидами.

**Предмет исследования**: организация помощи детям-инвалидам.

Для достижения поставленной цели необходимо решение следующих **задач:**

* Охарактеризовать теоретические аспекты социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями;
* Раскрыть понятие детская инвалидность;
* Обосновать виды реабилитационной работы с детьми-инвалидами;

**Гипотеза исследования**: мы предполагаем, что медико-социальная реабилитация является социально значимой проблемой в адаптации ребенка с ограниченными возможностями окружающего мира.

**Методы исследования**: теоретические: изучение литературы и документации учреждений, эмпирические наблюдения: анкетирование, методы материальной обработки данных.

Данное исследование дает возможность рассмотреть все аспекты особенностей медико-социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями в учреждениях. Работа состоит из введения, двух разделов, заключения, списка литературы и приложений. В первом разделе рассматриваются теоретические аспекты социальной реабилитации детей – инвалидов. Во втором разделе изложены направления реабилитационной деятельности социальных учреждений г. Вологды.

**1. Теоретические аспекты социальной реабилитации детей-инвалидов**

**1.1 Понятие детской инвалидности**

Согласно Декларации о правах инвалидов (ООН, 1975 г.) *инвалид – это любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и (или) социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет, его (или ее) физических или умственных возможностей.*

В Рекомендациях 1185 к реабилитационным программам 44-й сессии Парламентской Ассамблеи Совета Европы от 5 мая 1992 г. *инвалидность* определяется *как ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества.* Общество обязано адаптировать свои стандарты к особым нуждам людей, имеющих инвалидность, для того чтобы они могли жить независимой жизнью. (12)

Определение социально-правового статуса человека с инвалидностью получает развитие и уточнение в правовых документах на уровне законодательства. Так ФЗ РФ №181 от 24.11.1995 г. «О социальной защите инвалидов» с последующими его изменениями вводит следующее правовое понятие «инвалид».

**Инвалид** – это лицо, которое имеет нарушение здоровья, обусловленное заболеванием, последствиями травм или анатомическими дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности.

В развитие этого определения этот же закон водит еще один признак инвалидности – нуждаемость такого лица в социальной защите. Особый правовой статус установлен для инвалидов, не достигших 18-летнего возраста. Эта категория называется «дети-инвалиды». Порядок признания граждан, в том числе и не достигших 18 лет, инвалидами (возрастные изменения введены в закон с 1.01.2000 г.) установлен постановлением Правительства РФ от 13.08.1996 г. №965, в соответствии с которыми гражданин признается инвалидом при наличии следующих условий:

* нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма;
* ограничение жизнедеятельности;
* необходимость осуществления мер социальной защиты.

По разным основаниям все инвалиды делятся на несколько групп:

* по возрасту – дети-инвалиды и инвалиды-взрослые;
* по причинам происхождения инвалидности – инвалиды с детства, инвалиды войны, инвалиды труда, инвалиды общего заболевания;
* по степени трудоспособности – инвалиды трудоспособные и нетрудоспособные

Не всякое нарушение здоровья ведет к инвалидности, а только то, которое связано со стойким расстройством функций организма.

Дети-инвалиды входят в более широкую группу, обозначаемую целой серией формулировок, несущих определенный смысл, но не всегда отражающих состояние детей и проблемы, вытекающие из этого состояния: «дети с особыми потребностями», «дети с отклонениями (нарушениями) в развитии», «дети с ограниченными возможностями», «особые» дети. Эти термины используются в сфере профессионалов с целью замещения понятия «инвалид» другими, не привносящими унизительный смысл в характеристику детей, чья жизнь отличается от традиционного понятия детства и нередко наполнена физической болью и душевными страданиями.

В настоящее время не существует единых принципов классификации нарушений развития. Лапшин В.А. и Пузанов Б.П., авторы одной из наиболее известных классификаций нарушений развития чаще всего, используемых на практике, выделяют следующие группы:

* дети с сенсорными нарушениями (нарушения слуха и зрения);
* дети с интеллектуальными нарушениями (умственная отсталость и задержки психического развития);
* дети с нарушениями речи;
* дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
* дети с комплексными (комбинированными) дефектами развития;
* дети с искаженным (дисгармоничным) развитием.

Инвалидность у детей означает существенное ограничение жизнедеятельности, она способствует социальной дезадаптации, которая обусловлена нарушениями в развитии, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении, овладении в будущем профессиональными навыками. Освоение детьми-инвалидами социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует от общества определенных дополнительных мер, средств и усилий (это могут быть специальные программы, специальные центры по реабилитации, специальные учебные заведения и т.д.). Но разработка этих мер должна основываться на знании закономерностей, задач, сущности процесса социальной реабилитации. (8)

**1.2 Основные медико-социальные проблемы инвалидов**

С точки зрения медико-социальная реабилитация предотвращает нарушение связей человека с окружающим миром и выполняет профилактическую функцию по отношению к инвалидности. Почему же инвалиды относятся к жертвам неблагоприятных условий социальной реабилитации? Какие проблемы возникают в процессе их социальной реабилитации, вернее, детей инвалидов?

Прежде всего, это социальные проблемы: недостаточные формы социальной поддержки, недоступность здравоохранения, образования, культуры, бытового обслуживания, отсутствие надлежавшей архитектурной среды. Проблема инвалидности не ограничивается медицинскими аспектами, она в гораздо большей степени является социальной проблемой неравных возможностей. Главная проблема ребенка с ограниченными возможностями заключается в нарушении его связи с миром, в ограниченной мобильности, бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограниченном общении с природой, недоступности ряда культурных ценностей, а иногда и элементарного образования. Эта проблема является следствием не только субъективного фактора, каковым является состояние физического и психического здоровья ребенка, но и результатом социальной политики и сложившегося общественного сознания, которые санкционируют существование недоступной для инвалида архитектурной среды, общественного транспорта, социальных служб. (13)

Проблемы медико-социальной реабилитации связаны с региональными условиями, с наличием или отсутствием спецшкол, специальных реабилитационных центров, специалистов дефектологов в местах проживания семей, где есть ребенок инвалид. Поскольку специальные образовательные учреждения распределены по стране крайне редко, то дети инвалиды часто вынуждены получать образование и воспитание в специальных школах интернатах. Попадая в такую школу, ребенок оказывается изолированным от семьи, от нормально развивающихся сверстников, от общества в целом. Аномальные дети как бы замыкаются в особом социуме, вовремя не приобретают надлежавший социальный опыт. Закрытость специальных образовательных учреждений, не может отразиться на развитии личности ребенка, на его готовность к самостоятельной жизни.

Медицинские специалисты регулярно проводят учет новорожденных с той или иной, пусть даже слабо выраженной патологией, позволяющей отнести ребенка к «группе риска». Рост осложнений для новорожденных связан с некачественным питанием беременных женщин и кормящих матерей, ухудшением экологической обстановки, увеличением частоты инфицирования женщин инфекционными и вирусными заболеваниями, в том числе СПИДом и сифилисом, увеличением числа женщин, употребляющих во время беременности алкоголь и наркотики. Профилактика носит самый активный характер, и осуществляется в тесном контакте психоневрологов, медиков, педиатров, социологов с родителями. Социальная реабилитация происходит в микро-социуме (семья) и макро-социуме (общество). Ребенок, поставленный лицом к лицу только с родителями и врачами, у которых доминанта – его болезнь, постоянно изолируется от общества, и уж тут ни о каком его воспитании и тем более развитии, речи быть не может

Медицинские и сопутствующим им мероприятия – лишь основа для проведения дальнейшей долговременной работы по социальной реабилитации. (11)

**1.3 Реабилитация детей-инвалидов как социальная проблема**

В настоящие время процесс реабилитации инвалидов является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Психологи, философы, социологи, педагоги, социальные психологи и т.д. вскрывают различные аспекты этого процесса. Исследуют механизмы, этапы, стадии и факторы реабилитации.

Проблема реабилитации детей и подростков с нарушениями психического и физического развития весьма актуальна и в теоретическом и в практическом отношении. Но, не смотря на это реабилитации детей – инвалидов все еще не являются предметом специального исследования.

В представлении Е.И. Холостовой – реабилитация **–** комплекс мер, направленных на восстановление человека в правах, социальном статусе, здоровье, дееспособности. Этот процесс нацелен не только на восстановление способности человека к жизнедеятельности в социальной среде, но и самой социальной среды, условий жизнедеятельности, нарушенных или ограниченных по каким-либо причинам.

По мнению Дементьевой Н.Ф. – реабилитация– процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на более полную компенсацию ограничения жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья, со стойким расстройством функций организма.

Осуществление социальной реабилитации в значительной мере зависит от соблюдения ее основных принципов. К ним следует отнести: этапность, дифференцированность, комплексность, преемственность, последовательность, непрерывность в проведении реабилитационных мероприятий, доступность и преимущественную бесплатность для наиболее нуждающихся. (13)

В рамках комплексной реабилитационной деятельности можно выделить различные уровни, в их числе:

* медико-социальный,
* профессионально-трудовой,
* социально-психологический,
* социально-ролевой,
* социально-бытовой,
* социально-правовой.

В практической социальной работе реабилитационная помощь оказывается различным категориям в том числе и детям-инвалидам. В зависимости от этого определяются и важнейшие направления реабилитационной деятельности.

Реабилитация инвалидов с детства, особенно детей-инвалидов, имеет свои особенности, т. к. она должна обеспечить с учетом того, что речь идет о растущем организме, развитие всех систем и функций, предупредить задержку в росте и развитие ребенка. Поэтому под реабилитацией инвалидов детства с учетом основополагающих и методологических положений реабилитации, принято принимать систему медицинских, педагогических, психологических, социально-экономических и др. мероприятий, которые направлены на ликвидацию или коррекцию патологических изменений, нарушающих нормальный ход развития организма ребенка. И на максимально полную и раннюю социальную адаптацию ребенка, на формирование у него положительного отношения к жизни, обществу, семье, обучению, трудовой деятельности.

Изучение нами различных источников [6, 12, 19, 34] показало, что, несмотря на значительные различия систем реабилитации в разных странах, всё шире развивается международное сотрудничество в этой сфере, всё чаще поднимается вопрос о необходимости международного планирования и разработки координированной программы реабилитации физически неполноценных лиц. Так, период с 1983 по 1992 годы был объявлен ООН Интернациональной Декадой Инвалидов; в 1993 году Генеральная ассамблея ООН приняла «Стандартные правила уравнивания возможностей инвалидов», которые должны считаться в странах членах ООН точкой отсчёта в сфере прав инвалидов. Стандартные правила – это основной международный документ, фиксирующий краеугольные принципы жизни инвалидов в обществе. В них содержатся конкретные рекомендации государствам о мерах по устранению препятствий, осложняющих участие инвалидов в общественной жизни, с одной стороны, и по обеспечению адекватного отношения общества к проблемам инвалидам, их правам, потребностям, возможностям самореализации, с другой.

Согласно Стандартным правилам, процесс реабилитации не ограничивается оказанием лишь медицинской помощи, а включает широкий круг мер, начиная от начальной и более общей реабилитации и кончая целенаправленной индивидуальной помощью. (35)

В современной теории социальной работы выделяют следующие виды реабилитации инвалидов:

1. медицинская,
2. социально-средовая,
3. профессионально-трудовая,
4. психолого-педагогическая,
5. социальная;
6. социокультурная.

Остановимся на характеристике каждого вида.

1. ***Медицинская реабилитация*** включает в себя комплекс медицинских мер, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, приведших к инвалидности. Это такие меры, как восстановительное и санаторно-курортное лечение, профилактика осложнений, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, физиотерапия, лечебная физкультура, грязелечение, психотерапия и др. Государство гарантирует инвалидам в полном объеме всех видов медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение. Все это осуществляется бесплатно или на льготных условиях в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством ее субъектов.

Комитет ВОЗ (1980 г.) дал определение ***медицинской реабилитации***: реабилитация – это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально – оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе. Таким образом, медицинская реабилитация включает мероприятия по предотвращению инвалидности в период заболевания и помощь индивиду в достижении максимальной физической, психической, социальной, профессиональной и экономической полноценности, на которую он будет способен в рамках существующего заболевания. Среди прочих медицинских дисциплин реабилитация занимает особое место, так как рассматривает не только состояние органов и систем организма, но и функциональные возможности человека в его повседневной жизни после выписки из медицинского учреждения. В последние годы в реабилитацию введено понятие «качество жизни, связанное со здоровьем». При этом именно качество жизни рассматривают как интегральную характеристику, на которую надо ориентироваться при оценке эффективности реабилитации больных и инвалидов. Правильное представление о последствиях болезни имеет принципиальное значение для понимания сути медицинской реабилитации и направленности реабилитационных воздействий.

Оптимальным является устранение или полная компенсация повреждения путем проведения восстановительного лечения. Однако это не всегда возможно, и в этих случаях желательно организовать жизнедеятельность больного таким образом, чтобы исключить влияние на неё существующего анатомического и физиологического дефекта. Если при этом прежняя деятельность невозможна или отрицательно влияет на состояние здоровья, необходимо переключение больного на такие виды социальной активности, которые в наибольшей степени будут способствовать удовлетворению всех его потребностей. (18)

Идеология медицинской реабилитации за последние годы претерпела значительную эволюцию. Если в 40-е годы основой политики в отношении хронически больных и инвалидов были их защита и уход за ними, то с 50-х годов начала развиваться концепция интеграции больных и инвалидов в обычное общество; особый упор сделан на их обучении, получение ими технических подсобных средств. В 70-е – 80-е годы зарождается идея максимальной адаптации окружающей среды под нужды больных и инвалидов, всесторонней законодательной поддержки инвалидов в сфере образования, здравоохранения, социальных услуг и обеспечения трудовой деятельности. В связи с этим становится очевидным, что система медицинской реабилитации в очень большой степени зависит от экономического развития общества.

Общие показания в медицинской реабилитации представлены в докладе Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности в реабилитации (1983). К ним относятся:

1. значительное снижение функциональных способностей;
2. снижение способности к обучению;
3. особая подверженность воздействиям внешней среды;
4. нарушения социальных отношений;
5. нарушения трудовых отношений.

Противопоказания к применению реабилитационных мероприятий включают сопутствующие острые воспалительные и инфекционные заболевания, соматические и онкологические заболевания, выраженные расстройства психические заболевания, затрудняющие общение и возможность активного участия больного в реабилитационном процессе.

Основные принципы медицинской реабилитации наиболее полно изложены одним из ее основоположником К. Ренкером (1980):

1. Реабилитация должна осуществляться, начиная с самого возникновения болезни или травмы и вплоть до полного возвращения человека в общество (непрерывность и основательность).
2. Проблема реабилитации должна решаться комплексно, с учётом всех её аспектов (комплексность).
3. Реабилитация должна быть доступной для всех кто в ней нуждается (доступность).
4. Реабилитация должна приспосабливаться к постоянно меняющейся структуре болезней, а также учитывать технический прогресс и изменения социальных структур (гибкость). (36)

Поскольку одним из ведущих принципов реабилитации является комплексность воздействий, реабилитационными могут называться лишь те учреждения, в которых проводится комплекс медико-социальных и профессионально-педагогических мероприятий. Выделяют следующие аспекты этих мероприятий (Роговой М.А. 1982):

1. Медицинский аспект – включает вопросы лечебного, лечебно-диагностического и лечебно-профилактического плана.
2. Физический аспект – охватывает все вопросы связанные с применением физических факторов (физиотерапия, ЛФК, механо- и трудотерапия), с повышением физической работоспособности.

3. Психологический аспект – ускорение процесса психологической адаптации к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации, профилактика и лечение развивающихся патологических психических изменений.

4. Профессиональный аспект – у работающих лиц – профилактика возможного снижения или потери трудоспособности; у инвалидов – по возможности, восстановление трудоспособности; сюда входят вопросы определения трудоспособности, трудоустройства, профессиональной гигиены, физиологии и психологии труда, трудового обучения переквалификации.

5. Социальный аспект – охватывает вопросы влияния социальных факторов на развитие и течение болезни, социального обеспечения трудового и пенсионного законодательства, взаимоотношение больного и семьи, общества и производства.

6. Экономический аспект – изучение экономических затрат и ожидаемого экономического эффекта при различных способах восстановительного лечения, формах и методах реабилитации для планирования медицинских и социально-экономических мероприятий.

***2. Социально-средовая*** реабилитация инвалидов – это комплекс мер, направленных на создание оптимальной среды их жизнедеятельности, обеспечение условий для восстановления социального статуса и утраченных общественных связей. Такая реабилитационная деятельность нацелена на обеспечение инвалидов специальным оборудованием и оснащением, которое позволяет им быть относительно независимыми в бытовом плане.

В России из общего числа инвалидов не менее трех четвертей нуждаются в технических средствах реабилитации. До недавнего времени в стране насчитывалось всего тридцать наименований реабилитационных средств против двух тысяч, которые были известны в мире. В результате реализации федеральной комплексной программы «Социальная поддержка инвалидов», принятой правительством в январе 1995 г., ситуация стала меняться к лучшему. На начало 1998 г. насчитывалось уже более 200 наименований реабилитационных средств для инвалидов.

3. Под ***профессионально-трудовой*** реабилитацией инвалидов понимается система гарантированных государством мероприятий по профессиональной ориентации, профессиональному обучению и трудовому устройству инвалидов в соответствии с их здоровьем, квалификацией и личными склонностями. Меры профессионально-трудовой реабилитации реализуются в соответствующих реабилитационных учреждениях, организациях и на производстве. В частности, медико-социальными экспертными комиссиями и реабилитационными центрами осуществляется профессиональная ориентация. Профессиональное обучение проводится в обычных или специализированных учебных заведениях по подготовке специалистов разного профиля, а также в системе производственно-технического обучения на предприятиях. Трудоустройство инвалидов, находящихся без работы, осуществляют службы занятости, где для этого имеются специальные подразделения.

***4. Психологическая*** реабилитация позволяет инвалиду успешно адаптироваться в окружающей среде и в обществе в целом.

Кризисные явления, характерные для современного состояния российской экономики оказывают негативное воздействие на положение малозащищенных групп населения, в том числе на детей с ограниченными возможностями. Их численность неуклонно растет.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида включает в себя комплекс оптимальных для него реабилитационных мероприятий. Разрабатываемая на основе решения Государственной службы медико-социальной экспертизы, она содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно в соответствии с федеральной базовой программой реабилитации инвалидов, так и такие, в оплате которых принимает участие и сам инвалид, либо другие лица и организации.

Как считают специалисты, реабилитация детей-инвалидов должна начинаться на самых ранних стадиях болезни, осуществляться непрерывно до достижения в минимально возможные сроки максимального восстановления или компенсации нарушенных функций. В индивидуальных комплексных программах реабилитации детей-инвалидов должны быть отражены не только основные аспекты реабилитации (медицинский, психологический, педагогический, социальный, социально-бытовой), но и реабилитационные меры, их объем, сроки проведения и контроля.

Проблемной стороной реабилитационного процесса в условиях для детей с ограниченными возможностями является его определенная замкнутость. Здесь отсутствует возможность более широкого общения детей-инвалидов со здоровым окружением, что накладывает определенный отпечаток на уровень социализации детей, затрудняет их адаптацию в обществе. Такие проблемы лучше решаются в реабилитационных центрах для детей и подростков с ограниченными возможностями. (32) Примерное положение об этих центрах было утверждено Министерством социальной защиты населения Российской Федерации в декабре 1994 г. В соответствии с ним, целью деятельности центра является не только оказание детям и подросткам, имеющим отклонения в физическом или умственном развитии, квалифицированной медико-социальной, психолого-социальной, социально-педагогической помощи, но и обеспечение их максимально полной и своевременной адаптацией к жизни в обществе, семье, к обучению и труду. Так, в реабилитационном центре внешкольного образования «Творчество», успешно функционировавшем в Самаре во второй половине 90-х гг., обучение инвалидов школьного возраста в системе дополнительного образования проводилось в коллективе здоровых воспитанников. Первые учились не стесняться своего недуга, а вторые – видеть в своих товарищах по учебе полноценных людей.

Хотя в последние годы в нашей стране открываются все новые и новые подобные реабилитационные центры, однако их количество недостаточно. Не каждому инвалиду по карману оказываются расходы на прохождение отдельных курсов медицинской и социально-трудовой реабилитации. В этой связи заслуживает внимание опыт далекой Австралии, где инвалид, проходя курс социально-трудовой и медицинской реабилитации получает надбавки к пенсии по инвалидности. И они практически полностью покрывают все расходы на эти цели. (22)

1. ***Социальная*** реабилитация, будучи одной из общих технологий социальной работы, направлена на восстановление не только здоровья, трудоспособности, но и социального статуса личности, его правового положения, морально-психологического равновесия, уверенности в себе.

Исторически понятия «инвалидность» и «инвалид» в России связывались с понятиями «нетрудоспособность» и «больной». И нередко методические подходы к анализу инвалидности заимствовались из здравоохранения, по аналогии с анализом заболеваемости. Представления о происхождении инвалидности укладывались в традиционные схемы «здоровье – заболеваемость» (хотя, если быть точным, заболеваемость – показатель нездоровья) и «больной – инвалид». Последствия таких подходов создавали иллюзию мнимого благополучия, так как относительные показатели инвалидности на фоне естественного прироста населения улучшались, из-за чего реальные стимулы к поиску истинных причин роста абсолютного числа инвалидов отсутствовали. Лишь после 1992 года в России произошел перекрест линий рождаемости и смертности, и явления депопуляции нации приобрели отчетливый характер, сопровождаясь устойчивым ухудшением показателей инвалидности, возникли серьезные сомнения в правильности методологии статистического анализа инвалидности. Специалисты долгое время рассматривали понятие «инвалидность», отталкиваясь преимущественно от биологических предпосылок, расценивая ее возникновение в основном как следствие неблагоприятного исхода лечения. В связи с этим социальная сторона проблемы была сужена до нетрудоспособности, как основном показателе инвалидности. Поэтому основной задачей врачебно-трудовых экспертных комиссий было определение того, какую профессиональную деятельность освидетельствуемый не может выполнять, а что может – определялось на основе субъективных, преимущественно биологических, а не социально-биологических критериев. Понятие «инвалид» сужалось до понятия «неизлечимо больной». Таким образом, социальная роль человека в действующем правовом поле и конкретных экономических условиях отступала на второй план, и понятие «инвалид» не рассматривалось с точки зрения многопрофильной реабилитации, использующей социальные, экономические, психологические, образовательные и другие необходимые технологии. В настоящее время ***инвалид*** характеризуется как *лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты*. Инвалидность является одним из важнейших показателей социального неблагополучия населения, отражает социальную зрелость, экономическую состоятельность, нравственную полноценность общества и характеризует нарушение взаимосвязей человеком-инвалидом и обществом. Учитывая тот факт, что проблемы инвалидов затрагивают не только их личные интересы, но и в определенной степени касаются их семей, зависят от уровня жизни населения и других социальных факторов, можно констатировать, что их решение лежит в общенациональной, а не узковедомственной плоскости и во многом определяет лицо социальной политики государства.

1. ***Социокультурная*** реабилитация – это один из способов приобщения людей с инвалидностью к активной жизни общества, эффективный способ изменить позицию общества по отношению к инвалидам и один из путей гуманизации общества в целом.

Социокультурная реабилитация может оказать существенное положительное влияние на инвалидов всех возрастных и социальных групп, но особое значение она имеет для детей-инвалидов. В отношении этой категории лиц главная задача этого реабилитационного направления деятельности – приобщение молодежи к культурным, духовно-нравственным ценностям, к здоровому образу жизни, гармоничное развитие на основе включения в мир искусства и культуры. В основе подходов идея свободной, гармонично развитой личности, которая ориентирована на духовно-нравственные ценности и стремиться к постоянному самоопределению, самосовершенствованию, а так же признанию важной роли искусства и литературы в формировании и развитии этой личности. Это – средство развития разнообразных жизненных познавательных навыков, повышения самооценки личности, возможность творческого самовыражения и объединения индивидуальностей в общность. (21)

Реабилитационная роль сферы культуры в ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» не определена. Однако целесообразность включения ее в эту систему обусловлена как значимость культурных ценностей для развития и самореализации личности, провозглашенной в Основах законодательства РФ о культуре, так и практикой работы с инвалидами значительного числа учреждений культуры.

В целом инвалидность как проблема деятельности человека в условиях ограниченной свободы выбора, включает в себя несколько основных направлений (правовой; социально-средовой; психологический; общественно-идеологический; производственно-экономический; анатомо-функциональный). Каждое направление имеет свои задачи и специальные реабилитационные меры. Индивидуальная программа реабилитации инвалиду с детства разрабатывается по всем аспектам, поэтому она получила название комплексной или многопрофильной программы реабилитации.

Дадим краткую характеристику всех направлений реабилитационной деятельности.

## *Правовой аспект решения проблем инвалидов.*

Правовой аспект предполагает обеспечение прав, свобод и обязанностей инвалидов. Президентом России подписан Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Тем самым особо уязвимой части нашего общества даны гарантии социальной защиты. Безусловно, основополагающие законодательные нормы, регулирующие положение инвалида в обществе, его права и обязанности являются необходимыми атрибутами любого правового государства. Вступление в силу этого Закона надо только приветствовать. Но появление такого документа – событие значительное, прежде всего, для миллионов российских инвалидов, получивших, наконец, «свой» закон. Ведь чтобы выжить, они должны располагать экономическими, социальными и правовыми гарантиями. И вышедший закон, определенный объем таких гарантий устанавливает. Следует отметить три принципиальных положения, составляющих основу Закона. Первое – это наличие у инвалидов, особых прав на определенные условия для получения образования; обеспечение средствами передвижения; на специализированные жилищные условия; первоочередное получение земельных участков для индивидуального жилищного строительства, ведения подсобного и дачного хозяйства и садоводства, и другие. Второе немаловажное положение – это право инвалидов быть активными участниками всех тех процессов, которые касаются принятия решений относительно их жизнедеятельности, статуса и т.д. Теперь федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов РФ должны привлекать полномочных представителей общественных объединений инвалидов для подготовки и принятия решений, затрагивающих интересы инвалидов. Решения, принятые с нарушением этой нормы, могут быть признаны недействительными в судебном порядке. Третье положение провозглашает создание специализированных государственных служб: медико-социальной экспертизы и реабилитации. Они призваны формировать систему обеспечения относительно независимой жизнедеятельности инвалидов. При этом среди функций, возлагаемых на государственную службу медико-социальной экспертизы, – определение группы инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты; определение степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание; уровня и причин инвалидности населения и др. Закон обращает внимание на основные направления решения проблем инвалидов. В частности, в нем говорится об их информационном обеспечении, вопросах учета, отчетности, статистики, потребностях инвалидов, о создании безбарьерной среды жизнедеятельности. Создание реабилитационной индустрии как промышленной базы системы социальной защиты инвалидов предполагает производство специализированных средств, облегчающих труд и быт инвалидов, предоставление соответствующих реабилитационных услуг и при этом частичное обеспечение их трудовой занятости. Закон говорит о создании комплексной системы многопрофильной реабилитации инвалидов, включающей медицинский, социальный и профессиональный аспекты. Затрагивает он и проблемы подготовки профессиональных кадров для работы с инвалидами, в том числе и из самих инвалидов. Важно, что эти же направления уже более детально разработаны в Федеральной комплексной программе «Социальная поддержка инвалидов». Собственно, с выходом Закона можно говорить о том, что Федеральная комплексная программа получила единую законодательную базу. Теперь предстоит серьезная работа над тем, чтобы Закон работал. Предполагается, что специализированные государственные службы будут создаваться при Минсоцзащиты. (2,8,)

## *Социально-средовой аспект.*

Социально-средовой аспект включает в себя вопросы, связанные с микросоциальной средой (семья, трудовой коллектив, жилище, рабочее место и т.д.) и макросоциальным окружением (градообразующая и информационная среды, социальные группы, рынок труда и т.д.).

Особую категорию «объектов» обслуживания социальными работниками представляет семья, в которой имеется инвалид, нуждающийся в посторонней помощи. Семья такого рода является микросредой, в которой живет нуждающийся в социальной поддержке человек. Он как бы вовлекает ее в орбиту обостренной потребности в социальной защите. Специально проведенным исследованием Дементьевой Н.Ф., Соболь А.Я. и Шаталова Е.Ю. установлено, что из 200 семей с нетрудоспособными членами в 39,6% имеются инвалиды. Для более эффективной организации социального обслуживания социальному работнику важно знать причину инвалидности, которая может быть обусловлена общим заболеванием (84,8%), либо являются инвалидами с детства (6,3%). Принадлежность инвалида к той или иной группе связана с характером льгот и привилегий. Установлено, что наибольшая нуждаемость семей касается социально-бытовых услуг. Это объясняется тем, что нетрудоспособные члены семей ограничены в своей подвижности, нуждаются в постоянном постороннем уходе и «привязывают» к себе здоровых, которые не могут осуществлять доставку продуктов, медикаментов и оказывать им различные другие бытовые услуги, связанные с выходом из дома. Кроме того, в настоящее время это можно объяснить и социальной напряженностью, трудностями продовольственного обеспечения и в получении бытовых услуг. В связи с этими обстоятельствами резко возрастает роль социального работника. При оценке нуждаемости семей в организации социально-бытового обслуживания выявлено следующее. Наибольшая потребность у всех обследованных семей касается услуг прачечной (88,5%), химчистки (82,5%), обувной мастерской (64,6%). Выявлена также нуждаемость в уборке квартиры (27% семей), ремонте жилища (24,5%), в равной степени (у 20,5% семей) – в доставке продуктов и медикаментов. Сравнительный анализ различных категорий семей показал, что у одиноких по сравнению с другими семьями отмечается повышенная нуждаемость в доставке продуктов (50%), в уборке квартиры (46,2%), в доставке медикаментов (40,4%). Полученные данные показывают, что нуждаемость семей, в состав которых входят нетрудоспособные члены, определяется социально-экономическим положением в стране, с одной стороны, и ограниченными возможностями самообеспечения инвалидов, с другой. По-видимому, в связи с социально-экономической ситуацией находится и нуждаемость обследованных семей в прикреплении пожилого человека к центру социального обслуживания, где он получает бесплатное питание, медицинскую помощь, а также возможность, общения. Из всех изученных семей в такой помощи нуждаются 33,5%. Наибольшая потребность в этом у одиноких, почти половина из них (48,1%) нуждаются в посещении центра социального обслуживания. Из неполных семей нуждаются в этой помощи 33,3%. Роль социального работника в этом последнем случае заключается не только в выявлении нуждающихся в помощи центра социального обслуживания, но и с учетом материального положения семьи – в определении кратности прикрепления пожилого человека к данному учреждению. Этими обстоятельствами не только определяются функции социального работника, но и его престижность. Таким образом, оказалось, что наибольшая нуждаемость в социальной защите всех обследованных семей в настоящее время группируется вокруг социально-бытовых проблем, наиболее уязвимые с точки зрения социальной защиты одинокие нетрудоспособные граждане нуждаются в доставке продуктов и медикаментов, уборке квартиры, прикреплении к центрам социального обслуживания. Невостребованность морально-психологической поддержки семей объясняется несформированностью потребностей такого рода, с одной стороны, и сложившимися национальными традициями в России, с другой. Оба эти фактора взаимосвязаны. Необходимо формирование сферы деятельности социального работника. Помимо тех обязанностей, которые изложены в нормативных документах, квалификационной характеристике, с учетом современной ситуации важно не только выполнение организационных, посреднических функций. (14)

***3) Психологический аспект.***

Психологический аспект отражает как личностно-психологическую ориентацию самого инвалида, так и эмоционально-психологическое восприятие проблемы инвалидности обществом. Инвалиды относятся к категории так называемого маломобильного населения и являются наименее защищенной, социально уязвимой частью общества. Это связано, прежде всего, с дефектами их физического состояния, вызванного заболеваниями, приведшими к инвалидности, а также с имеющимся комплексом сопутствующей соматической патологии и с пониженной двигательной активностью, характерными для большинства инвалидов. Кроме того, в значительной степени социальная незащищенность этих групп населения связана с наличием психологического фактора, формирующего их отношение к обществу и затрудняющего адекватный контакт с ним. Психологические проблемы возникают при изолированности инвалидов от внешнего мира, как вследствие имеющихся недугов, так и в результате неприспособленности окружающей среды. Все это ведет к возникновению эмоционально-волевых расстройств, развитию депрессии, изменениям поведения.

## *4. Общественно – идеологический аспект.*

Общественно-идеологический аспект определяет содержание практической деятельности государственных институтов и формирования государственной политики в отношении инвалидов и инвалидности. В этом смысле необходимо отказаться от господствующего взгляда на инвалидность, как показателя здоровья населения, а воспринимать его как показатель эффективности социальной политики, и осознавать, что решение проблемы инвалидности – во взаимодействии инвалида и общества.

Развитие социальной помощи на дому является не единственной формой социального обслуживания нетрудоспособных граждан.

Исследование показало, что ведущим для подавляющего большинства инвалидов является желание общаться (76,3%), вторым по значимости является возможность получения бесплатного или по льготной стоимости обеда (61,3%); третьим в иерархии мотивов является желание содержательно проводить свой досуг (47%). Такие мотивы, как стремление избавить себя от процесса приготовления пищи (29%) и неудовлетворительная материальная обеспеченность (18%) не занимают ведущего положения у основного контингента. В то же время почти у половины граждан (46,7%) имеются еще и другие мотивы. Так, ежедневное общение заставляет их «быть в тонусе», «дисциплинирует», «наполняет жизнь новым смыслом», «позволяет расслабиться». У некоторых инвалидов такое общение способствовало существенному улучшению состояния здоровья (урежение приступов бронхиальной астмы, сосудистых кризов и др.). Положительное воздействие на эмоциональную сферу оказывает доброжелательность социальных работников, а также возможность в любой момент получить медицинскую помощь, заниматься лечебной физкультурой.

В последние годы в ряде Центров социального обслуживания появилось новое структурное подразделение – Служба срочной социальной помощи. Она предназначена для оказания неотложной помощи разового характера, направленной на поддержание жизнедеятельности граждан, остро нуждающихся в социальной поддержке. Организация такой службы была вызвана изменением социально-экономической и политической ситуации в стране, появлением большого числа беженцев из горячих точек бывшего Советского Союза, бомжей.

***5.) Анатомо-функциональный аспект.***

Анатомо-функциональный аспект инвалидности предполагает формирование такой социальной среды (в физическом и психологическом смыслах), которая выполняла бы реабилитационную функцию и способствовала развитию реабилитационного потенциала инвалида. Таким образом, с учетом современного понимания инвалидности предметом внимания государства при решении этой проблемы должны быть не нарушения в организме человека, а восстановление его социально-ролевой функции в условиях ограниченной свободы. Основной акцент при решении проблем инвалидов и инвалидности смещается в сторону реабилитации, опирающейся, прежде всего, на социальные механизмы компенсации и адаптации. Таким образом, смысл реабилитации инвалидов заключается в комплексном многопрофильном подходе к восстановлению способностей человека к бытовой, общественной и профессиональной деятельности на уровне, соответствующем его физическому, психологическому и социальному потенциалу с учетом особенностей микро- и макросоциального окружения. Конечной целью комплексной многопрофильной реабилитации, как процесса и системы, является предоставление человеку с анатомическими дефектами, функциональными нарушениями, социальными отклонениями возможности относительно независимой жизнедеятельности. С этой точки зрения реабилитация предотвращает нарушение связей человека с окружающим миром и выполняет профилактическую функцию по отношению к инвалидности. (27)

**1.4 Основные проблемы семей, имеющих детей с отклонениями в развитии**

Характеристика всех направлений реабилитационной деятельности показывает, что их реализация на практике может оказать существенную помощь ребенку-инвалиду и его семье.

По данным исследований различных специалистов на первое место среди экономических, социальных, психолого-педагогических, медицинских, этических проблем семей, имеющих детей с инвалидностью, выдвигается материальное положение. По данным выборочных исследований, всего 5% родителей в таких семьях относятся к категории высокооплачиваемых. 36% родителей не имеют постоянного места работы. Основная часть семей располагает весьма скромным достатком, который складывается из заработной платы мужа и социальной пенсии ребенка по инвалидности. Мать в этих семьях лишена возможности полноценно работать. Примерно в каждой пятой семье мать не работает из-за того, что не с кем оставить ребенка, а учреждения с дневным пребыванием для детей-инвалидов отсутствуют. В каждой десятой семье мать имеет случайные заработки. Надомные формы труда в настоящее время развиты недостаточно, предприятия не идут на утверждение гибкого трудового графика и предоставление права на неполный рабочий день для матери ребенка-инвалида. На втором месте находятся проблемы обучения и реабилитации ребенка средствами образования.

Большинство детей обучаются в специализированных образовательных учреждениях интернатного типа. Это дети с нарушением зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата, легкой степенью умственной отсталости. При такой форме обучения дети как минимум пяти дней в неделю оторваны от семьи. В результате происходит отчуждение семьи от активного процесса воспитания, что сказывается на изолированности семейной системы от нужд и проблем ребенка. (28)

В последние годы расширяется вариативность образования детей-инвалидов, появляется возможность обучения детей, имеющих более тяжелые нарушения развития. В некоторых вспомогательных школах-интернатах открываются классы для детей с тяжелой степенью умственной отсталости, создаются малокомплектные школы для детей с выраженными формами детского церебрального паралича, осложненными сенсорными нарушениями. Еще одна наиболее распространенная форма обучения и реабилитации детей-инвалидов – реабилитационные центры. Число таких центров по России растет. В их структуре имеется несколько основных подразделений. В рамках психолого-педагогической помощи реализуются индивидуальные реабилитационные программы детей средствами образования. Негативными моментами данной формы обучения являются трудности, связанные с транспортными неудобствами и короткой продолжительностью пребывания детей в условиях центра.

В последние годы образовательные возможности для детей-инвалидов расширены за счет открытия многофункциональных учреждений нового типа. Это медико-психолого-социальные центры, включающие диагностические, развивающие, коррекционные и оздоровительные комплексы, а также творческие мастерские. Эти учреждения работают как центры дневного пребывания для детей, имеющих различные проблемы в развитии социализации. Однако для детей с тяжелой степенью инвалидности в этих центрах не предусмотрено программ обучения.

Для детей с серьезными соматическими заболеваниями, тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата, психическими расстройствами предусмотрена форма надомного обучения. Однако в эту категорию не попадают дети с выраженной умственной отсталостью. А для всех детей, обучающихся на дому, на первый план выступают проблемы изоляции от сверстников, выключения из сферы полноценных взаимоотношений с социумом. (33)

Для детей с четырехлетнего возраста, имеющих множественные нарушения развития, а также тяжелую и глубокую степень умственной отсталости, предусмотрено пребывание в условиях психоневрологических домов-интернатов системы Министерства труда и социального развития. Основой деятельности этих учреждений является медицинская модель оказания социальной помощи детям-инвалидам. Экономические трудности бюджетного финансирования этих учреждений делают пребывание там не соответствующим эталонам качества жизни человека. Поэтому согласие семьи на помещение ребенка в дом-интернат связано со стрессовыми переживаниями. Если семья все же решает выбрать именно этот вариант, то необходим подбор адекватных конкретной ситуации видов психологической поддержки семьи, особенно матери. В настоящее время дома-интернаты переходят на новую пятидневную форму работы, при которой родители в конце рабочей недели могут забирать детей на выходные дни домой.

Если семья принимает решение оставить ребенка дома, то для всех ее членов наступает длительный сложный период, связанный с постоянным преодолением трудностей неприятия ребенка обществом: отсутствием на государственном уровне комплексной поддержки семьи, воспитывающей ребенка с тяжелой степенью инвалидности, отсутствием возможности образования и получения полноценных медицинских услуг, отсутствием социальных служб для облегчения тяжелого родительского труда. Задачей социальной работы является снабжение семьи полноценной информацией о всех видах реабилитационных услуг и координация деятельности имеющихся социальных служб, учреждений и специалистов, их представляющих.

На третье место среди основных проблем семьи, имеющих детей с отклонениями в развитии, сами родители при опросах выдвигают получение специальной медицинской помощи и социально-бытового обслуживания.

Нуждаемость таких семей в психологической поддержке, по разным источникам, составляет лишь 3,5%, что объясняется непривычностью такого рода помощи для нашего общества, несформированностью соответствующей потребности, боязнью вмешательства в интимную жизнь семьи.

Большой проблемой является низкий уровень информированности семей о деятельности реабилитационных, образовательных учреждений для детей-инвалидов, а также о работе социальных служб.

Очень низка и правовая самостоятельность семьи, имеющей ребенка-инвалида. Родители плохо ориентируются в быстро меняющемся законодательстве, зачастую не знают, на какие льготы они могут рассчитывать(38).

**2. Направления реабилитационной деятельности социальных учреждений г. Вологды с детьми – инвалидам**

**2.1 Нормативно-правовая база социальной работы с детьми- инвалидами**

Зарубежный и отечественный опыт свидетельствует, что социальную работу с детьми, имеющими инвалидность, необходимо осуществлять на основе и с учетом нормативно-правовой базы документов мирового сообщества (учредительные документы, декларации, пакты, конвенции, рекомендации ООН, ВОЗ, МОТ, ЮНЕСКО, ЮНИСЕФ и др.), а также законодательные акты Межпарламентской ассамблеи государств-участников СНГ, законы и подзаконные акты СССР, РСФСР и Российской Федерации.

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

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

Согласно этой Декларации – инвалид это любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью потребности нормальной, личной или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного, физических или умственных возможностей.

Согласно Декларации инвалиды имеют неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства, несмотря на происхождение, характер ее серьезных увечий или недостатков, имеют те же основные права, что и сограждане того же возраста, т.е. в первую очередь, право на удовлетворительную жизнь, которая должна быть как можно более нормальной.

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

В целях привлечения внимания мировой общественности к проблемам инвалидности и изучении потенциальных возможностей этой группы населения, а так же возможностей наиболее полно реализовывать вклад инвалидов в процесс развития, с 1983 по 1992 гг., проводилось международное десятилетие инвалидов Организации Объединенных наций. По решению ООН 3 декабря считается международным днем инвалидов.

В 1989 г. ООН приняла текст Конвенции о правах ребенка, которая обладает силой закона. В ней закреплено право детей, имеющих отклонение в развитии, вести полноценную и достойную жизнь в условиях, которые позволяют им сохранить достоинство, чувство уверенности в себе и облегчают их активное участие в жизни общества (ст. 23); право неполноценного ребенка на особую заботу и помощь, которая должна предоставляться, по возможности, бесплатно с учетом финансовых ресурсов родителей или других лиц, обеспечивающих заботу о ребенке. С целью обеспечения неполноценному ребенку эффективного доступа к услугам в области образования, профессиональной подготовки, медицинского обслуживания, восстановления здоровья, подготовки к трудовой деятельности, и доступа к средствам отдыха, что должно способствовать по возможности наиболее полному вовлечению ребенка в социальную жизнь и развитию личности, включая культурное и духовное развитие.

В 1971 г. Генеральная Ассамблея ООН приняла Декларацию о правах умственно-отсталых лиц, в которой утверждались необходимость максимальной степени осуществимости прав таких инвалидов, их права на надлежащее медицинское обслуживание и лечение, а также право на образование, обучение, восстановление трудоспособности и покровительство, которое позволяет им развивать свои способности и возможности.

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

В соответствии с Положением о Министерстве социальной защиты населения РФ, утвержденным постановлением Совета Министров Правительства РФ от 1 марта 1993 г., Минсоцзащиты России Департамент здравоохранения:

1. Осуществляет руководство врачебно-трудовой экспертизой и службой медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;
2. Участвуют в формировании государственной политики в области градостроительства, обеспечивающих доступность объектов инфраструктуры для инвалидов и престарелых граждан;
3. Оказывает помощь общественным организациям инвалидов в создании рабочих мест для инвалидов и их трудоустройстве;
4. Содействуют созданию и развитию специализированных предприятий по использованию труда инвалидов, развитию надомных видов труда и рабочих форм занятости;
5. Способствует развитию физической культуры и спортивного движения инвалидов, как этапа их социальной реабилитации;
6. Определяет потребность и осуществляет заказы на производство специальных транспортных средств, приспособлений производственного и бытового характера, других технических средств реабилитации инвалидов и ухода за ними;
7. Обеспечивает организацию протезной, ортопедической помощи населению;
8. Содействует созданию и совершенствованию деятельности научно-исследовательских, конструкторно-технологических организаций, центров медико-социальной и профессиональной реабилитации инвалидов и других организаций (в том числе и общественных), учреждений и предприятий, осуществляющих функции социальной защиты населения. (28)

Социальная защита семей есть обеспечение их полной жизнедеятельности. Решающую роль в области защиты прав и интересов семей, имеющих детей с отклонениями в развитии, играет государственная экономическая и социальная политика.

В основе современной социальной политики по защите прав семей в РФ лежат положения, определяющие основные приоритеты помощи:

1. Денежные выплаты, в связи с рождением, содержанием и воспитанием детей (детские пособия и пенсии по инвалидности);
2. Многопрофильные льготы семьям с детьми-инвалидами (налоговые, жилищные, транспортные, медицинские, трудовые и др.);
3. Бесплатные выдачи семье и детям лекарств, технических приспособлений и др.;
4. Социальное обслуживание семей (оказание долгосрочных мер комплексной помощи: юридической, социально-бытовой, медицинско-социальной, психолого-педагогической и др.);

Социальная защита семей, имеющих детей-инвалидов, имеет в своей основе соответствующую нормативно-правовую базу.

Выделение детей-инвалидов в отдельную категорию обусловлено необходимостью особой социальной защиты их семей. Закон дифференцирует льготы, предоставляемые исключительно инвалиду (ребенку-инвалиду) и его семье, т.е. всем совместно проживающим членам семьи. Дополнительные льготы родителям предоставляются законом для того, чтобы обеспечить им возможность максимально полноценного ухода за ребенком-инвалидом. (23)

В ряду наиболее важных мер социальной помощи семьям, воспитывающим детей-инвалидов, являются денежные выплаты.

Перечень льгот, предусмотренных для семей, имеющих детей инвалидов с 01.01.2005 г.

**1.** Ежемесячная денежная выплата (на 2008 г.)

Пенсия на ребенка – 3588=00 руб.

Единые денежные выплаты -1236=00 руб. (социальный пакет).

В набор социальных услуг (социальный пакет) включаются следующие социальные услуги:

– дополнительная бесплатная медицинская помощь, в том числе предусматривающая обеспечение необходимыми лекарственными средствами по рецептам врача

– предоставление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение (бесплатный проезд к месту лечения)

– бесплатный проезд при сопровождении ребенка- инвалида на пригородном железнодорожном транспорте

2.50% скидка по оплате (в пределах норм потребления)

– жилья, коммунальных услуг

– электроэнергии

3. 50% скидка по оплате за детское дошкольное учреждение

4. Предоставляется 4 дополнительных оплачиваемых дня в месяц по уходу за ребенком одному из работающих родителей.

5. Выход на пенсию с 50 лет, если до 8 лет ребенок проживал с родителями.

6. По Закону Вологодской области от 01.06.2005 г. №1285-ОЗ «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан»

– приобретение единого именного льготного месячного проездного билета стоимостью 200 руб. для проезда на всех видах городского транспорта

(кроме такси) и на автомобильном транспорте общего пользования (кроме такси), внутрирайонных маршрутов (в границах административного района)

– оплата в размере 50% от действующих тарифов на проезд на автомобильном транспорте общего пользования межрайонных внутриобластных маршрутов (указанное право предоставляется также лицу, сопровождающему ребенка- инвалида)

– оплата в размере 50% от действующих тарифов на перевозки пассажиров речным транспортом пригородных и местных маршрутов.

7. Пособие семьям, воспитывающим детей – инвалидов в возрасте до 18 лет – 1000 руб. (если среднедушевой доход семьи не превышает прожиточного минимума). (5)

В 2005 году социальный пакет был обязателен, с 2006 года родители могут отказаться от социального пакета, альтернативой может быть денежные выплаты.

***Социальное* *обслуживание семей, имеющих детей-инвалидов*,** осуществляется в разнообразных формах:

1. предоставление материальной помощи в виде денежных средств, продуктов питания, средств гигиены, одежды, обуви и т.д.;

2. социальное обслуживание на дому путем оказания различных услуг (доставка продуктов, поддержание условий проживания, содействие в получении медицинской помощи и т.д.);

3. полустационарное социальное обслуживание (бытовое, медицинское, культурное обслуживание, организация питания и отдыха, обеспечение участия инвалидов в посильной трудовой деятельности);

4. социальное обслуживание нуждающихся граждан в стационарных учреждениях различного вида в случаях, когда им необходим постоянный уход (в законодательстве предусмотрено более 10 видов стационарных учреждений, в том числе и реабилитационные центры, детские дома-интернаты для детей с физическими недостатками);

5. предоставление временного приюта в специализированных учреждениях для детей-инвалидов.

Дети-инвалиды имеют право на бесплатное обслуживание во всех вышеуказанных формах. Социальная защита семьи, имеющей ребенка-инвалида, ориентирована не только на решение ее конкретных проблем, но, прежде всего на укрепление и развитие ее собственного потенциала.

В этом процессе особенно значимой становится роль социального педагога, который должен не только помогать семье преодолевать ежедневные трудности, но и обучать членов семьи способам самопомощи и взаимопомощи, помогать им строить свой жизненный сценарий в соответствии с максимально высоким уровнем качества жизни.

**2.2 Характеристика деятельности социально-психологических служб различных направлений по реабилитации детей-инвалидов**

К сожалению, система ранней диагностики и ранней комплексной помощи ребенку с отклонениями в развитии находится на этапе становления.

Различные виды реабилитационной помощи дети-инвалиды могут получать в разных системах общественной организации жизни общества, это

институты, в которых семья может не участвовать непосредственно, но которые могут опосредованно оказывать воздействие на семью:

* ***средства массовой информации***, которые влияют на формирование стереотипа положительного или отрицательного отношения к людям с ограниченными возможностями: например, инвалиды могут быть представлены как жалкие, несчастные, недееспособные существа или же как компетентные, уверенные в себе личности с сильной волей;
* ***система здравоохранения.***
* ***система социального обеспечения***. В современной России для большинства семей, имеющих ребенка-инвалида и взрослых инвалидов, финансовая и иная поддержка государства являются весьма существенными;
* ***образование***. Содержание и качество образовательных программ, принцип их организации определяют характер взаимоотношений родителей и школы, доступность и форму образования, степень оказываемой родителями помощи и уровень независимости семьи от ребенка с ограниченными возможностями;
* ***общественные организации***.

Дети, развитие которых существенно нарушено, обычно сразу попадают в поле зрения специалистов, и потребности в создании системы профессиональной помощи, как правило, очевидны. Распознание детей, которым грозит риск нарушения развития, может быть затруднено, и характер и формы профессиональных услуг в этом случае также не представляются очевидными. Не только малый вес ребенка при рождении или нездоровая обстановка в его семье могут стать причиной отставания его развития, поэтому реабилитация предполагает мониторинг развития ребенка с целью своевременного обеспечения семьи специальной помощью сразу же после появления у него первых признаков нарушения развития.

С самого рождения дети, имеющие отклонения в здоровье становятся объектом внимания различных специалистов. Первоочередное оказание социальной помощи, после рождения ребенка, можно наблюдать в отделении реабилитации в Вологодской Областной детской больнице, где работает команда специалистов, которые оказывают различные виды реабилитационной помощи детям: консультации врачей, логопеда, физиолечение, массаж, лечебная физкультура и т.д. В больнице работает социальный педагог. (16)

Признание лица инвалидом осуществляется государственной службой медико-социальной экспертизы. В Вологде ГУ «Объединенное бюро государственной службы медико-социальной экспертизы» находится на ул. Красноармейской, 35. Освидетельствование инвалидности у детей от 0 до 18 лет производится в педиатрическом бюро (дети с психиатрической патологией – в психобюро) на основании заявления гражданина или его законного представителя или по направлению медицинского учреждения.

В комиссию входит ряд специалистов: ортопед, невропатолог, педиатр, реабилитолог, психолог, социальный педагог; которые выносят заключение о признании (или не признании) у ребенка инвалидом и составляет «Индивидуальную программу реабилитации инвалида», которая является для него, своего рода, «вторым паспортом». По данной карте можно получить технические средства, различные виды помощи

Особенности развития ребенка в раннем возрасте, пластичность центральной нервной системы и способность к компенсации нарушенных функций обуславливает особую важность ранней комплексной помощи, позволяющей путем целенаправленного коррекционного медико-педагогического воздействия исправлять первично нарушенные психические и моторные функции при обратимых дефектах и предупреждать возникновение вторичных отклонений в развитии. Благоприятное сочетание компенсаторных возможностей организма в раннем возрасте с правильно подобранной программой ранней реабилитационной помощи и эффективными видами ее организации могут в значительной мере, а иногда и полностью нейтрализовать действие первичного дефекта на ход психофизического развития ребенка, являются мощным фактором профилактики и предупреждения инвалидности.

Ранняя комплексная помощь детям с интеллектуальными и психофизическими нарушениями реализуется в нашей стране через систему медико-психолого-социальных и реабилитационных центров и осуществляется не только в условиях семьи, но и на базе учреждений государственной системы здравоохранения и образования.

Ранняя стимуляция развития ребенка с ограниченными возможностями является определяющим фактором дальнейшего формирования его личности и основой подготовки к новой социальной роли – воспитанника дошкольного образовательного учреждения. Родители, имеющие детей-инвалидов, вместе со специалистами службы ранней помощи и членами медико-психолого-педагогической консультации, должны определиться, какой вариант дошкольного образования оптимален именно для этого ребенка.

Такие семьи имеют приоритетное право на выбор форм дошкольного образования для своего ребенка: в общеразвивающих дошкольных образовательных учреждениях, в дошкольных образовательных учреждениях компенсирующего типа и в компенсирующих группах кратковременного пребывания в составе комбинированных дошкольных учреждений, в вариативных формах детских учреждений и в условиях семейного воспитания. Основной формой дошкольного образования различных категорий детей с отклонениями в развитии – являются специализированные по профилю нарушений развития дошкольные учреждения

В рамках специальной коррекционной начальной школе – детский сад 4 вида «Хрусталик» ведется коррекционная работа с детьми имеющими нарушения зрения, в числе которых присутствуют и дети-инвалиды. В составе персонала данного детсада есть различные специалисты: медицинский работник, тифлопедагог, врач офтальмолог, медсестры ортоптистки, психолог, методист ЛФК и др.

Специалистами проводятся различные реабилитационные мероприятия и программы. Социальный педагог ведет консультативно-рекомендательную работу с неблагополучными семьями, в том числе и с теми, в которых есть ребенок-инвалид. В рамках лекционно-просветительной работы социальный педагог данного дошкольного учреждения разработала курс лекции. На базе данного детского сада идет начальное школьное обучение, где дети-инвалиды, посещавшие этот д/с, так же могут получить начальное образование.

В 2003–2004 году ш/с «Хрусталик» посещает 13% детей с врожденной патологией (от общего числа детей), что составляет всего 26 человек. Причиной того является то, что сад имеет специализацию направленную только на детей с незначительными нарушениями зрения и условий для воспитания и обучения в нем детей-инвалидов с более серьезными патологиями – нет. Для тех немногих деток, которые являются инвалидами и посещают данное учреждение, здесь созданы боле благоприятные условия, уход, наблюдение специалистов и коррекционная аппаратная медицинская помощь.

На практике основу организационных форм социально-педагогической помощи лицам с ограниченными возможностями составляют специальные (коррекционные) образовательные учреждения восьми видов, относящиеся к системе Министерства общего и профессионального образования РФ.

Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа №1обучает детей с умственной отсталостью. В штате школы есть различные специалисты, организующие реабилитационную деятельность детей-инвалидов (педагоги, психологи, психиатр, дефектолог, социальные педагоги, инспектор по делам несовершеннолетних), которые используют различные методы реабилитации и социализации обучающихся в данной школе детей. Проводятся различные мероприятия:

* беседы по правилам поведения в общественных местах;
* беседы из цикла «Учитесь жить среди людей»;
* факультатив «Азбука общения»;
* программа «Путешествие во времени»;
* педотряд «Содружество»: «Научитесь отдыхать»;
* месячник по антикурительной пропаганде (тематические классные часы);
* неделя права и др.

Ведется работа с родителями:

* родительский всеобуч «Знаете ли вы своего ребенка»;
* родительский всеобуч «Папа, мама, я – счастливая семья»;
* клуб «Хозяюшка»;
* собрания «Посеять в детских душах доброту» и др.

Для учеников, которые в силу различных причин не могут посещать школу практикуется надомный метод обучения (в каждом из 24 классов имеется 1–2 ученика, которым предоставлено надомное обучение).

Работниками школы ведется учет здоровья детей (уроки ведутся по здоровье оберегающим технологиям, пропагандируется здоровый образ жизни); профилактика правонарушений, коррекция психических функций, коррекция адаптационных процессов, коррекция девиантного поведения. В школе учатся дети из семей различных категорий (неполных, многодетных, неблагополучных семей, семей риска, опекунов) с которыми непосредственную работу и патронирование ведут социальные педагоги. Ученики школы ведут активную спортивную жизнь, участвуют в соревнованиях (между подобными учреждениями) по минифутболу, легкой атлетике, дартсу. Каждую субботу дети занимаются плаванием в городском бассейне «Динамо».С данной школой также сотрудничают различные культурно-просветительные организации, и дети имеют возможность посещать театры, музеи, концертные залы города.

Социальными педагогами ведется тесное сотрудничество с другими органами социальной защиты детей-инвалидов Специалистами школы ведется работа по оформлению детей-инвалидов в детский дом, по устройству их на обучение в профессиональные училища, на работу.

Выпускники специальных (коррекционных) и общеобразовательных школ, подростки и юноши, имеющие инвалидность, могут продолжить обучение в средне специализированных и высших учебных заведениях. Это право закреплено в соответствующих указаниях Министерства социального обеспечения РСФСР от 3.11.1989 г. №1–141-У и от 5.09.1989 г. №1–1316–17/16/18. Необходимо заключение медико-социальной экспертизы о возможности обучения и трудоустройства по выбранной специальности и направление местных органов собеса. Подростку (юноше), который по причине выраженных ограничений не может ежедневно посещать занятия, устанавливается индивидуальный график обучения. (30)

Важнейшим аспектом социальной политики последних лет стало создание межведомственных государственных структур нового типа, комплексно занимающихся решением проблем инвалидности. Это реабилитационные центры. Правовой базой создания таких центров является приказ Министерства социальной защиты России №249 от 14.12.1994 г., утвердивший Примерное положение о реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями – основной нормативный документ, регламентирующий деятельность учреждений социального обслуживания.

Основными задачами детских реабилитационных центров являются:

* своевременное выявление и учет детей, нуждающихся в специальной помощи;
* ранняя диагностика и раннее вмешательство в ход психофизического развития с целью снижения степени инвалидности и социальной дезадаптации;
* пролонгированное изучение личности ребенка, выявление его способностей и резервных возможностей для выбора оптимальной учебной программы;
* коррекция отклонений в развитии учебно-воспитательной и лечебно-восстановительной работы;
* профессиональное ориентирование.

Структура детского реабилитационного центра предполагает несколько основных подразделений:

1. Отделение диагностики и разработки программ социальной реабилитации.
2. Отделение медико-социальной реабилитации.
3. Отделение психолого-педагогической помощи.
4. Отделение дневного пребывания.
5. Стационарное отделение. (21)

Семьи, имеющие детей со значительными нарушениями физического здоровья, нуждаются в помощи системы здравоохранения. В нашем городе успешно работает Муниципальное учреждение здравоохранения «Поликлиника восстановительного лечения» Городской реабилитационный центр в структуре которого находятся отделение медико-социальной реабилитации и отделение дневного пребывания.

Данный центр реализует программы реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями ежедневно в течение периода, определенного для пребывания в отделении. Центр оказывает огромный спектр реабилитационных мероприятий медицинского характера:

* консультации врачей: невролога, травмотолога-ортопеда, физиотерапевта, невролога, логопеда;
* консультации психолога, психотерапевта;
* консультации педагога по развитию мелкой моторики;
* предоставляются палаты для дневного стационара.

Оказываются такие виды помощи, как:

* логопедический массаж;
* групповая и индивидуальная терапия;
* психодиагностика, профпсиходиагностика;
* групповая музыкотерапия с аромотерапией;
* полисомнография;
* электроэнцефалография с компьютерной диагностикой;
* мануальная терапия;
* иппотерапия;
* физиотерапевтические процедуры (подводный душ-массаж, ванна хвойная, ванна минеральная, ванна жемчужная, парафино-озокеритовые аппликации, грязелечение, электрогрязь, саунотерапия, лекарственный элактрофорез, СМТ-терапия, динамотерапия, дарсонвализация местная, дециметровая волновая терапия, сантиметровая волновая терапия, магнитотерапия, аэроионотерапия, УФ-облучение, определение биодозы, электросон).

Значительную социальную, психологическую и практическую помощь родители, имеющие детей-инвалидов и посещающие данный центр, получают от общения друг с другом в процессе ожидания очереди на получение того или иного вида помощи, предоставляемом центром. Стихийно создаются группы родителей, которые оказывают друг другу поддержку, обсуждают проблемы, информируют друг друга о новых формах, видах и технологиях реабилитационной помощи своим детям.

Необычную форму терапии – ***иппотерапия*** – включил в список предоставляемых услуг Вологодский реабилитационный центр для больных атеросклерозом и церебральным параличом. Теперь люди, не способные передвигаться из-за поражения сосудов или центральной нервной системы, будут восстанавливать свое здоровье с помощью верховой езды. В принципе, этот способ лечения – иппотерапия – уже известен в России, в том числе и Вологодской области, поэтому врачи Центра могут рассчитывать на помощь своих коллег. Если передача лошади с Вологодского конезавода в ведомство реабилитационного центра пройдет без проблем, то уже через несколько месяцев дети, нуждающиеся в лечении, смогут не просто прокатиться верхом, но и выполнить специальные упражнения для укрепления мышц ног и туловища.

Сейчас через Центр ежедневно проходят до 250 пациентов, причем более половины из них – дети со сколиозом, нарушениями осанки, плоскостопием или ДЦП. При лечении всех этих заболеваний успешно используется иппотерапия.

В рамках реабилитационного центра организуются оздоровительные лагеря для детей-инвалидов, в которых осуществляется в основном медицинская реабилитация детей с отклонениями в развитии.

В нашем городе существует ряд учреждений и организаций, оказывающих реальную помощь детям-инвалидам. В их числе ГУ Вологодской области «Территориальный центр социальной помощи семье и детям».

Структуру ГУ ВО «ТЦСПСиД» составляет:

1. Отделение приема граждан

2. Отделение срочного социального обслуживания.

3. Отделение психолого-педагогической помощи.

4. Отделение реабилитации несовершеннолетних с ограниченными физическими и умственными возможностями. (ОРНОФУВ)

5. Отделение профилактики безнадзорности несовершеннолетних.

6. Организационно – методическое отделение.

В данном Центре работу с детьми-инвалидами преимущественно ведет ОРНОФУВ. В составе отделения работают социальные педагоги, специалисты по социальной работе, психологи, логопед, врач – психиатр которые проводят реабилитационную работу с семьями, обращающимися в центр за помощью и имеющие на своем попечении детей-инвалидов.

В рамках отделения детям, имеющим отклонения в физическом или умственном развитии, оказывается квалифицированная медико-социальная, психолого-социальная и социально-педагогическая помощь, а так же семьям, имеющим в составе лиц с ограниченными возможностями по обеспечению их максимально полной и своевременной адаптацией к жизни в обществе, семье, к обучению и труду.

Семья, как известно, наиболее мягкий тип социального окружения ребенка. Однако по отношению к ребенку-инвалиду члены семьи иногда проявляют жестокость, необходимую для выполнения ими своих функций. Более того, вполне вероятно, что присутствие ребенка с нарушениями в развитии вкупе с другими факторами может изменить самоопределение семьи, сократить возможности для заработка, отдыха, социальной активности. Поэтому те задания по оказанию помощи детям, которые их родители получают от специалистов, не должны препятствовать нормальной жизнедеятельности семьи.

Структура и функции каждой семьи видоизменяются с течением времени, воздействуя на способы семейных отношений. Жизненный цикл семьи обычно состоит из семи стадий развития, в каждой из которых стиль ее жизнедеятельности относительно устойчив и каждый член семьи выполняет определенные задачи сообразно своему возрасту: брак, рождение детей, их школьный возраст, подростковый возраст, «выпуск птенцов из гнезда», постродительский период, старение. Семьи детей-инвалидов должны быть готовы к тому, что их стадии развития могут быть не свойственны обычным семьям. Дети с ограниченными возможностями медленнее достигают определенных этапов жизненного цикла Конечно, не ко всем семьям возможно применить теоретическую модель, содержащую периоды развития, поскольку одни и те же события, вызывающие стрессы и трудности, могут периодически возникать на протяжении всей жизни ребенка. Поэтому наличие и качество социальной поддержки специалистов ГУ ВО ТЦСПСиД может усилить или смягчить воздействие затруднительной ситуации.

Основной проблемой обращения таких семей в Центр является родительская некомпетентность в развитии ребенка-инвалида.

Программы отделения включает в себя следующие мероприятия:

1. медицинские (оздоровление и профилактика)

– обеспечение детей-инвалидов лекарственными препаратами;

– массаж (нарушение осанки, сколиоз, плоскостопие, мышечная слабость, быстрая утомляемость мышц);

– компьютерная диагностика параметров зрительного анализатора («острота зрения», «контрастная чувствительность», «цветовое зрение», «астигматизм», «поле зрения»)

1. социальные (образовательные, развивающие, психологические)

– социальный патронаж семей;

– осуществление психолого-педагогической, оздоровительной помощи семьям с детьми;

– пропаганда здорового образа жизни;

– консультативная помощь.

Отделением используются такие виды помощи, как консультативная, индивидуальная, патронажная, групповая. ОРНОФУВ оперирует различными программами по развитию детей с ограниченными возможностями. В Центре представлен целый спектр групповых занятий, направленных на развитие общей и точной моторики, языка и речи ребенка, его умственных способностей, навыков обслуживания и общения. (Список групп представлен в приложении)

В процессе реабилитации детей-инвалидов необходимо и остальным членам семьи разобраться в тонкостях детского развития, учиться общению друг с другом и с малышом, чтобы не усугубить первичные дефекты развития неблагоприятными воздействиями извне. Поэтому в программу реабилитации будут входить организация благоприятного окружения ребенка (включая обстановку, специальное оборудование, способы взаимодействия, стиль общения в семье), приобретение новых знаний и навыков родителями ребенка и его ближайшим окружением.

После начала выполнения программы осуществляется мониторинг, т.е. регулярное отслеживание хода событий в виде регулярного обмена информацией между специалистом-куратором и родителями ребенка. При необходимости куратор содействует родителям, помогает преодолевать трудности, ведя переговоры с нужными специалистами, представителями учреждений, разъясняя, отстаивая права ребенка и семьи. Куратор ведет социальный патронаж, в рамках которого может посещать семью, чтобы лучше разобраться в трудностях, возникающих при выполнении программы. Таким образом, программа реабилитации есть цикличный процесс.

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

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

***Отделении срочного социального обслуживания***также ведет работу с семьями, имеющими детей-инвалидов.

На основании Закона Вологодской области от 01.03.2005 г. №1236 «О государственной социальной помощи в Вологодской области»: «К гражданам, имеющим право на адресную социальную помощь за счет средств областного бюджета относятся: 1. Граждане, имеющие детей-инвалидов;….», формами оказания адресной социальной помощи являются: «предоставление различных видов натуральной помощи, социальных услуг и льгот через систему органов социальной защиты населения».

Отделение оказывает:

* материальную помощь (в денежном эквиваленте);
* натуральную помощь (продуктами питания, одеждой, обувью, а также канцелярские наборы для первоклашек);
* юридическую помощь;
* оказание социально-бытовых услуг (парикмахерские, бани, ремонтные мастерские, земельные участки, трудоустройство);
* частичная оплата путевок в оздоровительные лагеря (в летний период);
* организация групп социальной адаптации из числа часто болеющих детей и детей-инвалидов в период школьных каникул

1) оздоровительные лагеря учащихся с дневным пребыванием для учащихся школ в возрасте от 7 до 13 лет в целях укрепления психического и физического здоровья подрастающего поколения, реализации образовательных программ, обеспечивающих нравственное воспитание, развитие разносторонних способностей и интересов детей в различных видах деятельности (Положение об оздоровительном лагере учащихся с дневным пребыванием» от 24.09.2001 №66/2-ОД);

2) оздоровительные лагеря дневного пребывания «Подросток» для детей в возрасте с 14 до 16 лет в целях укрепления здоровья, организации активного отдыха, трудовой реабилитации, реализации программ, обеспечивающих нравственное воспитание, развитие разносторонних способностей и интересов подростков в различных видах деятельности (Положение об оздоровительном лагере дневного пребывания «Подросток» от 24.09.2001 г. №66/1-ОД).

В рамках данных лагерей при Центре детям-инвалидам предоставляется возможность более широкого общения детей-инвалидов со здоровым окружением, что оказывает положительное влияние на уровень социализации детей-инвалидов и делает их адаптацию в обществе менее проблемной.

Следует отметить, что все услуги, предоставляемые таким семьям, центр оказывает бесплатно.

В г. Вологда осуществляют деятельность 2 общественные организации, объединяющие инвалидов (больных). Это общественная организация, объединяющая детей с таким заболеванием как Даун-синдром и Сахарный диабет; и вторая – это Вологодская городская общественная организация по защите прав детей-инвалидов с детства «Преодоление». Это единственная городская организация детей-инвалидов. Основанное на членстве общественное объединение, созданное на основе совместной деятельности для защиты общих интересов и достижения уставных целей, объединившихся граждан. Практически все члены общественной организации являются активными участниками культурно-массовых мероприятий, проводимых в г. Вологде. Участие детей-инвалидов в различных соревнованиях («Папа, мама, я – спортивная семья»), конкурсах («Пластилиновая ворона», «Мисс очарование» и др.) посещение концертов эстрадных певцов, походы в театры, экскурсионные поездки по Вологодской области (на родину Деда Мороза), встречи за чаем с настоятелем Храма Покрова на торгу о. Алексием – это лишь малая часть полного перечня мероприятий по интеграции детей-инвалидов в общество, проводимых и организованных благодаря огромным совместным усилиям инициативных родителей.

Результаты работы, осуществляемой родителями детей-инвалидов, направленной на адаптацию их детей к окружающему миру, очевидны еще с начальных этапов:

1. совместные встречи родителей и детей-инвалидов способствуют развитию коммуникативных навыков в общении друг с другом;
2. поездки и экскурсии способствуют развитию кругозора детей, с ограничениями в здоровье, получению знаний о родном крае, о его достопримечательностях и традициях;
3. участие в различных спортивных олимпиадах способствует физическому развитию детей, тем самым укрепляя их адаптивные способности;
4. завоевание призовых мест в спортивных соревнованиях и конкурсах способствует самореализации детей, повышению самооценки, формированию творческой личности, стремящейся к достижению определенных результатов своей деятельности;
5. посещения церкви и общение с настоятелем храма способствует духовному развитию детей.

Организации такого типа оказывают поддержку, защищают права детей-инвалидов и их семей, тем самым оказывая влияние на социальную политику, предлагая инициативы органам принятия решений. Ассоциации родителей детей с ограниченными возможностями не только поддерживают семьи детей-инвалидов, но иногда инициируют наличие сети услуг по месту жительства, которая может стать бесценной поддержкой в процессе реабилитации детей-инвалидов и их семей.

Обучение в специализированных школах, среднеспециальных учебных заведениях и практика работы в закрытых мастерских нередко превращают молодых инвалидов в категорию людей, оторванных от общественной жизни. Они фактически не имеют широких контактов со сверстниками, т. к. потребность в межличностном общении у них попросту не сформирована. Длительное пребывание в закрытом социуме настолько затрудняет процесс социализации, что молодые инвалиды болезненно ощущают непреодолимый барьер между ними и обществом и часто отвергают возможность социальных контактов.

Одной из задач социально-экономического развития нашего общества является обеспечение всем лицам доступа к любым сферам жизни общества. В числе целевых областей для создания инвалидам равных возможностей, наряду с доступностью образования, занятостью, социальным обеспечением, определена и сфера культуры. Государству следует обеспечить, чтобы инвалиды имели возможность использовать свой художественный и интеллектуальный потенциал. Примерами такой деятельности могут являться занятия хореографией, музыкой, литературой, театром, пластическими видами искусств, живописью и ваянием. Государство должно содействовать доступности и возможности использования таких культурно-просветительских учреждений, как театры, музеи, кинотеатры и библиотеки, использовать специальные технические средства в целях расширения доступа инвалидов к литературным произведениям, фильмам, театральным спектаклям. (36)

**2.3 Результаты реабилитационной деятельности осуществляемой службами различных направлений**

Законодательная база, защищающая права на образования детей-инвалидов, предполагает создание таких условий, при которых ребенок должен быть максимально приспособлен к независимой жизни в обществе за счет комплексной компенсации ограничений его жизнедеятельности посредством предоставления дополнительных льгот и организации услуг.

Особые условия в сфере образования детей-инвалидов заключаются в следующем:

1. Органы управления образованием обязаны обеспечить непрерывность процесса образования и воспитания детей-инвалидов (ч. 1 ст. 18 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ»);
2. В общеобразовательных учреждениях должны быть созданы особые условия для получения образования инвалидами (ч. 3 ст. 18; ч. 2 ст. 19 названного выше закона); это положение относится в основном к обучению детей с относительно легкими нарушениями развития и предполагает создание специальной инфраструктуры в помещении школы, адаптированное методическое обеспечение образовательного процесса, профессиональную подготовку педагогических кадров;
3. В соответствии с типовыми положениями об образовательных специальных (коррекционных) учреждений для воспитанников с ограниченными возможностями создана сеть специализированных школ по профилю нарушений развития (ч. 3 ст. 18; ч. 2,6 ст. 19 названного выше закона);
4. При невозможности обучения ребенка-инвалида в условиях образовательного учреждения его обучение осуществляется на дому (ч. 4 ст. 18 названного выше закона).

Система реабилитации предусматривает индивидуальный набор услуг, оказываемых не только детям, но и их родителям, семье в целом и более широкому окружению. Все услуги должны быть скоординированы таким образом, чтобы оказать помощь индивидуальному и семейному развитию и защитить права всех членов семьи. Помощь при малейшей возможности должна оказываться в естественном окружении, а не в изолированном учреждении, а по месту жительства, в семье.

Воспитывая ребенка, родители общаются с другими детьми и родителями, специалистами, педагогами, вступают в системы отношений, которые помещены (как матрешки) в другие взаимодействующие между собой системы. Дети развиваются в семье, а ведь семья – это тоже система отношений, имеющая собственные правила, потребности и интересы. Если же ребенок посещает лечебное или образовательное учреждение, то подключается еще одна система с ее собственными правилами и законами. Общество может выражать семье, имеющей ребенка-инвалида, поддержку и сочувствие, но может и отказывать ей в этом(33).

Чтобы социально-реабилитационная работа была успешной, необходимо добиваться нормализации всех этих взаимоотношений.

Все перечисленные в моей работе факторы реабилитации определяют семейный выбор по участию в системе реабилитационных услуг.

Анализ ознакомительного анкетирования группы дневного пребывания «Родничок» 2008 год.

Совместно с ГУ ВО «ТЦСПСиД» мною проведено анкетирование семей, обратившихся в Центр, где воспитываются дети с ограниченными возможностями. (Анкета приведена в приложении).

*Основные цели анкетирования:*

* Выявить основные проблемы семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями
* Определить их потребность в группе
* Обозначить новые направления в работе с данной категорией семей

В анкетировании приняло 8 родителей детей посещающих группу – 100%

**1. Возраст детей** от 4 до 10 лет:

– 2 ребенка (25%) – 4 лет

– 2 ребенка (25%) – 6 лет

– 2 ребенка (25%) – 7 лет

– 2 ребенка (25%) – 10 лет

**2. Категория семьи:**

– 6 детей воспитываются в полной семье

– 2 ребенка в не полной семье

**3. На вопрос о том, с кем находится ребенок дома, были получены следующие ответы**:

– 4 детей (50%) – с мамой

– 2 детей (25%) – с родителями

– 2 детей (25%) – с близкими родственниками

**4. Взаимоотношения в семье:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Между супругами | Между папой и мамой | Между мамой и ребенком | Между детьми в семье | Между бабушкой и ребенком |
| Полное взаимопонимание, теплые, сердечные | 6 чел. (75%) | 2 чел. (25%) | 8 чел.(100%) | 4 чел.(50%) | 6 чел.(75%) |
| Напряженные, конфликтные, частые ссоры |  |  |  |  |  |
| Отношения не стабильные переменчивые |  |  |  |  | 2 чел.(25%) |

Таким образом, в семьях царит атмосфера любви и взаимопонимания, отношения теплые и сердечные.

**5. На вопрос о благополучии семьи дали ответ 6 респондентов (75%).**

В материальном отношении считают себя благополучными 4 чел. (50%), также 4 чел. (50%), считают свою семью благополучной в психологическом отношении. К тому же, из числа ответивших на вопрос из 6 человек -2 чел. (25%), считают свою семью благополучной и в материальном и в психологическом отношении.

**6. Респонденты отмечают, что их ребенок предпочитает заниматься следующими видами деятельности:**

– 8 респондента (100%) отмечают, что их ребенок любит играть в подвижные игры

– 6 (75%) – любят помогать по дому

– 2 (25%) – любят гулять

**7. Владение навыками самообслуживания:**

– 4 детей (50%) – делают все при помощи взрослого

– 4 детей (50%) – во многом справляются самостоятельно, но иногда требуется помощь или поддержка взрослого.

**8. Выяснилось, что дети имеют следующие знания:**

– 8 детей (100%) ориентируются в квартире

– 6 детей (75%) – знают свой адрес и членов семьи

– 4 детей (25%) – ориентируются на улице

**9. С перечнем льгот, предусмотренных законом РФ «О социальной защите инвалидов»**

– 6 респондентов (75%) – знакомы частично

– 2 респондента (25%) – не знакомы со льготами

**10. В будущее своего ребенка с чувством надежды и оптимизма смотрят**

**–**4 респондента (50%)

– 4 чел. (50%) – стараются не думать о будущем

**11. Психологический климат вокруг своей семьи респонденты оценивают следующим образом:**

Со стороны родственников и близких людей

– 4 чел. (50%) отмечают сочувствие и понимание

– 2 чел. (25%) – отмечают помощь и поддержку

– 2 чел. (25%) – отмечают жалость

Со стороны чужих людей:

– 6 чел. (75%) – отмечают сочувствие и понимание

-4 чел. (50%) – получают помощь и поддержку

-2 чел. (25%) – отмечают безразличие

**12. Вопросы, которые хотели бы обсудить на занятиях:**

– 4 чел. (50%) – юридические вопросы

– 4 чел. (50%) – вопросы общения с детьми

– 4 чел. (50%) – вопросы медицинского обслуживания

**13. Обмен опытом с другими родителями** интересует 4 респондентов (50%), а также 4 чел. отметили, что в обмене опытом с другими родителями не нуждаются.

14. Ожидания от занятий с детьми в группе следующие:

-8 чел. (100%) – расширение круга общения для ребенка

– 6 чел. (75%) – отмечают обучение трудовым навыкам и самообслуживанию

– 4 чел. (50%) – появление уверенности в себе у ребенка

15. Для себя родители определили следующие ожидания от посещения группы:

– 2 чел. – общение с другими детьми для своего ребенка

-2 чел. – улучшение состояния здоровья

– 4 чел.. – не ответили на вопрос

**Давая анализ полученных в ходе анкетирования данных необходимо отметить:**

Целью группы является – интеграция и социальная адаптация детей с нарушенным интеллектом, через выравнивание социальных и образовательных возможностей, коррекции и компенсации нарушенных функций методом обучения и развития, высвобождение родителей для реализации их как полноправных членов общества.

В данном составе группу посещают дети, в основном из полных семей, в которых преобладают теплые, сердечные отношения между всеми членами семьи, отсюда и психологическое благополучие в семьях. О материальном благополучии упоминают только 4 семьи.

В основном ребенок находится дома с респондентом или с супругом, поэтому очень важен тот факт, что посещение дневной группы дает возможность использовать время нахождения ребенка в группе для реализации родителей как полноправных членов общества.

Дети группы более всего предпочитают играть в подвижные игры и помогать по дому.

Дети, посещающие группу, имеют навыки самообслуживания, но делают их либо при помощи взрослых, либо только иногда прибегают к помощи взрослых.

Все дети, посещающие группу, умеют ориентироваться в квартире, почти все знают свой адрес и членов своей семьи, и лишь половина из опрошенных умеют вести себя на улице, ни один из детей не ориентируется во времени. Поэтому этих детей важно, по возможности научить этому.

Родители группы в большинстве своем частично знакомы с льготами для детей – инвалидов, но у них есть необходимость в юридических консультациях по правам и льготам, и по медицинскому обслуживанию.

У данной категории детей очень узкий круг общения, потому, что они не посещают ДОУ, поэтому все из опрошенных считают, что благодаря занятиям в группе круг общения их ребенка расширится.

Семьи, посещающие группу – это семьи с детьми инвалидами, испытывающие трудности в воспитании и развитии своих детей, поэтому очень ценен факт оптимистического настроя половины родителей на будущее своего ребенка. Значит, родители могут быть активными участниками и помощниками руководителю группы в проводимых занятиях с детьми. Но все таки у части респондентов присутствует тревога и неуверенность в будущем за своего ребенка, так как они вообще стараются не думать о будущем, живя сегодняшним днем, таким родителям необходима прежде всего эмоциональная поддержка и развитие чувства уверенности в завтрашнем дне ребенка, а также положительный опыт воспитания и развития таких детей.

Также хочется отметить, что нет негативного отношения к семьям, где есть ребенок инвалид, участники группы отмечают помощь и поддержку, сочувствие и понимание со стороны чужих людей по отношению к их семьям.

Предложений и пожеланий, а также дополнительных сведений о себе и своей семье не сообщил никто.

**Рекомендации:**

1. Обратить внимание на интересы детей при проведении занятий но и учитывать мнение родителей на ожидаемые результаты от посещения группы.

2. Обратить особое внимание на развитие самостоятельности детей.

3. Привлечь к занятиям юриста.

4. Продумать цикл занятий по обмену положительным опытом воспитания ребенка в семье.

5. Предложить родителям консультации психолога, с целью обретения чувства уверенности в завтрашнем дне.

6. Попытаться провести презентацию групп, где педагоги-организаторы должны в различной форме представить группу, показать эффективность ее работы. На презентацию пригласить работников образования, здравоохранения, родителей. Таким образом, представить возможность более наглядно познакомиться с работой группы.

Данное анкетирование дает оценку результатов проводимой в ГУ ВО ТЦСПСиД реабилитационных программ, по анализу которой можно сделать выводы:

* Реабилитационные услуги Центра востребованы;
* Основными проблемами семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями являются: состояние здоровья детей, обучение и развитие, проблемы общения со сверстниками, проблемы общения со взрослыми;
* Назрела необходимость новых направлений в работе с данной категорией семей.

**Заключение**

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

* Реабилитация инвалидов является социально значимой, комплексной, многокомпонентной проблемой, которая может решаться лишь при условии активной государственной поддержки, тесного межведомственного и межуровневого взаимодействия.
* Комплексное решение проблемы инвалидности предполагает ряд мероприятий:
* расширение содержания базы данных об инвалидах в государственной статистической отчетности с акцентом на отражение структуры потребностей, круга интересов, уровня притязаний инвалидов, их потенциальных способностей и возможностей общества;
* внедрение современных информационных технологий и техники для принятия объективных решений по проблемам инвалидности;
* создание системы комплексной многопрофильной реабилитации, направленной на обеспечение относительно независимой жизнедеятельности инвалидов;
* развитие промышленной основы и подотрасли системы социальной защиты населения, производящей изделия, облегчающие быт и труд инвалидов;
* формирование рынка реабилитационных изделий и услуг;
* создание реабилитационной социально-средовой инфраструктуры, способствующей преодолению инвалидами физических и психологических барьеров на путях восстановления связей с окружающим миром;
* Изучение возможностей социально-психологических служб г. Вологда позволяет констатировать:
* рост числа служб данной реабилитационной направленности;
* разнообразие оказываемой реабилитационной помощи (консультирование, групповую, индивидуальную работу, медицинскую, юридическую, материальную, психолого-педагогическую помощь, диагностирование, освидетельствование и др.);
* ориентированность на комплексность проводимых реабилитационных мероприятий;
* объединение усилий и возможностей семей, имеющих детей с ограниченными возможностями, для оказания более эффективной помощи ребенку-инвалиду.

**Список литературы**

1. ФЗ от 19 мая 1995 г. №82 – ФЗ «Об общественных объединениях».
2. ФЗ от 24 ноября 1995 г. №181 «О социальной защите инвалидов».
3. Закон о социальной защите инвалидов в Российской Федерации // Социальная защита. – 1995. – №3.
4. Закон РФ от 19 апреля 1991 г. «О занятости населения в РФ» в редакции ФЗ от 20 апреля 1996 г. №36-ФЗ.
5. О мерах по обеспечению государственной поддержки детей-инвалидов: Постановление Правительства РФ // Образование в документах. – 1999. – №5.
6. О порядке признания граждан инвалидами: Постановление Правительства РФ // Российская газета. – 1996. – 21 августа.
7. Постановление Министерства труда и социального развития РФ от 14 декабря 1996 г. №14 «Об утверждении Примерного положения об индивидуальной программе реабилитации инвалида».
8. Постановление Правительства РФ от 28 мая 1992 г. №365 «О мерах по социальной защите инвалидов, нуждающихся в специальных транспортных средствах».
9. Аксенова Л.И. Социальная педагогика в спецобразовании // Учеб. пособие для студ. сред. пед. заведений М.: Академия, 2001.
10. Бондаренко Г.И. Социально-эстетическая реабилитация аномальных детей. – М.: Издательство МТУ, 1999.
11. Володина Н.И. Реабилитация тех, кто не вписывается в стандарт // Директор школы. – 1997. – №6.
12. Декларация о защите прав инвалидов // Коррекционная подготовка: учебное пособие. – М.: Academia. – 1999.
13. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Роль и место социального работника в обслуживании инвалидов и пожилых людей. – М.: Институт социальной работы тюменской области, 1995.
14. Дементьева Н.Ф., Шаталова Е.Ю., Соболь А.Я. Организационно-методические аспекты деятельности социального работника // Социальная работа в учреждениях здравоохранения. – М., 1992.
15. Дети-инвалиды: Федеральная программа на 1998–2000 // Российская газета. – 1997. – 23 окт.
16. Добровольская Т.А., Шабалина Н.Б., Демидов Н.А. Социальная проблема инвалидности // Социс. – 1998. – №4.
17. Жилая среда для инвалидов. – М., 1990.
18. Жить как все. О правах и льготах инвалидов /Под ред. С.И. Реутова. – Пермь: РИЦ «Здравствуй», – 1994.
19. Инвалид: о нем и для него // Социальная защита. – 1996. – №2.
20. Кондратов А.М. Сделай первый шаг. – М.: ИПТК «Логос». – 1990.
21. Ляпидевская Г.В. О создании сети реабилитационных центров для детей и подростков с ограниченными возможностями // Вестник психокоррекционной и реабилитационной работы. – 1997. – №1.
22. Малер А.Р. Новое в оказании помощи детям-инвалидам // Дефектология. – 1996. – №1.
23. Малофеев Н.Н. Современный этап в развитии системы специального образования в России. – М.: Логос. – 2000.
24. Основы социальной работы. – М., 1999.
25. Павленок П.Д. Введение в профессию «Социальная работа», – М., 1998.
26. Панов А.М. Центры социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями – эффективная форма социального обслуживания семьи и детей // Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт, проблемы. – М., 1997.
27. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. – М.: Антидор. – 1998.
28. Свистунова Е.Г. Организационно-методические основы формирования и реализации региональных программ в сфере реабилитации инвалидов // Методическое пособие для органов социальной защиты населения субъектов РФ. – 2003.
29. Словарь – справочник по социальной работе. – М., 1997.
30. Смирнова Е.Р. Когда в семье ребенок-инвалид // Социс. – 1997. – №1.
31. Смирнова Е.Р. Толерантность как принцип отношения к детям с ограниченными возможностями // Вестник психолого-социальной и коррекционно-воспитательной работы. – 1997. – №2.
32. Социальная работа с инвалидами. настольная книга специалиста / Под ред. Е.И. Холостовой, А.И. Осадчих. – М.: Институт социальной работы. – 1996.