Федеральное агентство по образованию и науке РФ

НОУ ВПО Самарский медицинский институт «Реавиз»

Медико-социальный факультет

Кафедра социальной работы и социологии

Специальность: «Социальная работа»

Специализация: медико-социальная реабилитация

людей с ограниченными возможностями

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

Сеть социальной поддержки людей

с инвалидностью как форма медико-социальной

работы на основе принципов Независимой жизни

Выполнил

Научный руководитель:

Работа защищена

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_2008г.

Оценка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Допустить к защите Председатель ГАК

зав. кафедрой

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_2008г. «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_2008г.

Самара 2008

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

Введение 3

Глава 1. Теоретико-методологические основы медико-социальной работы в сообществе 12

1.1. Сущность и основные функции сообщества 12

Содержание и принципы медико-социальной работы 27

Глава 2. Сеть социальной поддержки людей с инвалидностью: инновационный подход к пониманию и проведению медико-социальной реабилитации людей с инвалидностью 44

2.1. Понятие и направления деятельности Сети социальной поддержки людей с инвалидностью 44

2.2. Реализация принципов «независимой жизни» людей с инвалидностью в процессе медико-социальной реабилитации 58

Заключение 76

Список использованной литературы 83

# Введение

В России во всех сферах общественной, экономической и социальной жизни происходят глобальные перемены. Социальные процессы привели в движение огромные общественные силы, высветили широчайший диапазон мнений. Обеспечение в этих условиях консолидации всех прогрессивных сил общества, их максимальное сосредоточение на конструктивных процессах и оказание помощи незащищенным слоям населения становится сегодня главной задачей социальных служб и всего общества в целом. В новых условиях все более очевидной становится необходимость учёта своего собственного и положительного опыта социальной деятельности других стран, а также влияния на социальную работу культурно-правовых и экономических факторов.

Современное состояние социальной работы в России, а также в мировом сообществе требует к себе самого пристального внимания правительств, научных сил, национальных систем социальной работы и практических социальных работников. Значение социальной работы в перспективе объективно будет возрастать, и прежде всего, в связи со следующими тенденциями: демографические изменения, в особенности увеличение числа престарелых; снижение показателей здоровья населения, рост уровня безработицы и другие.

Тесная взаимосвязь социальных факторов и уровня здоровья привело к возникновению и становлению медико-социальной работы как специализированного направления социальной работы в области охраны здоровья. В Российской Федерации становлению способствовало законодательное закрепление участия социальных работников в оказании медико-социальной помощи населению (ст.20 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан). Жизнедеятельность людей находится в зависимости от социального окружения – их ближайшего сообщества, семейного круга, а также общества в целом, поэтому медико-социальная работа должна фокусироваться именно на этих системах, которые называют также сетями [28, с.103]. Сообщество служит промежуточным звеном между макросистемой общества в целом и микросистемой семейной и личной поддержки и тем самым является основным ресурсом социализации и социальной инклюзии.

Стержневой научно-практической и социально-политической проблемой является, с одной стороны, необходимость государственного социального обеспечения, с другой - ставка на личную ответственность за свое благосостояние. Эта проблема актуальна для всех стран.

До настоящего времени недостаточно изучены теоретические основы медико-социальной работы, направленной на поддержку независимой жизни клиентов, их полноценного функционирования в обществе. Не выработаны в полной мере технологии проведения работы, нацеленной на достижение максимально возможного самостоятельного уровня жизни людей с инвалидностью.

Объект данной дипломной работы: Медико-социальная работа с людьми с ограниченными возможностями, включающая в себя и участие сообщества в процессе медико-социальной реабилитации и участие людей с инвалидностью в жизни местного сообщества.

Предмет исследования. Комплексная медико-социальная поддержка людей с инвалидностью, основанная на принципах независимой жизни.

Цель данной работы. Теоретически обосновать и предложить способы формирования и функционирования Сети специалистов медико-социальной работы с людьми с инвалидностью как основу независимой и достойной жизни людей с инвалидностью.

Основные задачи.

Изучить сущность и основные функции местного сообщества;

Рассмотреть теоретические основания медико-социальной работы с людьми с инвалидностью;

Определить на основе анализа зарубежного опыта роль, цели и формы многосторонней медико-социальной работы, направленной на инклюзию людей с ограниченными возможностями в общество, поддержку их законных прав и человеческого достоинства;

Раскрыть понятие «независимой жизни» и описать основы организации социальной поддержки в предложенном варианте Сети профессиональной социальной поддержки, которая фундаментально опирается на Философию независимой жизни людей с инвалидностью.

Теоретическая значимость работы заключается в определении концептуальных основ медико-социальной работы в партнерстве специалистов с людьми в трудной жизненной и социальной ситуации, осуществляемой на принципах «Независимой жизни» людей с инвалидностью.

Практическая значимость курсовой работы представляется для специалистов социальной работы и других работников социальной сферы, для медицинских работников, вынужденных решать социальные вопросы в построении реабилитационного процесса и врачевания с людьми с инвалидностью с учётом их потребностей, возможностей, мнений и стремлений, а также в оказании им социальной поддержки и помощи.

В качестве гипотезы выступает утверждение, что многосторонняя медико-социальная работа с людьми с инвалидностью, реализуемая посредством Сети социальной поддержки прав и свобод человека с инвалидностью, ориентированная на потребности и возможности каждого отдельного человека, а также основанная на реализации принципов «Независимой жизни», позволяет клиенту и его окружению достичь желаемого уровня проживания, раскрыть свой потенциал, успешно включиться и вносить вклад в развитие общества.

Изучение общества восходит к осмыслению его сущности еще в Древней Греции. Первоначальное отождествление понятий «общество» и «государство» у Платона, Аристотеля и других, постепенно расходилось в самостоятельные понятия, и в Новое время, в работах Гоббса, Смита и других ученых определялись как два отдельных понятия. Локальные (местные) сообщества представляют интерес в контрастном сочетании признаков общества в целом, и субъективных влияний отдельных людей на развитие каждого отдельного локального сообщества. В социологических словарях пальма первенства в проведении исследований локальных сообществ в современном обществе отдается социологам так называемой Чикагской школы [11, с.126]. Первая волна чикагских исследований пришлась на 1920-е гг. Город понимался как своего рода "лаборатория" для социального исследователя. "Заведовали лабораторией" Р.Э. Парк, Э.В. Берджесс. Под их руководством были проведены исследования чикагской прессы, средств массовой информации; преступности; бедности и др. В результате было написано множество относительно самостоятельных работ, имевших разные предметы исследования, но объединенных общим объектом: Чикаго.

Среди аналогичных работ классикой можно назвать "Янки-Сити" У.Л. Уорнера. Бьльшая часть полевых исследований, на основе которых и написан этот пятитомный труд, были проведены с 1930 по 1935 гг.

Способствовали формированию концепции изучения сообщества А.Р. Радклифф-Браун, Роберт Г. Лоуи, Бронислав Малиновский, а также Джордж Мид, Эмиль Дюркгейм, Георг Зиммель и Жан Пиаже. Наиболее строгие в русле этой традиции исследования были проведены до 1950-х годов. В их числе можно назвать такие: "Южная глубинка: Социально-антропологическое исследование касты и класса" Элисон Дейвис, Берли Б. Гарднер и Мэри Р. Гарднер; "Миддлтаун: Исследование современной американской культуры" Линд [11, 126].

Предметом всех вышеперечисленных исследований в целом можно назвать локальное сообщество: во всех работах, так или иначе, затрагиваются практически все аспекты его жизни, различие скорее в акцентах. В одних случаях – это, прежде всего, социальная классовая структура, в других больше внимания уделяется религиозной жизни сообщества, занятости населения, воспитанию детей, отношениям между поколениями, системе образования, институту брака, всему, через что проходит человек в ходе своей жизни.

Димитрие Густи (1880-1955 гг.), основатель Бухарестской монографической школы - отдельная фигура среди социологов-неамериканцев, работавших в данной традиции. Исследования Д. Густи были начаты в 1925 г., к 1937 г. их было проведено восемь.

В Югославии на основе этого метода в 1960-1961 гг. было проведено исследование села Ялжабет под руководством И. Хрженяка. Предметом исследования явились экономические и социальные изменения в структуре села, общественная активность, положение молодежи, тенденции изменения семьи, положение женщины на селе и ряд других проблем.

Польские исследования были проведены значительно позднее. Среди польских монографических исследований можно перечислить следующие работы: "Миграционные процессы в малом городе" В. Мировского (исследование на примере города Шерцова); "Социальная структура города Ломжи: 1944-1975" Г. Белобжеского; "Социологическая характеристика города Жешцова" М. Маликовской.

В России монографическое исследование имеет давнюю традицию.

В проведенных в конце XIX – начале XX века подворных обследованиях деревень использовались: методика обработки поселенных списков, статистических данных, беседы с крестьянами также были нацелены на получение цифровых сведений. Исследования же, которые можно отнести к той же школе, что и описанные американские и восточноевропейские, включают: "Рязанское село Кораблино: история, экономика, быт, культура, люди села" (1957 г); "Кораблино - село русское" (1961 г); "Село Вирятино в прошлом и настоящем: Опыт этнографического изучения русской деревни" (1958 г); "Опыт историко-социологического изучения села Молдино" (1968 г) и другие.

Современные ученые, такие как О.В. Нечипоренко, А.Н. Вольский, Г.Р. Хамзина, И.Н. Полонская, И.А. Григорьева, А.Н. Гончарова, В.С. Шмаков и другие провели ряд исследований сельских сообществ в периоды становления рыночных отношений в России.

Становление медико-социальной работы в России является одной из стратегий инновационного развития медико-социальной помощи населению как общества в целом, так и каждого локального сообщества в отдельности.

Отечественные исследователи всесторонне рассматривали влияние различных комплексных социально-гигиенических, медицинских, психологических и социальных риск-факторов на здоровье и образ жизни человека.

О.П. Щепин, Н.М. Мартынова, Р.В. Коротких и другие подчеркивают, что здоровье человека обеспечивает его социально значимое существование и в этом смысле выступает жизненно необходимой объективной потребностью. Авторы обращают внимание на то, что все условия жизнедеятельности индивидуума, социальные способы удовлетворения потребностей с необходимостью проявляются в состоянии его здоровья, а условия и способы удовлетворения этих потребностей выступают в качестве реальных здравоохранительных факторов.

Ю.П. Лисицын, привлекая внимание к необходимости выработки концепции стратегии и тактики охраны и улучшения здоровья населения России, базируясь на существующих проектах, указывает на основное положение для стратегии здравоохранения - определение этой отрасли как сферы социальной политики. При этом особую значимость имеет (согласно этой концепции) не только обеспечение и увеличение средств и сил, повышение качества медицинских услуг, а также охрана и повышение уровня здоровья населения, оцениваемого как медико-социологическими показателями (индекс здорового образа жизни - ЗОЖ - потенциал общественного здоровья), так и медико-демографическими и медико-статистическими. Лисицын подчеркивает, что главный вопрос для решения стратегических задач - обусловленность общественного здоровья. Автор определяет стратегическую роль профилактических программ на основании формирования ЗОЖ и оздоровления внешней среды, которые должны идти по двум направлениям: преодоление факторов риска и формирование факторов ЗОЖ.

О.П. Щепин отмечает, что существует противоречие между необходимостью усиления социальной роли здравоохранения и невозможностью улучшить состояние здоровья народа только усилиями государства в связи с ухудшением ситуации в экономике страны, в самом здравоохранении, его материально-технической базе и трудовом потенциале [20, с.12].

И.В. Поляков считает, что успешность процессов реформирования здравоохранения и социального обеспечения во многом зависит от степени интеграции усилий различных фондов социальной защиты населения, развития межотраслевого подхода к организации медицинской помощи. Основные направления современных здравоохранительных реформ должны учитывать весь комплекс условий существования индивида, семьи, коллектива, общества. Необходимо эффективное функционирование организационной структуры, объединяющей в одно целое все компоненты, определяющие уровень здоровья населения.

В.З. Кучеренко и Л.Е. Сырцова, анализируя проблемы профилактики в условиях реформы здравоохранения, выделяют факторы, препятствующие их решению. Среди них авторы называют общественно-экономическую нестабильность, социальную незащищенность значительной части населения, стихийную миграцию и ее последствия, отсутствие единой концепции профилактики, несовершенство законодательства, недостаточное государственное финансирование и малую роль других источников, отсутствие интереса со стороны страховых компаний, а также слабую материально-техническую базу других отраслей хозяйственного комплекса и др.

П.И. Сидоров, В.З. Кучеренко и A. M. Вязьмин отмечают, что социальные работники в здравоохранении - это неиспользованный резерв профилактической медицины.

Авторским коллективом ЦНИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов была предложена концепция социальной защиты инвалидов.

В данной концепции авторы рассматривают социальную защиту инвалидов как многоуровневую систему мер - экономических, организационных, правовых, медико-социальных, психологических, имеющих своей целью обеспечение инвалидам равных возможностей, способствующих их интеграции в общество. Очевидно, стремление авторов рассматривать реабилитацию через систему разноплановых мероприятий, медицинской, социальной и трудовой реабилитации в рамках индивидуальных программ реабилитации инвалидов. Отмечается, во-первых, необходимость координации деятельности специалистов, занимающихся тем или иным видом реабилитации, и обеспечения преемственности в их работе, и, во-вторых, ведется поиск модели специалиста, который мог бы владеть знаниями и умениями, позволяющими ему осуществлять комплексные реабилитационные мероприятия.

Структура данной работы следующая: введение, две главы, заключение, список использованной литературы и приложение.

В первой главе последовательно рассматривается: исторические истоки возникновения понятия «общество», а также приводятся классические социологические трактовки «общества», представленные такими учёными как Т. Гоббс, А. Смита, Георг Вильгельм Фридрих Гегель, М. Вебер, Дюркгейм и другие. Широко анализируется «Исследование локального сообщества в социологической традиции», проведённое современной российской учёной М.С. Добряковой, изучаются монография А.Н. Гончаровой «Проблема согласования общественных и личных интересов в процессе построения гражданского общества», и статья И.А. Григорьевой «Приоритеты социальной политики: пожилые люди» и другие.

Во втором пункте приводятся теоретические обоснования медико-социальной работы, её понятие, направления, принципы, функции. Приводится соотношение понятий «реабилитация», «абилитация», «адаптация», «медико-социальная реабилитация».

Во второй главе раскрывается понятия «инновация» и «социальная инновация» и анализируются основы функционирования Сети профессиональной социальной поддержки прав и свобод людей с инвалидностью как инновационный подход к осуществлению медико-социальной работы с вышеназванной категорией клиентов. Анализируется американский вариант Сети поддерживающего проживания людей с инвалидностью, действующий на основании принципов «Независимой жизни». Раскрывается понятие «Независимая жизнь» и принципы самостоятельности людей с инвалидностью.

Достижение социальной независимости человека с инвалидностью представляется как цель медико-социальной работы, которая должна реализовываться через многофункциональную, системную деятельность Сети социальной поддержки людей с инвалидностью. В конце работы представлены выводы.

### Глава 1. Теоретико-методологические основы медико-социальной работы в сообществе

### 1.1. Сущность и основные функции сообщества

В истории социальной мысли многообразие определений общества прослеживаются от ранних социально-философских идей общества в работах Платона, Аристотеля, Цицерона, Августина.

Общество (социум, социальность, социальное) в широком смысле: совокупность всех способов взаимодействия и форм объединения людей, в которой выражается их всесторонняя зависимость друг от друга; в узком смысле: генетически и/или структурно определенный тип (род, вид, подвид и т.п.) общения, предстающий как исторически определенная целостность, либо как относительно самостоятельный элемент (фрагмент, момент) подобной целостности [6, с.1].

На протяжении длительного периода эволюции социально-философской мысли знание об обществе, имевшее скорее теоретический, нежели эмпирический характер, практически отождествлялось со знанием о государстве, его законах, а также обычаях и нормах поведения его граждан, нравственный аспект которых был преимущественным объектом этики. Однако уже социально-философские построения Платона открывали возможность связать необходимость существования государства не только с собственно политическими потребностями людей, составляющих общество, но также и с их неполитическими потребностями: в пище, жилье, одежде и пр. В его «Диалогах», государством (оно же общество) именуется совместное поселение людей в целях взаимопомощи в деле удовлетворения названных потребностей, равно как и лежащей в их основе изначальной потребности в самосохранении, которая молчаливо предполагается при этом.

Однако активными обществообразующими моментами при этом оказываются чисто политические (в современном смысле) функции государства: защита населения и, прежде всего, территории, какой оно фактически обладало, от внешних врагов, а также обеспечение порядка внутри страны. Отсюда отождествление общества и государства, характерное для классической социально-философской мысли древних греков.

Платоновская идея государственно-политическим образом структурированного общества получила дальнейшее развитие у Аристотеля, осмыслявшего под углом зрения власти (политического господства) не только его макро-, но и микроструктуру.

Основной тип общественной связи в аристотелевской политике - это господство/подчинение, характеризующее не только публичную, но и внутрисемейную жизнь в древнегреческом полисе: отношения мужа и жены, отца и детей, главы семьи и включенных в семью рабов. От семьи как первичной ячейки собственно человеческого общения Аристотель восходит к более развитым его формам – селению, где в общение привходит сверхродовой принцип соседства, и, наконец, к полису: городу-государству, где политическая природа общения предстает в своей полноте и истинности, выставляя его изначальную цель.

Основной сдвиг в понимании общества в эллинистическую эпоху был связан с переходом от локальной модели сравнительно небольшого и более или менее четко очерченного греческого города-государства (полиса) к глобальной модели "мирового города" (космополиса) с колоссальной, по тогдашним масштабам, периферией, контуры которой постоянно менялись в зависимости от военных успехов или неудач метрополии.

Согласно Цицерону, пытавшемуся модернизировать платоновско-аристотелевское понимание общества с помощью стоицистских новаций, весь этот мир следует рассматривать как единую гражданскую общину богов и людей (О законах, кн. I, VII) [1, с.23]. По ее образу и подобию он представляет гражданскую общину, прежде всего, Рима, как наиболее близкого к этому умопостигаемому образцу, а затем и других общественных образований, объясняя отступления от него испорченностью, связанной с дурными наклонностями, которая так велика, что от нее как бы гаснут огоньки разумности, данные нам природой, и возникают и укрепляются враждебные им пороки [1, с.33].

Отправляясь от цицероновского определения гражданского общества как народного достояния, Августин доказывает, что его в точном смысле этого слова вообще не существовало задолго до того, как оно было разгромлено варварами, и виной тому отнюдь не христианская этика, как утверждали гонители христианства, а разложение древнего уклада опоры римской державы (Августин. "О граде божием", кн. II, гл.21) [2]. Результатом этого было отчуждение государства от его естественного собственника народа, который, утратив реальную связь с ним, утратил и черты социальности, перестал быть обществом.

Этот мотив цицероновской, а затем и августианской трактовки социальной сущности общества получил дальнейшее и в высшей степени оригинальное развитие в Новое время у Томаса Гоббса, одновременно преобразовавшего и концепцию "естественного права", лежавшую в его основании (идею права собственности народа на государство, благодаря возникновению которого "соединение многих людей" приобретало значение общества).

Гоббс был первым, кто наиболее полно разработал антропоморфную модель общества, основанную на сравнении общества и человека. Кроме того, он разработал концепцию общественного договора, на основе которой впоследствии было развито понятие гражданское общество. По Гоббсу, гражданское общество предполагает отказ человека от свободы в пользу защищенности, которую обеспечивает государство при помощи таких учреждений, как суд, армия, полиция, правительство.

Как видим, общество определяется теперь в совсем иной системе координат, чем та, под знаком которой развивалась классическая греческая и неклассическая эллинистическая мысль. "Естественная" первобытность человеческого сосуществования уже не рассматривается как отмеченная печатью большей близости к "природе", то есть космическому, божественному началу, непосредственно внушавшему людям своей Закон. Наоборот, самое древнее (и в этом смысле самое "естественное") состояние человечества рассматривалось и в этом заключалось радикально новое, внесенное Гоббсом в общественную мысль, не только как не-, а скорее даже как антисоциальное, весьма и весьма опасное для жизни людей.

Дальнейшее размежевание теоретического содержания понятий "общество" и "государство" подготавливалось развитием английской политической экономии и в особенности классическим исследованием А. Смита "О природе и причинах богатства народов". Область производственных отношений людей, включающая у А. Смита и отношения товарообмена, относится не к политическому, а к гражданскому обществу в узком смысле. Общество предстает, таким образом, как трудовой и вместе с тем меновой союз людей, связанных разделением труда - единственным способом удовлетворения их многообразных потребностей.

Речь идет о специфически общественной связи, в рамках которой каждый индивид, работая на себя, в то же время работает на "всех" (и наоборот): Механизм примирения индивидуального и общественного, который Иммануил Кант назовет впоследствии "автоматом", обеспечивающим "патологически вынужденное согласие" в обществе, поставив задачу гуманизировать его, превратив в "моральное". Моральным Кант считал только такое поведение, которое сознательно выбирается и строится в соответствии с моральным законом. Если человек выбирает действие под влиянием влечений, а, следовательно, его совпадение с требованием категорического императива оказывается случайным, данное поведение ещё нельзя считать моральным, оно лишь легально.

Ту же проблему, заданную Смитом, пытался решить Георг Вильгельм Фридрих Гегель в своей "Философии права", вначале различив семью, как сферу нравственности, и "гражданское общество", как систему всесторонней телесно-духовной взаимозависимости людей, а затем объединив их в государстве, понятом как высший синтез партикулярной семейной нравственности и гражданского общества. Тем самым именно Гегель разработал понятие «целостность» [7, с.405]. С его точки зрения, целое всегда больше, чем сумма частей, а сущность частей во многом определяется тем, что они входят в целое. В центре его философской системы стоит Мировой Дух – разумное начало, который реализуется в исторических процессах и действиях конкретных людей и выражается в последовательно сменяющих друг друга образах культуры.

Французский мыслитель Клод-Анри Сен-Симон [7, с.407], стоявший у истоков социализма и социологии как самостоятельной науки, считал, что общество проходит три стадии развития: рабство, феодализм и индустриализм. Развитие общества представлялось Сен-Симону как чередование стабильных и кризисных состояний.

Основателем науки социологии считается Огюст Конт. Будучи позитивистом, социологию Конт обосновал по аналогии с точными науками. По его мнению, следует отказаться от положений, которые нельзя ни проверить, ни опровергнуть. Следовательно, социология, как и науки о природе, должна изучать объективные законы, управляющие явлениями действительности.

Но уже на рубеже XIX-ХХ веков эта дихотомия противостоящих друг другу взглядов на общество была существенно усложнена, принципиально новым подходом. Этот поворот был связан с целой серией разнообразных попыток концептуализировать общество, отправляясь от индивида, а не от тех или иных надындивидуальных целостностей.

В аспекте скорее социально-философском здесь первопроходцем стал Георг Зиммель, в собственно социологическом аспекте М. Вебер. Макс Вебер разработал теорию, названную им «понимающая социология», и теорию социального действия. Он полагал, что только через субъективный смысл и можно объяснить человеческое поведение.

Центральное место в творчестве Дюркгейма занимает идея социальной солидарности («О разделении общественного труда»). Он выделяет два типа социальной солидарности: механическую и органическую солидарность [8, с.44].

Механическая солидарность характерна для традиционного, архаического, простого общества и основана на неразвитости и сходстве составляющих общество людей. Личность «растворяется» в таком обществе, индивид не принадлежит сам себе, коллективное сознание практически полностью подчиняет индивидуальное.

Органическая солидарность порождается разделением общественного труда и основана на различии индивидов. Разделение труда - это тот механизм, который создает желаемую общественную связь, солидарность между классами. Благодаря разделению труда индивид осознает свою зависимость от общества. Главным показателем прогресса и историческим законом Дюркгейм считает переход от механической солидарности к органической.

Любое современное общество, основанное на органической солидарности, чревато опасностью разъединения и аномалии. Социальные проблемы и конфликты он считал отклонением от норм, вызванных неотрегулированностью социальных отношений между главными классами общества. Он развивал идею создания профессиональных корпораций в качестве новых органов общественной солидарности, которые должны выполнять социальные функции регулирования общественных отношений и способствовать развитию личности. Главное место в его социально-политической программе он отводил реформам.

Толкотт Парсонс, выдающийся американский социолог-теоретик, ученик П.А. Сорокина рассматривает общество как особый вид социальной системы. Социальная система в свою очередь является одной из первичных подсистем системы человеческого действия наряду с такими подсистемами, как организм, личность и культура (Схема 1).

Схема 1. Подсистемы действия

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| I | II | III | IV | V |
| Функции в общих системах действия | Подсистемы действия | Внешние среды действия | Кибернетические отношения |
| Ядро | Внутренние среды |
| «Высшая Высокий уровеньреальность» информации (контроль) Система культурыПоддержание………………………… ОбразцаИерархия контролирующих факторовИерархия обусловливающих факторовСоциальная системаИнтеграция………. Система личностиДостижение цели……………………Поведенческий организмАдаптация……………………………Физико-органическая Высокий уровень энергиисреда (условия)  |

Фундаментальный принцип организации жизненных систем состоит в том, что их структуры дифференцируются в соответствии с требованиями, предъявляемыми им внешней средой. Так, биологические функции дыхания, пищеварения, движения и восприятия информации являются основой дифференциации систем органов, каждая из которых обслуживает те или иные отношения между организмом и окружающей средой. Этот же принцип используется Парсонсом и для анализа социальных систем.

Поскольку социальная система - суть интеракции индивидов, то каждый участник является одновременно и действующим лицом (обладающим определенными целями, идеями, установками и т.д.), и объектом, на который ориентированы и другие действующие лица, и он сам [9, с.99]. Система интеракций, таким образом, в аналитическом плане обособлена от совокупности процессов действия отдельных своих участников. В то же время эти «индивиды» являются и организмами, и личностями и принадлежат к определенным культурным системам.

При такой интерпретации каждая из трех других систем действия (Культура, личность, поведенческий организм) составляет часть окружающей среды или, если можно так сказать, одну из окружающих сред социальной системы. За пределами этих систем находятся окружающие среды самой системы действия, которые располагаются выше и ниже общей иерархии факторов, контролирующих действие в мире жизни. Эти отношения изображены на представленной выше схеме 1. Общество, по Аристотелю, - это такой тип социальной системы (среди всего универсума социальных систем), который как система достигает по отношению к окружающей среде наивысшего уровня самодостаточности. Самодостаточность общества, согласно Парсонсу, является функцией от сбалансированной комбинации механизмов контроля над отношениями общества с этими пятью средами, а также от степени его собственной внутренней интеграции.

В процессе развития и приспособления к разнообразным обстоятельствам возникают формы социальной организации, обладающие все большими адаптивными возможностями, менее подверженные воздействию частных, случайных причин, вызванных либо специфическими физическими явлениями, либо индивидуальными органическими изменениями, либо личностными различиями. В более развитых обществах диапазон различий между личностями может даже расширяться, в то время как структуры общества и происходящие в нем процессы становятся все менее зависимыми от особенностей индивидов.

По Парсонсу, ядром социетального общества (societal community) как системы является структурированный нормативный порядок, посредством которого организуется коллективная жизнь населения (Схема 2).

Схема 2. Социетальное сообщество и его среды

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| I | II | III | IV | V |
| Внутренние социетальные функции | Внешние социетальные функции | Среды социетального сообщества | Функции в общей системе |
| Внутренние | Внешние |
| ПоддержаниеСистема поддержания институциональных культурных образцовобразца ……………………………. Поддержание образцаСистема культуры ………………Социетальное сообществоИнтеграцияИнтеграция……… …………………Достижение целиСистема личностиПолитическая системаДостижение …………………. цели ……………………………………АдаптацияПоведенческий организмЭкономическая системаАдаптация ……………………………... . . ………. .  |

Как порядок, он содержит ценности, дифференцированные и специфицированные (particularized) нормы и правила, причем, только соотнесенность с культурой придает им значимость и легитимность. Он задает критерии принадлежности тех или иных индивидов к обществу.

Это сообщество должно быть «носителем» культурной системы, достаточно генерализированной и интегрированной для того, чтобы легитимизировать нормативный порядок. Подобная легитимация требует наличия специальной системы символов, позволяющей обосновать идентичность и солидарность сообщества, а также верований, ритуалов и других культурных компонентов, в которых данная символическая система воплощена. При этих условиях самодостаточность общества предполагает институционализацию большого числа культурных компонентов для того, чтобы наилучшим образом соответствовать социетальным потребностям.

Общество в целом включает в себя многообразия локальных сообществ. В социологической литературе термином "локальное сообщество" стали обозначать определенные типы поселения (деревни, физически ограниченные городские районы), жизнь в которых близка к идеально-типической в отношении социальных связей между их жителями. Опираясь на материал имеющихся исследований локальных сообществ данное понятие можно было бы сузить до понятия малого города (в американских исследованиях) или деревни (в восточноевропейских). Однако понятие города (деревни) имеет, по крайней мере, при поверхностном взгляде, чересчур количественную коннотацию: некое число тысяч жителей образуют поселок, а увеличение нулей переводит поселок в разряд городов.

В результате исследования Добрякова М.С. приходит к выводу, что понятие локального сообщества отражает, прежде всего, качественные, а не количественные характеристики населенного пункта. Понятие [локального сообщества] ассоциируется у одних с "деревней", у других - с "маленьким городком", у третьих - с "крупным городом". Отсюда и различия в подходах к изучению локальных сообществ. Подчёркивается, что локальное сообщество – понятие, прежде всего, качественное.

Добрякова выделяет две группы свойств, объединяющих американские, восточно-европейские и российские исследования локальных сообществ в одну исследовательскую парадигму. Во-первых, это родственная для всех них многогранность предмета исследования, с одной стороны, и ограниченность объекта - с другой: изучают все многообразие жизни крохотного кусочка общества. Во-вторых, это схожие, пусть и не полностью идентичные, методики исследования.

Добрякова М.С. в своей работе «Исследования локальных сообществ в социологической традиции» [11, с.125] рассматривает локальное сообщество в сочетании обеих традиций, структурной и функциональной. Так, с одной стороны, или со стороны видимых элементов, сообщество - это любой сознательно организованный агрегат, облеченный политической автономией, поддерживающий существование основных социальных институтов. А с точки зрения внутреннего содержания сообщество - это процесс социального взаимодействия, порождающего интенсивные или экстенсивные отношения и практики взаимозависимости, кооперации, сотрудничества и объединения. В таком определении опущены все пространственные характеристики, оно построено вокруг процессов исключительно психологических.

Традиционный способ анализа сообщества предполагает анализ различных институтов этого сообщества: экономических, управленческих, религиозных, образовательных и т.д. Однако сфера действия этих институтов лишь весьма приблизительно совпадает с основными значимыми для данной территории функциями. Так, функция социального контроля может выполняться как церковью, так и школой и т.д. Таким образом, функциональный подход к изучению сообщества представляется более адекватным, нежели институциональный. С функциональной точки зрения, сообщество представляет собой сочетание социальных единиц и систем, которые выполняют основные функции, значимые для данной территории. Таких функций Уоррен выделяет пять: (1) производство - распределение - потребление; (2) социализация; (3) социальный контроль; (4) социальное участие; (5) взаимопомощь.

Современный исследователь Морис Р. Штейн, применительно к американским общностям, выделяет три оси их дифференциации: степень урбанизации, индустриализации и бюрократизации [11, с.132]. Первое различие американских общностей, ведущее к расхождениям в их структуре и функциям, проходит по оси автономности, показывающей Степень зависимости или независимости общности при выполнении ее основных функций от единиц, не входящих в данную общность. Вторая ось показывает, в какой степени совпадают или не совпадают сферы действия общинных единиц. Третья ось отображает степень психологической идентификации индивида со своим сообществом: с одной стороны, общность может выступать основной группой для ее членов, а с другой - чувство собственной принадлежности к сообществу может быть развито достаточно слабо. Наконец, четвертая ось - так называемый "горизонтальный каркас", или структурные и функциональные связи между различными единицами общности: в одних общностях чувства, модели поведения, систематические социальные взаимосвязи могут быть прочными, в других - зыбкими.

Наряду с зарубежными учеными местные сообщества изучаются и в настоящее время в России. Российское общество за последние 90 лет пережило ряд революций (в немирной и в мирной формах). За этот период дважды произошли изменения трансформационного типа противоположной направленности: институтов экономики (объектом социальных экспериментов в обеих трансформациях явилась собственность на средства производства, которая в первом случае национализировалась, во втором подверглась капитализации); социальной дифференциации (в первом случае - ликвидация "эксплуататорских классов", во втором - формирование новых полярных слоёв); политических институтов, оказавшихся наиболее подвижными и уязвимыми; социализации (смена дважды социальных и ценностных ориентиров - от коммунизации к капитализации общественного и индивидуального сознания); института образования (обрыв преемственности отечественной системы образования, две стратегии социального открытия/закрытия доступа к образованию); института семьи (либерализация семейно-брачной морали; ослабление родственных связей); института религии (дважды по отношению к религии и религиозной культуре общества осуществлены противоположные стратегии) [15, с.124].

Эти изменения напоминали небезызвестные "шаг вперед, два шага назад", не давая обществу осуществить прорыв в "постмодернизации". Все социальные институты не только трансформировались, но и в пределах одного и того же этапа изменений постоянно реформировались. И каждый раз часы социального времени перемен спешили в центре и отставали в провинции.

В то же время имеет место конвергенция сообществ, проявляющаяся в социально-демографических процессах (падение рождаемости, переход к нуклеарной семье, либерализация семейно-брачной морали), в распространении новых форм образования, в развитии потребительского рынка, а также в репродуцировании "кошмарных черт современности" или "ложной современности" по выражению П. Штомпки [16, с.180] (люмпенизация, аномия, распространение социальных девиаций, делинквентности и др.). Единой эволюции всех обществ нет. Человеческая цивилизация развивается в разных ритмах социального времени. "Центр" и "периферия" российского общества, имея разные показатели "социального времени", разные экономический и социальный потенциал, также не могут развиваться как находящиеся на одном этапе "современности". Интерпретации социальных ситуаций, предлагаемые западными авторами, отмечает В.А. Ядов, не полностью соответствуют ситуации в России [17, с.9].

По этим критериям в главных характеристиках "большое" российское общество соединяет в себе свойства и постмодерна и модерна. Но сообщества, его составляющие, имеют разные уровни современности. При проецировании на них "паттерн-переменных" Т. Парсонса можно констатировать неотчетливость, диффузность социальной структуры провинциальных и сверхпровинциальных сообществ, сохранение коллективной морали, эмоциональность социальной жизни вместо нейтральности и т.д. [15, с.124]. Социальные действия, социальное сознание в непровинциальном и частично в полупровинциальном сообществах основываются на инструменталистских принципах, а в провинциальном и сверхпровинциальном сообществах – на понятиях, производных от "общинности". В настоящее время идет интенсивный процесс вытеснения "механической солидарности", но это еще не приближает общество к "триумфу индивидуальности".

Сотрудниками Института философии и права СО РАН в июле-августе 2000 г. на территории Турочакского района Республики Алтай [18, с.55] проведена работа, которая осуществлялась в рамках двух проектов: "Мониторинг процессов социальной модернизации в сельских локальных сообществах Республики Алтай" и "Адаптация сельских локальных сообществ к процессам социальной модернизации". В ходе экспедиции было обследовано 21 локальное сообщество из 24 имеющихся на территории района. Именно состояние натурального сектора определяет уровень зажиточности или нищеты в локальном сообществе и составляет основу экономики района.

Надо также сказать, что архаичные производственные навыки сегодня утрачены, например, полностью отсутствует институт деревенских кузнецов. Кроме того, для нормальной жизнедеятельности крестьянскому хозяйству требуются потребительские товары, которые в самом хозяйстве не производятся. Для обследованного района в этом списке важнейшую роль играют хлеб и мука, так как в силу климатических условий хлеб в районе практически не выращивают. Помимо них нужны одежда, обувь, школы и др.

Таким образом, хотя деньги играют второстепенную роль в деревне, совсем обойтись без них сельская экономика не может. Можно выделить три канала поступления денежных средств: 1) социальные трансферты, в первую очередь пенсии; 2) товарность собственно крестьянского хозяйства; 3) государственные организации. Пенсия представляет практически главный источник в бюджете сельских семей: 80% опрошенных экспертов поставили ее на первое место, на втором оказались случайные приработки - 67%. Роль пенсий возрастает в условиях общего постарения сельской популяции. Важным достоинством этого канала является его сравнительная устойчивость.

При возникновении социальных проблем, характерных для какой-либо местности проживания людей – сообщества в географическом аспекте своего понимания, актуально проведение социальной работы с сообществом (общиной) – это и метод и направление социальной работы, посредством которого индивиды, группы и организации вовлекаются в целенаправленные спланированные действия для решения социальных проблем [42, с.140]. Данный метод более широко распространен в практике социальных работников в зарубежных странах, чем в нашей стране.

Основными тремя направлениями деятельности в общине специалистов по социальной работе являются:

способствование решению социальных проблем на уровне местного сообщества как за счет государственных средств помощи, так и за счет потенциала проживающих в этом сообществе;

социальное планирование, выработка политики и стратегий действий различных организаций по вопросам социального образования, здравоохранения и защиты;

организация публичных социальных акций и общественных кампаний, направленной на изменение существующей законодательной и организационной практики, препятствующей осуществлению основных гражданских прав уязвимых групп населения.

В работе с незащищенными в социальном плане группами населения специалист по социальной работе наряду с социальными сталкивается и с медицинскими проблемами. В этих случаях проводится медико-социальная работа, ориентированная на проживающих в данной местности, в данном сообществе.

Исследования медико-социальных проблем различных групп пациентов (клиентов) свидетельствуют о том, что обширной частью социальной работы являются контингент, традиционно наблюдающийся в сфере здравоохранения. По данным А.В. Мартыненко, медико-социальные проблемы выявляются не менее чем у 40% пациентов с хроническими заболеваниями психиатрического, наркологического и онкологического профиля [20, с.34].

После опубликования концепции отечественной медико-социальной работы есть основания констатировать, что основные ее положения реализуются в настоящее время в учреждениях здравоохранения, социального обслуживания населения и других сфер. Этот факт свидетельствует о практической значимости предлагаемого обновления и углубления концепции медико-социальной работы.

### Содержание и принципы медико-социальной работы

В современных условиях усугубления социальных проблем в нашей стране, снижения показателей здоровья населения возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных задач медицинского и социального характера на качественно новом уровне. Возникла необходимость создания новых механизмов, форм и методов медико-социальной помощи населению как новых социальных технологий, которые обеспечат гражданам комплексные социальные услуги в случае заболевания, утраты трудоспособности и т.д. и будут способствовать решению связанных со здоровьем социальных проблем. Вследствие этого в 90-е гг., в России стала развиваться медико-социальная работа как качественно новое направление социальной работы и вид профессиональной деятельности. Ее становление обусловлено современным состоянием здравоохранения, социальной защиты населения, других социальных институтов в условиях реформирования экономического уклада и структуры общественных отношений.

Практика свидетельствует о том, что специалист социальной работы, стремящийся оказать профессиональную помощь своему клиенту, обязан владеть теоретическими и практическими знаниями в области медицины и здравоохранения. Независимо от специализации и рабочего места, он участвует в решении проблем индивидуального и общественного здоровья.

Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Поэтому социальная работа рассматривается как деятельность, родственная врачеванию. Проблема здоровья, будучи глобальной, неотъемлема от других проблем человека. Здоровье актуально во все периоды индивидуального развития организма.

Имея много общего с медицинской помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом, медико-социальная работа не выходит за рамки своей компетенции, не претендует на выполнение лечебных функций, а предусматривает тесное взаимодействие социальных работников с медицинским персоналом и четкое разграничение ответственности.

В организации медико-социальной работы целесообразно придерживаться принципов, предложенных Ю.В. Валентиком, О.В. Зыковым, М.Г. Цетлиным [20, с.35]. Таковыми являются экосистемность, полимодальность, солидарность, конструктивная стимуляция, континуальность.

Экосистемность. Учёт всей системы взаимоотношений человека и окружающей его среды в данной проблемной парадигме, системный анализ взаимосвязей между всеми элементами конкретной проблемной жизненной ситуации и определение на его основе совокупности социально-функциональных действий.

Полимодальность. Сочетание в медико-социальной работе различных подходов, способов действия, функционально ориентированных на конкретную цель, на конкретный проблемный контингент, социально уязвимую или дезадаптированную группу населения; исходно заданных, типовых в методологическом плане - использующих отдельные конкретные методы, типовые способы действий.

Солидарность. Сочетанное и согласованное организационное взаимодействие в процессе медико-социальной работы государственных учреждений, действующих в любой сфере, и учреждений, входящих в структуры организаций с разной формой собственности.

Конструктивная стимуляция. Отказ социальных служб от исключительно патерналистских форм помощи и опеки, порождающих у их субъектов пассивное иждивенчество, и смещение акцента на развитие и поощрение личной активности и ответственности клиентов, максимальное использование и развитие их ресурсов.

Континуальность. Непрерывность, цельность, функциональная динамичность и плановость медико-социальной работы, понимание ее как процесса, использование континуального подхода к ее практике - с обязательным планированием последовательных этапов деятельности на основе определения «шагов» постепенного достижения конкретных целей в виде суммы действий и наблюдающихся значимых изменений статуса субъектов помощи.

Эти принципы могут быть дополнены следущими:

Взаимопомощь. При взаимопомощи людей связывает общность забот, труда, взаимопонимание [25, с.85]. Группы взаимопомощи подразумевают участие специалиста в процессе реабилитации, адаптации, а также медико-социальной помощи. Группа взаимопомощи - это коллектив людей объединенных одной жизненной проблемой или ситуацией. Это может быть хроническое заболевание или зависимость, от которой участники группы хотят избавиться. Участники группы делятся своими чувствами и накопленным опытом, и это дает каждому уникальное чувство сопереживания и взаимной поддержки, а также позволяет собрать воедино имеющуюся практическую информацию и способы преодоления трудностей. В таких группах участвуют специалисты по социальной работе и другие специалисты. В центре внимания многих групп стоит психотерапевтический процесс - стремление помочь участникам преодолеть кризисную ситуацию или дать им моральные силы для борьбы за свое здоровье и благополучие. Важной задачей групп может быть осознание и защита участниками своих прав и интересов, привлечение внимания общества и государственных структур к своей проблеме и борьба за перемены в общественном мнении и политике государства.

Комплексность. Комплексность - единовременный "охват" человека с инвалидностью всеми специалистами, взаимодействие их в ходе реабилитационного воздействия.

Принцип гуманизма включает в себя не только милосердие к людям, цивилизацию любви, предполагающую любовь к человеку, народам, культуре, но и рациональность организации помощи человеку не в абстрактных, а конкретных формах. Это не только призыв любить ближнего, но и оптимальный путь к выживанию, спасению. Русский философ Н. Бердяев говорил о российском менталитете как о содержащем жалостливый гуманизм в отличие от западного рационализма. Вместе с тем, совершенно очевидна невозможность оказания помощи людям, основанной исключительно на традициях жалости. Конкретный гуманизм включает профилактику риска (наркомании, преступности, суицида, голода, обнищания), культурное и профессиональное развитие граждан, защиту прав, организацию детского воспитания, уважение к другой культуре. Чем более развито правовое общество, тем гарантированней социальная защита и успех медико-социальной работы. Привычная позиция ответственности человека перед обществом предполагает и ответственность самого общества перед человеком.

Личностный подход к клиенту как принцип медико-социальной работы акцентирует внимание на человеке как личности, уникуме, индивидуальности [27]. Человек есть единство уникального и универсального, биологического и социального, со своими собственными потребностями и возможностями. Личностный подход предусматривает поиск возможной одарённости, нераскрытых способностей, индивидуализацию в подходе к группе, знание особенностей и этапов социализации. Необходимо понять, а не осуждать клиента, не вызывать чувство страха и ненависти, не быть высокомерным по отношению к нему, не навязывать своё мнение насильно, а привлекать его к сотрудничеству на основе добровольности и свободы выбора, сберегать его личностное достоинство и самоуважение.

Принцип доверия к клиенту и поддержания доверия клиента к специалисту. Только на этих основаниях возможно расположить клиента к взаимопониманию и взаимодействию.

Принцип модальности предполагает гибкий подход с учётом конкретного региона, специфики личности клиента, его пола, возраста, характера, культуры, традиций, религий. Принцип перманентности означает требование непрерывности как в социальной так и в медико-социальной работе, недопустимости прекращения коррекционных, терапевтических и поддерживающих действий, разработки индивидуальных программ, действующих на протяжении жизненного пути клиента.

Принцип посредничества связан с работой в комплексе, системе, команде. Это связано с мультидисциплинарностью самой теории медико-социальной работы.

Принцип компетентности ориентирует на знания, умения и профессионализм, сопровождается рефлексией «не навреди», сочетанием профессиональных и непрофессиональных (домашнее лечение) форм поддержки и терапии. Этот принцип предполагает заботу о кадрах, повышении их квалификации, переобучении, дополнительном образовании, их специальной стажировке.В.А. Якунин (1998) выделяет внутренние критерии успешности обучения и воспитания специалиста: общая и профессиональная компетентность; профессиональная направленность и учебная мотивация; активность; творчество; умственная самостоятельность; способность к самоуправлению. Внешние: адаптация выпускника на производстве; профессиональная устойчивость (или миграция); темпы роста профессионального мастерства и связанное с ним должностное продвижение.

На основе принципов строится медико-социальная работа как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленный на восстановление, сохранение и укрепление здоровья [20, с.33]. Она принципиально изменяет комплексную помощь в области охраны здоровья, так как предполагает проведение системных медико-социальных воздействий на более ранних этапах развития болезненных процессов и социальной дезадаптации, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидности. Таким образом, медико-социальная работа приобретает не только выраженную реабилитационную, но и профилактическую направленность.

Медико-социальная работа профилактического направления включает выполнение мероприятий по предупреждению социально-зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья; формирование установок на здоровый образ жизни, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, участие в разработке целевых программ медико-социальной помощи на различных уровнях, социальное администрирование, обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Медико-социальная работа патогенетического (реабилитационного) направления включает мероприятия по организации медико-социальной помощи, проведение медико-социальной экспертизы, осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, социальную работу в отдельных областях медицины и здравоохранения, коррекцию психического статуса клиента, обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий и др.

Специфика социальной работы, направленной на оказание медико-социальной помощи, определяет особенности медико-социальной работы как важной прикладной компоненты социальной медицины.

Широту и многообразие спектра проблем, которые рассматриваются многими авторами в рамках социальной медицины, обобщает Ю.П. Лисицын: нет проблемы медицины, которая не имела бы социального аспекта. Милтон И. Ремер определяет «социальную медицину» как расширенное понимание клинической медицины, полностью учитывающее социальные, психологические факторы, а также факторы окружающей среды, влияющие на отдельных пациентов.

И.Ф. Дементьева в своей работе «Социальная адаптация детей-сирот: проблемы и перспективы в условиях рынка» утверждает, что задача общества состоит в том, чтобы вырастить из детей-сирот, а также других незащищённых категорий населения полноценных здоровых граждан, привить им профессиональные и различные жизненные навыки, которые облегчат последующую социальную адаптацию [21, с.62].

Являясь видом мультидисциплинарной деятельности и реализуясь в области взаимных интересов здравоохранения и социальной защиты населения, медико-социальная работа использует формы и методы, сложившиеся в системе здравоохранения - профилактические, реабилитационные, психотерапевтические и др.; в системе социальной защиты населения - социальное консультирование, социальные пособия, социальное обслуживание на дому, социальное обслуживание в стационарных учреждениях, организация дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания, предоставление временного приюта и др. В «Глоссарии терминов по медико-социальной помощи» Европейского регионального бюро ВОЗ дано следующее определение социальной работы: «Организованное социальное обслуживание, охватывающее широкий круг социальных проблем людей путем исследования конкретных случаев и использования других специализированных методов» [24, с.399]. При этом принципиальным положением такого вида социального обслуживания - собственно профессиональной социальной работы - является наличие развитых социальных служб различных специфических направлений.

В том же глоссарии медико-социальная работа определяется как «организованное социальное обслуживание в больнице или вне ее, с особым упором на связанные со здоровьем социальные проблемы» [24, с.399].

Интегрируя подходы отечественных и зарубежных авторов к определению сущностного содержания социальной работы, А.М. Панов выделяет три аспекта этого вида деятельности:

оказание помощи отдельному человеку или группе лиц в сложной жизненной ситуации путем реабилитации, консультирования, использования других видов социальных услуг;

развитие потенциала самопомощи лиц, попавших в сложную жизненную ситуацию;

влияние на формирование и реализацию социально-экономической политики на всех уровнях с целью обеспечения социально здоровой среды жизнеобитания и жизнедеятельности человека, создание системы поддержки нуждающимся лицам.

Указанные три аспекта составляют основу содержания и медико-социальной работы как вида профессиональной деятельности при оказании медико-социальной помощи. Необходимо отметить, что медико-социальная помощь включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, а также выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная работа - это вид профессиональной деятельности, который способствует восстановлению, сохранению и укреплению здоровья путем решения проблем клиента, оказавшегося в сложной жизненной ситуации.

В каждой междисциплинарной профессии происходит закономерный процесс определения границ своей профессиональной компетенции, т.е. выбора более узкой, конкретной специализации. Это в полной мере относится и к сфере медико-социальной работы.

Необходимо четкое разграничение функций медицинских и социальных работников. Обобщенные специальные функции можно разделить на три группы: медико-ориентированные, социально- ориентированные и интегративные [26, с.223].

Медико-ориентированные функции:

организация медицинской помощи и ухода за больными;

оказание медико-социальной помощи семье;

медико-социальный патронаж различных групп;

оказание медико-социальной помощи хроническим больным;

организация паллиативной помощи умирающим;

предупреждение рецидивов основного заболевания, выхода на инвалидность, смертности (вторичная и третичная профилактика);

санитарно-гигиеническое просвещение;

информирование клиента о его правах на медико-социальную помощь и порядке ее оказания с учетом специфики проблем и др.

Социально-ориентированные функции:

обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и оказания медико-социальной помощи;

представление в органах власти интересов лиц, нуждающихся в медико-социальной помощи;

содействие в предупреждении общественно опасных действий;

оформление опеки и попечительства;

участие в проведении социально-гигиенического мониторинга;

участие в создании реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры для нуждающихся категорий населения;

обеспечение доступа клиентов к информации по вопросам здоровья, состояния среды обитания, качества продовольственного сырья и продуктов питания;

информирование клиентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты;

содействие клиентам в решении социально-бытовых и жилищных проблем, получении пенсий, пособий и выплат;

семейное консультирование и семейная психокоррекция;

психотерапия, психическая саморегуляция;

коммуникативный тренинг, тренинг социальных навыков и др.

Интегративные функции:

комплексная оценка социального статуса клиента;

содействие выполнению профилактических мероприятий социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом и территориальном уровнях;

формирование установок клиента, группы, населения на здоровый образ жизни;

планирование семьи;

проведение медико-социальной экспертизы;

осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов;

проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии, хирургии и других областях клинической медицины;

• содействие предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и обеспечение социальной защиты инфицированных и членов их семей;

социально-правовое консультирование;

организация терапевтических сообществ само - и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового характера;

участие в разработке комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся группам населения на разных уровнях;

обеспечение преемственности при взаимодействии специалистов смежных профессий в решении проблем клиентов и др.

Основу медико-социальной работы должны составлять возрастно-половые данные пациентов, учет профессиональной деятельности, адаптационных ресурсов, состояние медико-социальной среды [22, с.408].

Объектом медико-социальной работы являются различные контингенты лиц, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, которые тесно взаимосвязаны и их решение затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий [26, с.222]. Работа с такими контингентами одинаково тяжела и недостаточно эффективна как для медицинских работников, так и для специалистов социальных служб, поскольку неизбежно они оказываются перед кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции. К таким контингентам относятся длительно, часто и тяжело болеющие, инвалиды, социально дезадаптированные лица и др.

В ряде случаев социальная работа может сыграть решающую роль в предупреждении заболеваний, социальной адаптации пациентов, возвращении их к трудовой деятельности. Значимость социальной работы существенно возрастает применительно к таким категориям населения, как инвалиды, лица с хроническими заболеваниями, пожилые люди.

Обозначая место медико-социальной работы среди смежных видов деятельности, необходимо отметить координирующую роль специалиста по социальной работе в разрешении всего комплекса проблем клиента, оказавшегося в сложной жизненной ситуации и требующего соучастия специалистов смежных профессий - врачей, психологов, педагогов, юристов и др.

Основным видом медико-социальной работы является медико-социальная реабилитация. По определению Всемирной Организации Здравоохранения (1963 г) реабилитация - это процесс, целью которого является профилактика инвалидности в период лечения заболевания и помощь больным в достижении максимально физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности, на которую они способны в рамках существующего заболевания.

По определению Всемирной Организации Здравоохранения (1969 г), реабилитация рассматривается как скоординированное применение медицинских, социальных, просветительских и профессиональных мероприятий, включающих обучение или переобучение инвалидов для достижения по возможности наиболее высокого уровня функциональной активности.

Следовательно, рассмотрение проблемы реабилитации в методологическом и теоретическом плане позволяет признать неоднозначность ее понятия:

реабилитация может рассматриваться как система мер, направленных на решение задач достаточно широкого диапазона - от привития элементарных навыков до полной интеграции в общество;

реабилитация может рассматриваться и как результат воздействия на личность, отдельные психические, и физические функции.

Реабилитация имеет тесную взаимосвязь с абилитацией, восстановительным лечением и адаптацией. При этом в процессе лечения устраняются болезненные патологические проявления, а в процессе реабилитации идет воздействие на остаточные, способные к восстановлению функции.

Адаптация рассматривается как приспособление с использованием резервных, компенсаторных способностей, а реабилитация – как восстановление, активизация.

Абилитацией (habilitate - англ., оборудовать, ability - англ., ловкость, способность, умение) [49, с.82] Щукина Н.П. называет комплекс услуг, направленных на формирование новых и усиление имеющихся ресурсов социального, психического и физического развития человека. Реабилитацией же в международной практике принято называть восстановление имевшихся в прошлом способностей, утерянных по причине болезни, других изменений условий жизнедеятельности.

В России сегодня реабилитацией называют, например, восстановление после болезни, а также и абилитацию детей с ограниченными возможностями здоровья. Причем предполагается не узкомедицинский, а более широкий аспект социально-реабилитационной работы.

Медико-социальная реабилитация – это система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на восстановление социального статуса человека с инвалидностью, достижение им материальной независимости, и его социальная адаптация [50, с.96].

Медико-социальная реабилитация в Самарской области, а также в России осуществляется на основе Индивидуальной программы реабилитации, которая состоит из следующих разделов [51]:

паспортная часть, включающая сведения об образовании, профессии, выполняемой к моменту освидетельствования работе, социально-бытовом, социально-экономическом, социально-средовом статусах и социально-средовых условиях, а также группе и причине инвалидности, установленных инвалиду при освидетельствовании в бюро медико-социальной экспертизы;

клинический и реабилитационный прогнозы, реабилитационный потенциал и реабилитационно-экспертное заключение;

мероприятия по медицинской реабилитации;

мероприятия по профессиональной реабилитации;

мероприятия по социальной реабилитации;

мероприятия по психологической реабилитации;

заключение учреждения реабилитационной службы о выполнении ИПР и ее результатах;

заключение о выполнении ИПР.

Медицинская реабилитация включает комплекс медицинских мер воздействия на человека, направленных на восстановление нарушенных или утраченных функций организма, приведших к инвалидности. Целью этих мер является восстановление, поддержание и охрана здоровья человека с инвалидностью.

Мероприятия по профессиональной реабилитации включают рекомендации по профессиональной ориентации, профотбору, профподбору, профессиональному обучению и переобучению, профессионально-производственной адаптации и трудоустройству с указанием противопоказанных и показанных условий труда и рекомендованных профессий.

Социальная реабилитация представляет собой систему экономических, социальных и правовых мер, направленных на создание условий для преодоления человеком с инвалидностью ограничений жизнедеятельности путем восстановления утраченных функций, а также обеспечивающих поддержание на определенном уровне равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Мероприятия по социальной реабилитации включают социально-бытовую ориентацию и социально-средовую адаптацию, технические средства реабилитации, социальное обслуживание в специализированных учреждениях социальной защиты и другой ведомственной принадлежности, оказание социально-психологической помощи, физическую реабилитацию и другие виды социальной помощи, определенные федеральной базовой программой реабилитации людей с инвалидностью, территориальными целевыми программами по медико-социальной реабилитации инвалидов и региональным базовым перечнем технических средств реабилитации.

Мероприятия по психологической реабилитации включают психологическую помощь в виде психологического консультирования, тренинга, обучения психосоциальным навыкам, консультаций психотерапевта.

При реализации ИПР обеспечиваются последовательность, комплексность и непрерывность в осуществлении реабилитационных мероприятий, динамическое наблюдение и контроль.

Не существует определенного предписания для разработки и реализации программы реабилитации, под которой понимается система мероприятий, направленных на развитие возможностей человека с инвалидностью и его ближайшего окружения, разрабатываемую вместе с этим человеком и командой специалистов, состоящей из врача, социального работника, педагога, психолога [49, с.83].

Во многих странах такой программой руководит один специалист. Это может быть человек, работающий по любой из перечисленных выше профессий, но во всех случаях – это куратор, отслеживающий и координирующий реабилитационную программу [50, с.97]. Такая система мероприятий разрабатывается индивидуально для каждого конкретного человека, учитывая как состояние его здоровья и особенности развития, так и возможности и потребности его семьи в отношении успешности выполнения программы.

По прошествии срока, на который рассчитана программа, ее координатор встречается с человеком с инвалидностью или его семьей для обсуждения достигнутых результатов, а также возникших в ходе осуществления программы и нерешенных проблем. На основе полученных результатов разрабатывается программа реабилитации на следующий период.

Успешная реабилитация не может реализоваться, не базируясь на принципах уважения человека с инвалидностью и сотрудничества с ним. К специалисту, проводящему медико-социальную реабилитацию профессия предъявляет как минимум два типа требований (А.В. Петровский, 1986) [42, с.214]: профессиональная грамотность и социальная компетентность, которая подразумевает умение организовывать людей, руководить и подчиняться, разрешать конфликты и принимать коллективные решения.

Во многих поликлиниках и медицинских учреждениях организуется отделение медико-социальной помощи, которое имеет своей целью реализацию медико-социальных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения; социальную и правовую защиту и поддержку, профилактику и снижение заболеваемости; формирование потребности в здоровом образе жизни.

Объем оказываемой медико-социальной помощи определяется администрацией поликлиники по согласованию с вышестоящими органами здравоохранения. Деятельность отделения строится на основе законодательства Российской Федерации, директивных документов вышестоящих органов, приказов и распоряжений администрации поликлиники.

Основными задачами отделения медико-социальной помощи являются [30]:

Медико-социальный патронаж в семье, выявление в них лиц, имеющих факторы социального риска и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке.

Патронаж дает возможность наблюдать семью в ее естественных условиях, что позволяет выявить больше информации, чем лежит на поверхности.

Патронаж может проводиться со следующими целями:

диагностические: ознакомление с условиями жизни, изучение возможных факторов риска (медицинских, социальных, бытовых), исследование сложившихся проблемных ситуаций;

контрольные: оценка состояния семьи и ребенка, динамика проблем (если контакт с семьей повторный); анализ хода реабилитационных мероприятий, выполнение родителями рекомендаций.

Патронажи могут быть единичными или регулярными в зависимости от выбранной стратегии работы (долгосрочной или краткосрочной) с данной семьей.

С запланированной периодичностью проводятся патронажи семей, имеющих конкретные проблемы. Например, неоднократно посещаются семьи, воспитывающие детей-инвалидов первого года жизни, с целью помочь преодолеть психотравмирующую ситуацию рождения больного ребенка, своевременно разрешить ряд социально-правовых вопросов (оформление инвалидности), освоить необходимые навыки по уходу и развитию ребенка.

Регулярные патронажи проводятся в отношении неблагополучных семей и прежде всего асоциальных семей, постоянное наблюдение за которыми в какой-то мере дисциплинирует их, а также позволяет своевременно выявлять и противодействовать возникающим кризисным ситуациям.

Наряду с патронажем, занимающим важное место в деятельности медико-социального отделения, следует выделить оказание психологической помощи на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности, в том числе и путем анонимного приема, а также консультирование по широкому спектру вопросов.

В силу многосторонних, междисциплинарных целей и задач медико-социальной работы оптимальной формой осуществления медико-социальной реабилитации мы рекомендуем Сеть социальной поддержки людей с инвалидностью.

### Глава 2. Сеть социальной поддержки людей с инвалидностью: инновационный подход к пониманию и проведению медико-социальной реабилитации людей с инвалидностью

### 2.1. Понятие и направления деятельности Сети социальной поддержки людей с инвалидностью

Сети социальной поддержки - очень важное понятие системной теории социальной работы. К организации сетей относится как планирование формальной поддержки, так и усиление «неформальных» или «естественных» сетей, состоящих из людей, которые помогают своим друзьям, соседям или членам семьи, испытывающим затруднения. Именно здесь огромная роль принадлежит волонтёрам. Эта работа может быть индивидуальной или групповой, она ориентируется на личные навыки и возможности клиентов повысить их уверенность в себе, развить навыки самопомощи и усилить их собственные ресурсы.

Понятия социальной защиты, обеспечения относятся к различным социальным отношениям и к институтам государственной социальной политики, тогда как социальная сеть – это особая система взаимосвязанных людей [28, с.104], сеть социальной поддержки – система взаимосвязанных специалистов.

Система услуг Сети социальной поддержки индивидуализирована. Это означает, что услуги различны для каждого человека, в зависимости от его потребностей и желаний. Хотя в работу включены медицинские работники, Сеть преимущественно нацелена на достижение клиентом социальной адаптации, реабилитации, инклюзии и социального благополучия. Роль врачей и медсестер рассматривается как дополнительная, прикладная.

Согласно идеологии Независимой жизни, инвалиды являются частью общества и должны жить в обществе. Они не пациенты, которых необходимо лечить, не дети, за которыми нужно присматривать, и не смельчаки, которыми нужно восхищаться [45, с. 20]. Они вполне в состоянии выбирать, как им жить, они свободны выбрать самостоятельность или обращаться за помощью. Они страдают, прежде всего, от предубеждения общества, а не от своей инвалидности.

Инвалидность – это не обделенность судьбой, это, скорее, такой образ жизни при сложившихся обстоятельствах, который может быть очень интересен как самому человеку с инвалидностью, так и окружающим его людям, если инвалидность рассматривать в рамках социальной концепции [52]. Тогда главный смысл процесса инклюзии можно обозначить так: «Всем здесь рады! » Или может стать невыносимым ежедневным страданием для всех членов общества, если инвалидность рассматривать только в рамках биологической концепции, когда «Инвалид – человек, который полностью или частично лишен трудоспособности вследствие какой-либо аномалии, ранения, увечья, болезни» (С.И. Ожегов).

Патерналистские подходы, ориентированные на конкретные формы помощи и опеки (материальные, организационные, лечебные и т.д.), когда объект социальной работы (клиент, пациент)"благодетельствовался», получая то или иное конкретное вспомоществование практикуются и до настоящего времени. Такой подход порождает у клиентов иждивенчество, пассивность, провоцирует отказ от собственных усилий в разрешении проблемной ситуации даже в случаях, когда те или иные возможности ее преодоления объективно существовали.

На смену такому подходу всё чаще вводится инновационный подход, конструктивно-стимулирующий, ориентированный на динамическое взаимодействие с нуждающимися в социальной помощи и их окружением, на поощрение и формирование его личной ответственности и активности его микросреды в процессе выхода из кризисного положения.

Впервые понятие «инновация» появилось не в технической среде, как обычно принято считать, а в научных исследованиях культурологов. В своём первоначальном варианте инновация означала введение некоторых элементов одной культуры в другую – в реальном виде речь шла об инфильтрации европейских обычаев и способов организации жизни в традиционные азиатские и африканские общества.

В зарубежной теории и практике “innovations” «нововвведения» долгое время обозначали процесс внесения изменений в технику и технологию производства, которые в свою очередь уже могли привносить с собой и изменения иного характера – организационного, социального, экономического [12, с. 20].

Определяющий сдвиг в сторону решительного расширения границ понимания инновационной специфики произошёл благодаря отечественному учёному Н.Д. Кондратьеву в 20х годах. Его теория «больших циклов» или «длинных волн», как предпочитают за рубежом, убедительно доказала, что от каждого базового нововведения образуется множество вторичных, резонирующих изменений, по характеру и качеству чаще всего вполне соответствующих той же квалификации «нововведение». Теорию Кондратьева успешно использовали западные экономисты для обоснования циклических кризисов производства, исследования проблематики так называемых длинных (приблизительно полувековых) волн экономической конъюнктуры, а затем и системного анализа долгосрочных тенденций макроэкономической динамики.

Б. Санто даёт следующее определение «Инновация – это любое целенаправленное, позитивное изменение материальных и нематериальных элементов организации, т.е. изменение, способствующее развитию и повышению эффективности данной организации».

Отечественный исследователь Н.И. Лапин группирует инновации в зависимости от степени содержания в них новизны [12, с.78]:

Продуктивные – направленные на производство и использование новых конечных продуктов;

Технологические – связаны с созданием и применением новых технологий для производства товаров и услуг;

Социальные – предназначенные формировать новые экономические, организационные и иные структуры, механизмы для народнохозяйственных отраслей и их подсистем;

Комплексные – органическое единство двух или всех трёх названных выше видов.

А.И. Пригожин относит к социальным новшествам – экономические, организационно-управленческие (структуры, формы и методы организации), социально-управленческие (внутриколлективные отношения), правовые, педагогические.

По И. Бестужеву-Лада: «Нововведение – это такая разновидность управленческого решения, в результате которого происходит существенное изменение того или иного процесса, явления (технического, экономического политического, социального)" [12, с.24].

Ориентация в типологии социальных нововведений на более специализированный социологический подход вполне перспективна. В какой-то мере с ней схожа позиция авторитетного социолога-теоретика П. Штомпки, пришедшего к выводу, что изучение социальных изменений - основное в социологии. Изменение - настолько очевидная черта социальной реальности, полагает он, что любая научная социальная теория, какой бы ни была ее исходная концептуальная позиция, рано или поздно должна подойти к этому вопросу.

А.И. Пригожин определяет значение типологий инноваций в возможности более точной идентификации каждого нововведения. Этим способом задаются

определенные рамки его описания, в том числе и по признакам, которыми нередко пренебрегают.д.остигаемая при этом системность характеристик нововведений позволяет сравнить потенциал каждого из них, оценить его место в ряду других,

себе подобных. Очень важно оценивать и соотношения разных типов нововведений в тех или иных сферах общественной жизни, выявлять динамику и тенденции изменения таких соотношений в разные периоды развития общества и государства, получать своего рода диагностику этих периодов с инновационных позиций.

Осуществление медико-социальной реабилитации посредством Сети социальной поддержки людей с инвалидностью является инновационным подходом к решению комплексных проблем людей с инвалидностью, их полноценной социальной инклюзии.

Профессиональная социальная работа, осуществляемая в рамках Сети социальной поддержки прав и свобод человека с инвалидностью опирается на философию экзистенциализма, которая основана на постулате свободы и бесконечного потенциала каждой личности. Согласно концепции экзистенциализма, жизнь человека определяется системой его выборов, его желаний и целей. Из такой мировоззренческой позиции логически следуют принципы социальной работы: субъект-субъектные отношения специалиста и клиента; недирективность воздействия; принцип личностного роста; развития потенциала. Большинство этих и других понятий в рамках гуманистической психологии ввёл К. Роджерс, который считал, что именно отношения клиента и специалиста могут стать прообразом конструктивных межличностных отношений [22, с.238]. А сама личность представляется им как постоянно меняющаяся, соотносящая представления о себе и жизненный опыт в процессе бесконечной самоактуализации, развития, роста.

Медико-социальная поддержка, оказываемая специалистами Сети, ориентируется, прежде всего, на «социальные» показатели качества жизни клиентов, т.е. поддержка клиентов в достижении социально-значимых результатов для них, в соответствии с их потребностями. Социальная, как впрочем, и медицинская поддержка Сети индивидуализирована, и в большинстве своем превращается в «младшего брата» клиента, не беря на себя всю ответственность за жизнь клиента, даже в случаях, когда клиент пользуется услугами Сети всю свою жизнь. Ответственность Сети по отношению к клиенту во многом ограничена, поэтому клиент должен быть всесторонне предупрежден, и специалисты должны убедиться, что клиенты понимают, что ответственность за свою жизнь они несут сами, несмотря на пользование услугами Сети.

Наиболее широко применяется в Сети социальной поддержки - системно-экологическая модель. Данная модель рассматривает людей, как постоянно адаптирующихся к окружающей среде через взаимоизменения, т.е. индивиды изменяют окружающую среду и изменяются под её воздействием. Понятие «взаимная адаптация» - центральное при анализе отношений «личность-среда». Системный подход реализуют группа специалистов-практиков: юрист, врач, медсестра, медико-социальный работник, инструктор лечебной физкультуры, добровольцы, персональные помощники и персональные сопровождающие. Общее руководство, контроль и координацию деятельности специалистов и других работников, занятых в процессе оказания поддержки в интересах клиента, осуществляет специалист по социальной работе.

Основной принцип системного подхода: если люди хотят удовлетворительно жить, следует улучшить функционирование систем их непосредственного социального окружения, поэтому социальная работа должна фокусироваться именно на этих системах. Системы социального окружения называют также сетями (networks). Среди таких систем можно рассмотреть три типа [28, с.103]: неформальные или естественные системы, например, семья, друзья, соседи, сотрудники, почтальон; формальные системы, например, группы, общества, ассоциации, клубы, профсоюзы; социетальные системы, например, больницы или школы.

Развивая естественные сети поддержки, а также пользуясь формальными и социетальными сетями, человек взаимодействует со своим окружением, с сообществом, в котором он живет.

Естественные социальные сети можно успешно использовать, чтобы дополнить и поддержать формальную социальную помощь. Ключевая техника в этом процессе - выявление социальными работниками так называемых "центральных фигур" [42, с.144] из непосредственного окружения клиента или его более широкого социума. Эти люди должны обладать достаточными психическими и эмоциональными ресурсами, которые позволили бы им оказывать моральную поддержку тем, кто в ней нуждается. "Центральными фигурами" могут стать, например, соседи клиента или продавцы магазина, находящегося неподалеку, имеющие возможность уделять клиенту часть своего времени и внимания. "Центральные фигуры" могут помочь социальному работнику лучше понять сеть отношений клиента и через этот процесс содействовать расширению его социальных контактов и сферы социального функционирования. Ключевая роль социального работника - поддерживать усилия "центральных фигур" и их стремление сотрудничать с клиентом, предотвращая возможную опасность истощения их собственных эмоциональных или физических ресурсов.

В целом деятельность представленной Сети социальной поддержки является социальной, в которой медицинская помощь выступает составляющей. Сеть руководствуется не только целями медико-социальной работы, но и принципами независимой жизни людей с ограниченными возможностями. Сочетание основных целей медико-социальной работы и принципов независимой жизни представляет собой концепцию деятельности Сети социальной поддержки прав и свобод человека с инвалидностью.

В целях медико-социальной работы, проводимой посредством Сети является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физическими и психическими нарушениями, а также неблагополучных в социальном плане. Работа Сети способствует восстановлению и поддержанию здоровья клиента и его окружения; создаёт возможности социального роста клиента: приобретения профессии, а также навыков общения с работодателями, сотрудниками; корректирует социально-психологический и правовой статусы, а при необходимости проводит педагогическую и просветительскую работу с клиентами.

Специалисты Сети социальной поддержки акцентируют внимание на принципах независимости, в своей работе активно придерживаются Декларации независимой жизни человека с инвалидностью [47], разработанную Норманом Кюнк, американским адвокатом по правам инвалидов (краткие тезисы):

Не рассматривайте мою инвалидность как проблему.

Я не так слаб, как кажется.

Не рассматривайте меня как пациента, так как я просто ваш соотечественник.

Не старайтесь изменить меня. У вас нет на это права.

Не пытайтесь руководить мною. Я имею право на собственную жизнь, как любая личность.

Не учите меня быть покорным, смиренным и вежливым. Не делайте мне одолжения.

Признайте, что реальной проблемой, с которой сталкиваются инвалиды, является их социальное обесценивание и притеснение, предубежденное отношение к ним.

Поддержите меня, чтобы я мог по мере сил внести свой вклад в общество.

Помогите мне познать то, что я хочу.

Будьте тем, кто заботится, не жалея времени, и кто не борется в попытке сделать лучше.

Не помогайте мне тогда, когда я в этом не нуждаюсь, если это даже доставляет вам удовольствие.

Не восхищайтесь мною. Желание жить полноценной жизнью не заслуживает восхищения.

Узнайте меня получше. Мы можем стать друзьями.

Будьте союзниками в борьбе против тех, кто пользуется мною для собственного удовлетворения.

Давайте уважать друг друга. Ведь уважение предполагает равенство. Слушайте, поддерживайте и действуйте.

Основываясь в своей работе на принципы независимой жизни, для специалиста Сети приоритетными ценностями являются:

достижение социального благополучия сообщества, группы клиентов, клиента, а также их непосредственного окружения;

достижение и поддержание максимально возможного уровня здоровья клиентов;

достижение наиболее полного и успешного функционирования клиента, группы клиентов в обществе;

взаимодействие специалистов на основе партнёрства с людьми с инвалидностью, а также людьми в других тяжёлых социальных ситуациях.

Главный момент деятельности Сети заключается в том, что координирование, а в некоторых случаях и управление процессами внутреннего взаимодействия «специалист-клиент», и внешнего – Сети с другими организациями и учреждениями осуществляют медико-социальные или социальные работники. Поскольку междисциплинарная социальная работа направлена на оказание помощи, поддержки, защиты всех членов общества, достижение ими благополучия (медико-социального, социально-экономического, правового и др.), то, выполняя роль руководителя, социальный работник напрямую реализует свои профессиональные обязанности. Меры и стандарты контроля предусматриваются для социальных работников, ответственных за деятельность всей Сети. Для руководителя Сети оценкой успешности его работы является результативность деятельности Сети. Важность и ответственность руководящего положения социального и медико-социального работника в Сети поднимет уважение к профессии, имидж и привлекает людей, знающих свою работу и умеющих нести ответственность за неё.

Сеть социальной поддержки прав и свобод людей с инвалидностью особо выделяет в своей деятельности защиту прав людей с инвалидностью. Основным документом, гарантирующим защиту прав населения, является Конституция Российской Федерации 1993 года [58]. В Конституции раскрывается важная грань социального правового государства. Оно не может и не должно раздавать всем гражданам правовые, материальные и духовные блага, но обязано обеспечить им возможность защищать свое право на достойную жизнь. Однако для этого надо разумно ограничить свободу других. Если государство не сделает этого, то общество будет постоянно раздираться острыми социальными противоречиями и, в конце концов, погибнет.

Конституционные права и свободы являются главным элементом конституционных правоотношений. Право труда раскрывается как право каждого свободно распоряжаться своими способностями к труду, выбирать род деятельности и профессию. Человек вправе как работать, так и не работать. Защита материнства и детства, семьи носит комплексный социально-экономический характер и осуществляется путем принятия разнообразных государственных мер по поощрению материнства, охране интересов матери и ребенка, укреплению семьи, ее социальной поддержке, обеспечению семейных прав граждан. Непререкаемым принципом демократического общества является то, что каждый человек обязан обеспечить свое существование сам. Но в любом обществе живут люди, которые от рождения, в силу болезни или старости не в состоянии делать это. Недостаточно предприимчивые люди, одинокие женщины, инвалиды, многодетные граждане часто оказываются нуждающимися, нетрудоспособные люди требуют ухода и лечения и т.д. Общество не может бросить таких людей на произвол судьбы, а потому создает государственную систему их обеспечения материальными благами за счет общества. В этом проявляются человеческая солидарность и гуманизм. Каждый человек должен помнить, что рано или поздно он может оказаться в трудном положении, требующем общественной помощи.

Право на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст.41) предполагает бесплатность последней в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений.

Охрана здоровья - комплексный институт, который включает подготовку медицинских кадров, многочисленные социальные, организационные, экономические, научно-медицинские, санитарно-эпидемиологические и профилактические меры, которые обязано проводить государство в интересах своих граждан. Право на охрану здоровья как раз означает совокупность этих обязанностей, выполняя которые государственные органы при содействии общественных организаций создают национальную систему здравоохранения. Налогоплательщики вправе требовать, чтобы эта система была результативной.

Право граждан на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

Важнейшим фактором качества жизни, здоровья и благополучия людей является экологическая безопасность. Поэтому мировое сообщество признало экологические права в качестве фундаментальных прав человека и гражданина.

Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств.

Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут ответственность в соответствии со ст.17 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, принятых 22 июля 1993 г.

При обращении за медицинской помощью и ее получении в соответствии со ст.30 Основ законодательства об охране здоровья граждан, граждане имеют право на:

уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования и т.д.;

отказ от медицинского вмешательства в соответствии со ст.33 Основ;

возмещение ущерба в соответствии со ст.68 Основ в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии либо в суд. Конвенция по правам людей с инвалидностью, Декларация прав людей с инвалидностью и другие международные документы также служат основанием проведения работы с вышеназванными категориями населения.

Основываясь на международные документы по правам людей с инвалидностью, в зарубежных странах проводится социальная инклюзия и поддержка населения. Американский вариант Сети социальной поддержки прав и свобод человека с инвалидностью оказывает поддержку людям с инвалидностью [38, с.1] в достижении перспектив, в организации самостоятельной жизни и создаёт для этого все необходимые условия.

Поскольку люди каждый по-своему представляют достойное и безопасное место жительство, различаются и их требования к оказываемой им помощи, также различны и их способности в выделении приоритетов и своих потребностей. К тому же, взгляды, требования и возможности людей изменяются с их личностным ростом и развитием. Следовательно, постоянно изменяются и услуги, программы Сети поддерживающего проживания, которая творчески разрешает вопросы, с учетом всех сложностей каждой отдельной жизненной ситуации человека.

Способность обобщить и вобрать в себя всё многообразие видов помощи есть смысл и сущность поддерживающего проживания. Поддерживающее проживание представляет собой фундаментально отличающееся отношение к людям с инвалидностью от отношения других подходов к обслуживанию людей с ограниченными возможностями. Различия состоят в том, что вместо контролирования людей с инвалидностью с целью привести их в «норму» (тренировать, реабилитировать, лечить и развлекать) работники Сети стремятся к сотрудничеству с людьми с инвалидностью в целях развития сети помощи, в которой нуждаются клиенты, чтобы преуспевать в своей собственной жизни. Этот контраст в подходах к обслуживанию вызывает диссонанс для работников и руководителей, привычных к обслуживанию, основанному на контроле, поэтому практикующиеся традиции контроля, зачастую называются «поддержкой» [39, с.1].

Специалисты Сети социальной поддержки людей с инвалидностью консультируют клиента о предмете, принципах оказания услуг, помогают клиенту понять сущность поддерживающего проживания, а также ответственность за свою жизнь, которая неизбежно возлагается на клиента в случае выбора поддерживающего образа жизни. Специалисты также подготавливают клиента, предоставляют ему время и все необходимые условия для того, чтобы клиент привык, постепенно включился в новую, ответственную жизнь.

Сеть поддерживающего проживания Калифорнии (California Supported Living Network (CSLN) определяет подобный вид проживания следующим образом:

Поддерживающее проживание [46, с.2] – это

Безопасный и удобный свой собственный дом;

Выбор;

Персональная помощь;

Поддержка людей, которые уважают клиента Сети.

Поддерживающее проживание – это НЕ:

«программа» исправления людей и вмешательства в их личную жизнь;

изоляция и одиночество;

сегрегация по принципу инвалидности и недостаточности средств существования;

вынуждение людей жить так, как руководство и персонал считает правильным для проживающих;

способ избежать ответственности руководства за принятие решений по защите проживающих от угроз внешней среды;

оправдание в случае причинения какого-либо вреда проживающим;

направлено на какую-либо особую форму инвалидности или социального положения;

очередная форма социального обслуживания;

тестирование на предмет можешь ли ты жить самостоятельно, без проблем и если не можешь, то будешь отправлен назад, в предыдущие условия;

другое название существующих служб;

стимул или вознаграждение за хорошее поведение;

вид «периодического» или «стационарного» обслуживания с условиями приема и требованиями к выписке;

только лишь получение квартиры для проживания;

получение аренды на место обслуживания.

Основополагающая цель поддерживающего проживания – оказать клиенту помощь, в которой он нуждается, чтобы стать независимым, настолько, насколько это возможно для него и достигнуть тех результатов, которые он сам для себя определил.

Не следует забывать и о том, что любой процесс взаимодействия специалиста с клиентом происходит в определенном социальном окружении. Именно в пределах социальной среды формируются условия жизни клиента, которые могут быть благоприятными или, наоборот, ущемляющими, сдерживающими возможности человека для его полноценного социального функционирования.

В процессе профессионального взаимодействия медико-социальный работник должен иметь представления о том, что социальная работа представляет собой совокупность искусства и науки. Сам работник непосредственно в ходе своей профессиональной практики может сформировать свое видение решения социальных проблем и понять, какие его личностные характеристики, какой стиль работы способствует достижению положительных результатов.

### 2.2. Реализация принципов «независимой жизни» людей с инвалидностью в процессе медико-социальной реабилитации

В настоящее время в Российской Федерации более 11 млн. людей с инвалидностью, из них свыше 600 тысяч - дети. Более половины российских инвалидов - люди трудоспособного возраста, но работают лишь примерно 10% россиян с ограниченными возможностями здоровья [54].

В Самарской области сейчас проживает около 240 тысяч людей с инвалидностью, около половины из них – трудоспособного возраста. Всем им необходима специализированная помощь. Почти все люди с инвалидностью относят себя к категории малообеспеченных. Однако полностью обеспечить социальную защиту людей с инвалидностью пока не удается.

Уровень инвалидности в Самарской области в последние годы имеет устойчивую тенденцию к неуклонному росту. На 1 марта 2005 года в области проживает более 241,0 тысячи инвалидов. Для сравнения в 2003 году эта цифра составляла 220, 0 тысяч, в 2004 году - 233,0 тысячи человек [53, с.28].

Эта категория людей далеко не однородна, она различается и по возрасту: пожилые, старые, молодые, подростки, дети, малыши; и по степени утраты трудоспособности: одни справляются с определенной работой, что позволяет им вести достойный образ жизни, другие прикованы к постели и находятся в полной зависимости от окружающих людей; и по заболеваниям: сердечно-сосудистой, иммунной, дыхательной, пищеварительной, нервно-мышечной и других систем, психические расстройства, и другие. Соответственно, для решения проблем, вызванных каждым отдельным случаем, необходимы различные теоретические и технологические подходы, но общим остается благоприветливое отношение, уважение интересов и потребностей людей, нуждающихся в лечебных и социальных услугах.

Люди с инвалидностью, вне зависимости от их заболевания, наличия нарушений и ограничений, имеют право на полноценную жизнь, уважение к себе, выбор, на возможности самим принимать и реализовывать свои решения.

Цель нашего исследования носит прикладной характер и заключается в выявлении особенностей медико-социальной абилитации и реабилитации людей с инвалидностью на основе принципов «независимой жизни».

Задачи:

определить роль принципов «независимой жизни» в реабилитационном процессе;

выявить значение пансионата-поселка в улучшении жизни проживающих людей с инвалидностью;

выяснить, что, по мнению проживающих, представляет собой медико-социальная реабилитация.

Объект. Медико-социальная реабилитация людей с инвалидностью.

Предмет. Принципы «независимой жизни» как основа медико-социальной реабилитации людей с ограниченными возможностями.

Интерпретация основных понятий.

Медико-социальная работа – вид профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, который способствует восстановлению, сохранению и укреплению здоровья путем решения проблем клиента, оказавшегося в сложной социальной ситуации.

Медико-социальная реабилитация – это система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на восстановление социального статуса человека с инвалидностью, достижение им материальной независимости, и его социальная адаптация [50].

Инклюзия (от англ. inclusion - включение) – процесс увеличения степени участия всех граждан в социуме, и в первую очередь, имеющих трудности в физическом развитии. Он предполагает разработку и применение таких конкретных решений, которые смогут позволить каждому человеку равноправно участвовать в академической и общественной жизни [52].

«Независимая жизнь» людей с инвалидностью – Понятие «независимая жизнь» в концептуальном значении подразумевает два взаимосвязанных момента.

В социально-политическом значении независимая жизнь - это право человека быть неотъемлемой частью жизни общества и принимать активное участие в социальных, политических и экономических процессах, это свобода выбора и свобода доступа к жилым и общественным зданиям, транспорту, средствам коммуникации, страхованию, труду и образованию. Независимая жизнь - это возможность самому определять и выбирать, принимать решения и управлять жизненными ситуациями. В социально-политическом значении независимая жизнь не зависит от вынужденности человека прибегать к посторонней помощи или вспомогательным средствам, необходимым для его физического функционирования.

В философском понимании независимая жизнь - это способ мышления, это психологическая ориентация личности, которая зависит от ее взаимоотношений с другими личностями, от физических возможностей, от окружающей среды и степени развития систем служб поддержки. Философия независимой жизни ориентирует человека, имеющего инвалидность, на то, что он ставит перед собой такие же задачи, как и любой другой член общества.

Все мы зависим друг от друга. Мы зависим от булочника, который выпекает хлеб, от обувщика и портного, от почтальона и телефонистки. Обувщик или почтальон зависят от врача или учителя. Однако, эта взаимосвязь не лишает нас права выбора [44, с.5].

Философия Независимой жизни – в широком смысле представляет собой движение в защиту гражданских прав миллионов инвалидов по всему миру [49, с.85]. Это - волна протеста против сегрегации и дискриминации инвалидов, а также поддержка прав инвалидов и их способностей в полной мере разделить обязанности и радости нашего общества. Философия независимой жизни ясно определяет различие между лишенной смысла жизнью в изоляции и приносящим удовлетворение участием в жизни общества [44].

Социальная сеть – это особая система взаимосвязанных людей [28, с.104],

Сеть социальной поддержки – система взаимосвязанных специалистов, согласованная деятельность которых направлена на достижение людьми с инвалидностью полноценной инклюзии и социального благополучия.

Организация сетей социальной поддержки – метод социальной работы, заключающийся в развитии контактов клиента с непосредственным социумом с целью использования ресурсов неформальной взаимопомощи и поддержки со стороны его ближайшего окружения, позволяющий дополнить и поддержать формальные аспекты социальной помощи.

Этот метод возник в значительной степени под влиянием теории систем. С точки зрения социальных систем Сеть определяется как «определенный набор взаимосвязей между людьми, который позволяет использовать эти взаимосвязи как целое, с тем, чтобы интерпретировать социальное поведение вовлеченных людей» [42 с.144].

Клиент Сети социальной поддержки людей с инвалидностью – один человек, группа людей или локальное сообщество, содержащее в себе людей с инвалидностью, нуждающихся в квалифицированной помощи и поддержке.

Гипотеза. Мы предполагаем, что медико-социальная реабилитация, осуществляемая на принципах «независимой жизни» людей с инвалидностью является основой и необходимым условием их социальной инклюзии в общество.

Цели и задачи определили методы исследования:

Метод анализа документов, включенное наблюдение и устный опрос – социологическое интервью. Одним из основных способов получения информации в социологическом исследовании является анализ документов. Документ - специально созданный человеком предмет, предназначенный для передачи и хранения информации. В сущности, документом является любая знаковая или образная информация, зафиксированная на каком-либо материальном носителе: в печатном или рукописном тексте, на фото - кино - или видеопленке, на магнитофонной ленте, на микрофишах, компакт-дисках, дискетах для ЭВМ и т.д.

Классификация документов может осуществляться по разным основаниям. Так, по форме фиксации содержания документы делятся на письменные, фонетические, иконографические. По статусу источника все документы (письменные, фонетические, иконографические) подразделяются на личные и официальные. В зависимости от ценности архивные документы бывают постоянного и временного хранения.

Еще одно основание классификации документов - спонтанность их появления. С этой точки зрения документы делятся на самопроизвольные, созданные независимо от исследователя, и заданные, созданные специально по просьбе исследователя (ответы на вопросы интервью, автобиографии, запись наблюдений и самонаблюдений). С точки зрения опосредованности выделяют первичные и вторичные документы - одни созданы на основе непосредственного опыта автора, другие - на базе обобщения первичных документов.

По критерию авторства документы классифицируют на индивидуальные, созданные одним автором, и коллективные, созданные несколькими авторами. Возможна классификация документов и по другим основаниям. В нашем исследовании анализировались, прежде всего, официальные и законодательные документы, а также информация с интернет-ресурсов.

Включенным наблюдением в работе Кузнецова И.Н. называется такой его вид [56, с.59], при котором исследователь-социолог непосредственно или живет, или работает среди тех, чью культуру, нравы изучает, т.е. в той или иной мере непосредственно включен в изучаемый процесс, находится в контакте с изучаемыми людьми и принимает участие в их деятельности.

Таким образом, наблюдатель является частью наблюдаемой ситуации, он одновременно сам влияет на ситуацию и, в свою очередь, подвергается ее влиянию.

Характер включенности может быть различным: в одних случаях исследователь полностью соблюдает инкогнито, и наблюдаемые никак не выделяют его среди других членов группы, коллектива, в других - наблюдатель участвует в деятельности изучаемой группы, но при этом не скрывает своих исследовательских целей. В зависимости от специфики наблюдаемой ситуации и исследовательских задач строится конкретная система отношений наблюдателя и наблюдаемых.

Интервью - проводимая по определенному плану беседа, предполагающая прямой контакт интервьюера с респондентом (опрашиваемым), причем запись ответов последнего производится либо интервьюером (его ассистентом), либо механически (на пленку) [**57 с.229].**

Имеется множество разновидностей интервью. По содержанию беседы различают так называемые документальные интервью (изучение событий прошлого, уточнение фактов) и интервью мнений, цель которых **выявление оценок, взглядов, суждений; особо выделяются интервью со специалистами-экспертами, причем организация и процедура интервью с экспертами существенно отличаются от обычной системы опроса. По технике проведения существенно разнятся свободные, нестандартизированные и формализованные (а также полустандартизованные) интервью. Свободные интервью - это длительная беседа (несколько часов) без строгой детализации вопросов, но по общей программе ("путеводитель интервью"). Такие интервью уместны на стадии разведки в формулятивном плане исследования. Стандартизованное интервью предполагает, как и формализованное наблюдение, детальную разработку всей процедуры, включая общий план беседы, последовательность и конструкцию вопросов, варианты возможных ответов.**

**Исследование проводилось на базе государственного учреждения социального обслуживания «Самарский пансионат ветеранов труда и инвалидов», расположенный в прибрежной зоне реки Волга.** В составе комплекса 23 одноэтажных жилых коттеджа общей площадью 2044 кв. м – по 4 изолированных 2-х комнатных квартир в отдельно стоящем коттедже и блок из 11 соединенных по фронту 2-х комнатных квартир. Пансионат был открыт 10 июня 2005г. и функционирует на основе общепринятого Типового Устава по стационарным учреждениям социального обслуживания, в соответствии с законодательством РФ: такими федеральными законами как ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в РФ», ФЗ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» и придерживается принципов и рекомендаций международных документов о правах людей с инвалидностью.

Пансионат уникален не только для Самары, но и для всей России. И не только потому, что это стационарное учреждение коттеджного типа малой вместимости. Здесь безбарьерная среда предусмотрена для того, чтобы людям с ограниченными возможностями жилось уютно и комфортно. Инвалидность - не приговор. У людей с ограниченными возможностями - тем более, если они молоды - не должно быть "комплекса калеки".

Информация с web-страницы www. poselok. mt. ru: Наш социум - это единая большая семья, состоящая из социальных работников и жильцов поселка.

Целью создаваемого социума является - оказание помощи отдельным людям, группам в повышении или восстановлении их способности к социальному функционированию, в улучшении качества жизни для каждого путем налаживания контактов с его социальным и физическим окружением и создании благоприятной общественной ситуации в их целях.

Социум должен видеть свое назначение в том, чтобы помогать или восстанавливать взаимовыгодные взаимодействия между личностью и обществом для улучшения качества жизни каждого.

Функции социума состоят:

помочь людям расширить их компетенцию и способность решать собственные проблемы;

помочь людям реализовать свои возможности;

стимулировать отзывчивость людей;

содействовать взаимодействию между отдельными людьми и их окружением.

**Форма вопросов респондентам варьировалась в зависимости от возраста и интересов, от уровня профессионального опыта и опыта общественной работы, а в некоторых случаях принимало форму нестандартизированной беседы в рамках темы исследования.**

В ходе исследования выяснилось, что приобретение навыков «независимой жизни» является необходимым условием успешной реабилитации, как по мнению самих людей с инвалидностью, так и по мнению представителя медицинского обслуживания, старшей медсестры пансионата.

Люди с инвалидностью, проживающие в пансионате-поселке для людей с ограниченными возможностями однозначно определили данный оборудованный пансионат-поселок как одно из лучших мест для проживания людей с инвалидностью.

«Интервьюер: Расскажите, пожалуйста, немного о себе.

Респондент (первый): Меня зовут Антон. Учился в средней школе, образование неполное среднее, сейчас учусь в Самарском Государственном Университете, на первом курсе социологического факультета, специальность-культорологи.

И: Чем еще занимаетесь, кроме учебы?

Р: Кроме учебы, занимался резьбой по дереву, а сейчас появилась возможность купить компьютер и увлекся веб-дизайном. Езжу на бальные танцы на колясках. Недавно, в МТЛ Арена выступали мои друзья по танцам.

И: Есть ли у вас профессиональные планы на будущее? Чем хотели бы заниматься?

Р: Профессиональных планов, конкретных, пока нет. Я уже говорил, увлекся веб-дизайном, и если это у меня начнет хорошо получаться, хотелось бы работать в этом направлении.

И: Что изменилось в вашей жизни, с тех пор как вы начали проживать в пансионате-поселке?

Р: Да, вот, много, все изменилось! Изменения в том, о чем сейчас говорил, и учеба, и реальные планы на работу, ну, и просто жизнь.

И: Изменился ли ваш образ жизни?

Р: Изменился в лучшую сторону, в активную сторону!

И: Опишите, пожалуйста, ваш типичный день.

Р: Большую часть дня за компьютером проходит, либо пишу контрольные, либо что-то рисую. Когда есть танцы, езжу на танцы. Остальное, так сказать в рамках режима, завтрак, обед, ужин.

И: Ваши пожелания пансионату.

Р: У меня много пожеланий пансионату, во-первых нужно менять правила внутреннего распорядка, они не доработаны, не соответствуют тому, что здесь. Этот пансионат уникальный для России, я думаю, что нет никого из проживающих, кто бы не хотел жить здесь. Очень не стыкуются позиция администрации и проживающих. Это нужно как-то урегулировать»;

«Интервьюер: Расскажите, пожалуйста, немного о себе.

Респондент (вторая): после школы училась в Московском юридическом колледже. Поступила в Российский Государственный Гуманитарный Университет, учусь на втором курсе. В общественной организации «Десница» участвовала в семинарах «Понимание инвалидности», обучалась ведению школьных занятий и провела 10-15 занятий.

И: Есть ли у вас профессиональные планы на будущее? Чем хотели бы заниматься?

Р: Да, когда закончу учиться, планирую работать по специальности.

И: Что изменилось в вашей жизни, с тех пор как вы начали проживать в пансионате-поселке?

Р: В принципе ничего не изменилось.

И: Какую роль играет пансионат в вашей жизни?

Р: В первую очередь, здесь все удобно, доступно, в любое время можно выйти куда-либо.

И: Улучшил ли пансионат качество вашей жизни?

Р: Да, улучшил.

И: Опишите, пожалуйста, ваш типичный день.

Р: Работа, дом, учеба.

И: Ваши пожелания пансионату.

Р: Чтоб не закрывали пансионат подольше. Я, по крайней мере, не настроена здесь постоянно жить. Здесь лет пять пожить можно, но чтоб навсегда, приехал и живи, нет. Пока молодые здесь нормально, а потом что-то другое хочется».

«Интервьюер: Расскажите, пожалуйста, немного о себе.

Респондент (третья): Училась я надому. В школе я была один раз, впечатлений на всю жизнь осталось. Я сидела на последней парте, учитель что-то говорила у доски и все головы были повернуты ко мне, а не на учителя. Потом, я решила, что лучше я спокойно доучусь дома, а то так и уроки некогда будет делать.

Где-то лет в шестнадцать лет подружка позвала меня в качестве массовки с пяльцами, нитками, я пошла. Подружка ушла на следующий год, а я на пять лет там осталась и занималась творчеством, ходила в кружок внешкольной работы. Участвовала на выставках в Алабина, на ж/д вокзале, на выставке-распродаже «Надежда», дипломы есть.

Тут, конечно, больше общения. С тех пор, как я здесь у меня даже желание появилось общаться и жить, не то, что дома раз в неделю только выезжала в кружок. После того, как я закончила кружок, у меня как-то руки опустились, я расстроенная была, после того как сюда попала, оживилась, нет такого состояния «вот, я одна сижу, делать нечего», сейчас более самостоятельна. У меня тут Динка (собака), свои дела, это уже стало моим домом.

И: Есть ли у вас профессиональные планы на будущее? Чем хотели бы заниматься?

Р: Планирую учить детей и всех желающих рукоделию. Однажды, одна девочка, она совсем не может контролировать руки, и она сплела у меня, т.е. если человек хочет он все сможет, чтобы у него не болело. Это моя мечта, я мечтаю преподавать рукоделие.

И: Что изменилось в вашей жизни, с тех пор как вы начали проживать в пансионате-поселке?

Р: Конечно, многое улучшилось, столько всего: и на улицу можно выйти, и к друзьям пойти. Там у меня и друзей не было, здесь появились друзья, общие интересы, самостоятельная жизнь появилась, раньше я только мыла посуду, сейчас я умею делать все!

И: Ваши пожелания пансионату.

Пожелания такие, чтобы спортзал был, чтобы больше народу тут было побыстрее, чтобы ездили куда-то, например, в «Преодолении» где-то раз в неделю вывозят в парк или на набережную привезли и гуляй где хочешь, разбредайтесь потом соберитесь, это очень интересно…»;

«Интервьюер: Расскажите, пожалуйста, немного о себе.

Респондент (четвертый): Наступил тот момент, когда встал вопрос о продлении активной жизни, т. к. на работе меня просто «попросили», а для того, чтобы была активная жизнь, а те жизненные условия уже не позволяли обеспечить, поэтому я принял решение переселиться в пансионат. Городская жизнь, доступная среда поселка позволяют вести активный образ жизни.

И: Что изменилось в вашей жизни, с тех пор как вы начали проживать в пансионате-поселке?

Более плотнее подошел к занятию общественной деятельностью, стал более мобилен, более коммуникабелен с людьми.

И: Опишите, пожалуйста, ваш типичный день.

Часов в 7 обычно начинается, до завтрака время для личных переписок, затем работа до обеда, обед, личные или общественные дела, дела, связанные с какой-то общественной работой».

Люди с инвалидностью подчеркивают, что их возможности расширились, они «поступили в университет», обучаются на первом и втором курсах, приобретают навыки работы с информационной техникой, веб-дизайна, что перспективно характеризует их будущее и создает возможности их трудоустройства и самообеспечения, снижения к минимуму зависимость от государственной помощи и помощи окружающих людей.

Улучшилось качество жизни проживающих: «Да, вот, много, все изменилось! », «Тут, конечно, больше общения … после того как сюда попала, оживилась, нет такого состояния «вот, я одна сижу, делать нечего», сейчас более самостоятельна…» и другие, хотя один респондент утверждает, что «В принципе ничего не изменилось», но тут же говорит, что «В первую очередь, здесь все удобно, доступно, в любое время можно выйти куда-либо», сравнивая эти условия с условиями предыдущего проживания.

В пансионате-поселке построены пандусы во все здания и помещения, в комнатах проведены телефоны, ванные и спальные комнаты оборудованы поручнями и другими средствами реабилитации. Во многих комнатах проживающие специально под свои потребности оборудовали дополнительные средства реабилитации. Вот, что говорят об этом сами проживающие:

«Интервьюер: Каковы принципы «независимой» жизни, как вы их себе представляете?

Респондент (первый): Независимость человека с инвалидностью упирается в доступность среды, тех же магазинов, тех же учебных заведений.

В службах должно быть сотрудничество с теми, кто хочет независимо жить. Что толку сделают пандус, по которому не заедешь, что по лестнице, что по пандусу помощник нужен, поэтому должно быть сотрудничество»;

«Респондент (старшая медсестра): Я думаю, что сами инвалиды должны как-то в общественные организации собираться, вот, «Десница» много делает: акции и другое»;

Респондент (третья): Принципы «независимой» жизни это, прежде всего, возможность куда-то выйти. У меня дома, к примеру, пятый этаж и я спуститься вниз не могу, даже без инвалидной коляски, это очень тяжело, даже если ты выйдешь во двор, то никуда не можешь пойти, и только в замкнутом пространстве, в этом дворе. Везде машины, бордюры, ни в магазин, никуда.

У проживающих в пансионате-поселке появилась возможность вести активный образ жизни: «Респондент (четвертый): Городская жизнь, доступная среда поселка позволяют вести активный образ жизни. Работаю, также более плотнее подошел к занятию общественной деятельностью, стал более мобилен, более коммуникабелен с людьми»,

При ответе на вопрос: Возможно ли применение принципов «независимой» жизни в государственных социальных службах? Мнения разделились, однако, по мнению, проживающих социальные службы «обязаны» предоставлять услуги способствующие социальной интеграции и инклюзии.

«Респондент (третья): Да, это должно быть, даже они обязаны. Например, в Америке, даже в фильмах везде показывают людей на инвалидных колясках. У нас нигде не показывают, например, туалет для инвалидов. В американских мультфильмах, например «Охотники за привидениями», или там, где он пожарник, тушит пожары на коляске. У них инвалид как обычный человек.

У нас в Самаре, я знаю только в Макдональдсе доступно для людей с инвалидностью, если куда-то пойти, то только туда, там и вход доступный и туалет. Это американский проект.

Куда-то выходишь, чтоб люди не шокировались, однажды ехали с мамой, я ей говорю: «Да успокойся ты, пускай смотрят». Поэтому надо побольше показывать, побольше, чтобы таких пансионатов было как этот. Этот пансионат единственный в России, мне, например, очень здесь нравится! Я домой ездила, наверное, в этом году только один раз, и то в гости. Я там уже говорю «мне надо домой», меня уже сюда тянет как домой. Я приехала туда и сразу уехала, там невозможно, ни общения, нечем заняться, четыре стены и все! Раньше «по молодости» (в детстве) справлялась, куда-то пыталась ходить, в кружок, а с доступностью-то тяжело. Мне кажется, что побольше должно быть таких мест, не только один у нас тут такой. По телевизору иногда показывают Дома для престарелых и инвалидов, там ничего не предусмотрено, нигде нет доступности».

«Респондент (вторая): Я думаю, что нет. Тогда они ничего делать не будут, вообще нам помогать не будут, а мы будем все независимые и никому не нужные. Хотя, конечно, должны делать пандусы, чтобы и в магазины, и везде».

Определяя принципы «независимой жизни» проживающие выделяют важнейшим фактором – доступную среду – пандусы, съезды, транспорт, далее подчеркивается общение и возможность вести активный образ жизни, возможность встречаться с друзьями; возможности трудоустройства.

Ответы на вопросы: Что означает медико-социальная реабилитация? И По вашему мнению, возможно ли сочетание медицинской и социальной сфер деятельности? Расположились следующим образом:

«Респондент (четвертый): Об этом сейчас многие говорят, но как говорит Владимир Владимирович Путин «должны быть котлеты отдельно, а мухи отдельно» это разные сферы деятельности и они должны быть отделимы и идти параллельно.

Медицинская реабилитация подразумевает, что это пациент, нуждающийся в медикаментозной лекарственной помощи, а социальная помощь должна быть направлена на интеграцию человека в общество, дать возможность ему трудиться, учиться и чувствовать себя нужным обществу»;

«Респондент (вторая): Реабилитация – это, я думаю, что ИПР, средства реабилитации, коляски, машины, памперс, но я этим всем не пользуюсь, поэтому не очень хорошо знаю. Санаторно-курортное лечение.

Я плохо представляю социального работника. Мне не хотелось бы иметь социального работника. У меня нет необходимости в этом, это когда пожилые совсем, когда носят хлеб, моют полы. У меня в этом нет необходимости, у меня и друзей много»;

«Респондент (третья): По моему мнению, это когда помогают людям в пансионатах, в санаториях, в медицинских учреждениях, т.е. например, здесь пансионат и есть мед обслуживание. Я не совсем понимаю, что такое социальная реабилитация. Для меня это одно и то же.

Есть центр «Преодоление» в Тольятти, там предоставляют медицинскую, психологическую помощь тем, кто попал в аварию. Там поднимают на ноги и физически и морально. Там лечатся и такие как мы, с детства. Это и есть реабилитация»;

«Респондент (старшая медсестра): Медико-социальная реабилитация – это реабилитолог, специалисты, массажисты, тренажеры. Было бы отлично, если хотя бы один месяц в году проходили все реабилитацию здесь. Конечно, у многих здесь есть проблемы с общением, хорошо бы, если психолог хороший был бы, чтобы не только формально анкеты собрал, но и какую-то работу проводил. Это мечта, наверное, но хотелось бы, чтобы каким-то трудом занимались, потому что просто маются от безделья, надо бы трудотерапию. Даже если кто-то не может найти занятие, был бы специалист, который сообразно его заболеванию может подобрать какой-то труд»;

«Респондент (первый): Вполне возможно, даже необходимо, особенно здесь.

Это сочетание может проявляться в форме реабилитации как медицинской, так и социальной. В форме работы, по крайней мере, обучении каким-то специальностям, ремеслам. Преимущества этого в более полной адаптации к современной жизни, человек и здоровье поправляет и как-то пытается социализироваться. Недостатков такого взаимодействия я не вижу».

Двое из опрошенных проживающих затруднились определить обязанности социального работника. Социальным работником назвали лишь тех работников, которые приносят продукты, делают домашнюю уборку, главным образом, для пожилых людей. Трое из опрошенных с уверенностью заявили, что вообще не нуждаются в помощи социальных работников, поскольку справляются сами (владеют навыками «независимой жизни») со всеми своими делами, и к тому же у них много друзей. В данных случаях естественная сеть поддержки достаточно развита, чтобы не использовать формальную сеть.

Рациональное сочетание медицины и социальной работы отметили как необходимое условие реабилитации большинство опрашиваемых, лишь двое из проживающих не делали значительных различий этих сфер в реабилитационном аспекте, а принимали их за однородный процесс, что еще раз подчеркивает необходимость согласованное взаимодействие медицинских и социальных работников. Так, респондент (третья) говорит: «Для меня это одно и то же».

Особую роль в реабилитационном и дальнейшем «постреабилитационном» периодах играет трудоустройство (а также занятие творчеством, любимым делом) людей с инвалидностью, причем рабочие места должны соответствовать потребностям и потенциалу человека с инвалидностью, труд должен отвечать интересам человека с инвалидностью. Респондент (четвертый) в нашем исследовании имеет работу, респондент (первый) выбрал для себя на данный момент сферу деятельности (веб-дизайн), которой обучается и планирует работать. Таким образом, следующим этапом приобретения навыков «независимой» жизни наступает процесс самоопределения, поиска путей реализации своего потенциала. На этом этапе значимой является социальная поддержка в форме предоставления возможностей для выбора профессий или занятий. Силами проживающих в пансионате проведена сеть Интернет, которая представляет возможности и обучения, и трудоустройства, и общения. В данном пансионате-поселке присутствует такая поддержка, она выражается и в обеспечении специально-оборудованном автотранспортом, на котором проживающие посещают учебные заведения, а в некоторых случаях общественные мероприятия, в которых выступают не только как участники, но и как организаторы.

Трудоустройство и/или занятие творчеством, общественной работой во многом связаны с мобильностью, поэтому доступная среда, оборудованный транспорт – первый шаг к проведению реабилитации людей с инвалидностью.

Исследование показало, что применение принципов «независимой» жизни, таких как доступная среда, пандусы, съезды, автоматические двери, лифты, подъемники и другое; оборудованный транспорт; индивидуально оборудованное место проживания; при необходимости, помощник (или социальный работник, который в большинстве случаев заменяется друзьями и родственниками); трудоустройство, способствует, и во многих случаях приводит к достижению успешной реабилитации как медицинского, так и социального характера, а также сводит к минимуму его потребность в особых социальных услугах и в многозатратных поддержке и помощи.

В целом и проживающие и обслуживающий персонал дали высокую оценку данному пансионату-поселку и подчеркнули его важную роль в улучшении качества жизни проживающих, в значительном расширении их возможностей в самореализации, в развитии их творческого, профессионального и жизненного потенциала как личностей.

По результатам исследования можно сделать вывод, что подобные адаптированные поселки для людей с ограниченными возможностями вмещают в себя рациональное и многостороннее решение большинства проблем, с которыми сталкиваются люди с инвалидностью, мотивируют их к самостоятельной жизни, что в значительной степени снижает расходы на лечение, более эффективно распределяет средства на реабилитацию, а также снижает нагрузку на персонал, который в силу многообразной и насыщенной деятельности не справляется с обслуживанием, чем не только ущемляет права людей с ограниченными возможностями на качественное обслуживание, но и причиняет ущерб здоровью клиента и его полноценному социальному функционированию.

# Заключение

Сообщество служит промежуточным звеном между макросистемой общества в целом и микросистемой семейной и личной поддержки. Для индивида именно эта промежуточная среда образует естественную опору в случае трудной жизненной ситуации, а также является источником обогащения его жизни за счет дополнительных социальных контактов. Сообщество как система выполняет функцию упорядочения и осмысления чрезвычайно сложного и нередко причудливого комплекса социальных отношений. Оно как бы создаёт порядок из хаоса.

Иногда сообщество понимают как некую идеальную организацию, в максимальной степени отвечающую внутренним потребностям индивида. В этом смысле его часто противопоставляют современному государству с характерной для него формализованной системой социальных служб. Иногда его определяют чисто психологически - как то, что, подобно семье, ощущается нами в качестве неотъемлемой части нашего существа. Тот факт, что официальная социальная политика и государственная система социальных служб пытаются взывать к сообществу, говорит: о признании большой мобилизующей силы этого образования, о неспособности официальной системы социальной защиты как таковой получить широкую поддержку населения.

Достижение подобного состояния невозможно обеспечить излюбленными бюрократическими приемами - правилами, системами, механизмами контроля качества. Действительно адекватным способом оценки степени приближения к нему может стать учет мнения самих потребителей услуг.

Результаты проделанной работы приводят к выводу, что инвалидность затрагивает все стороны жизни человека, создаёт условия постоянной борьбы, необходимости адаптации и окружающего сообщества к человеку с инвалидностью, и самого человека к окружающей среде. Медико-социальная работа в комплексе способна помочь человеку с инвалидностью преодолеть трудности и достичь того уровня развития, личностного, социально-правового, который он сам для себя определил, максимально возможного в традициях того сообщества, в котором он проживает.

Полноценное функционирование человека в обществе, а также социальная активность связаны со здоровьем. Таким образом, медико-социальная работа и медико-социальная реабилитация наиболее полно отвечают потребностям людей с инвалидностью.

Медико-социальная работа - это новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленный на восстановление, сохранение и укрепление здоровья.

Имея много общего с медицинской помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом, медико-социальная работа не выходит за рамки своей компетенции, не претендует на выполнение лечебных функций, а предусматривает тесное взаимодействие социальных работников с медицинским персоналом и четкое разграничение ответственности.

Профессиональная медико-социальная работа нацелена не только на самого клиента, но и на его окружение. Сети социальной поддержки - очень важное понятие системной теории социальной работы. К организации сетей относится как планирование формальной поддержки, так и усиление «неформальных» или «естественных» сетей, состоящих из людей, которые помогают своим друзьям, соседям или членам семьи, испытывающим затруднения.

Основной принцип системного подхода: если люди хотят удовлетворительно жить, следует улучшить функционирование систем их непосредственного социального окружения, поэтому социальная работа должна фокусироваться именно на этих системах, которые представлены семьей, локальными сообществами, социетальными системами.

В организации медико-социальной работы целесообразно придерживаться принципов, предложенных Ю.В. Валентиком, О.В. Зыковым, М.Г. Цетлиным. Таковыми являются экосистемность, полимодальность, солидарность, конструктивная стимуляция, континуальность. Также важны в медико-социальной работе принципы взаимопомощи, гуманизма, индивидуального подхода к клиенту, принцип доверия к клиенту и поддержания доверия клиента к специалисту, принципы модальности (гибкости), перманентности (непрерывности), компетентности, посредничества.

Результаты проделанной работы позволяют сделать выводы, что формирование сетей социальной поддержки – это процесс, характерный для ситуации кризиса. Наиболее доступной в ряде случаев оказывается помощь соседей или друзей, естественная сеть поддержки. Однако, существует много кризисов, когда ни родственники, ни друзья, ни официальные структуры не могут быть доступны, тогда различные пути направляют искусственную сеть и она начинает работать как естественная система взаимопомощи. В состав таких групп могут входить не только энтузиасты-непрофессионалы; люди, испытавшие или прошедшие через различные трудности, но и специалисты, которые в результате такой деятельности достигают собственных целей, какими может быть получение научных результатов, расширение перспективной сферы деятельности, повышение профессиональных навыков. Мировая практика показывает, что подобные сети начинают свою деятельность на добровольческой основе и с ростом, сети переходят на оплачиваемые трудовые отношения.

В России Сеть профессиональной социальной поддержки является нововведением. По И. Бестужеву-Лада: «Нововведение – это такая разновидность управленческого решения, в результате которого происходит существенное изменение того или иного процесса, явления (технического, экономического политического, социального)". Отечественный исследователь Н.И. Лапин определяет социальные инновации как предназначенные формировать новые экономические, организационные и иные структуры, механизмы для народнохозяйственных отраслей и их подсистем.

Хотя на уровне общественных организаций в некоторых регионах созданы и успешно функционируют различные виды поддержки, во многом оказывающие системное воздействие на своих клиентов, они не оформились в профессиональную поддержку, не представляют из себя сеть по созданию и поддержки достойного, максимально здорового проживания с возможностями выбора для клиента, с ориентацией на независимый образ жизни.

Анализируя зарубежный опыт, мы пришли к выводу, что Американская сеть поддержки, называемая Сеть Поддерживающего проживания, распространена во всех штатах. Она поддерживается государством и выполняет гарантии перед людьми с инвалидностью по предоставлению подходящего жилья своим клиентам, которое наиболее полно отвечает интересам самого клиента. Также специалисты поддерживающего проживания помогают людям адаптироваться в новых для них условиях ответственности за свою жизнь; выбора, который им приходиться делать самим.

Интенсивная разработка теоретического и методического содержания методов индивидуального менеджмента и создания сетей поддержки составляет одну из современных мировых тенденций в области социальной работы и позволяет надеяться, что в будущем будут преодолены теоретические противоречия, касающиеся ее методов, и тем самым появится реальная основа для интеграции различных видов практики социальной работы.

В организации Сетей социальной поддержки целесообразно строить работу согласно идеологии Независимой жизни, которая гласит: «инвалиды являются частью общества и должны жить в обществе. Они не пациенты, которых необходимо лечить, не дети, за которыми нужно присматривать, и не смельчаки, которыми нужно восхищаться (Философия независимой жизни)". В философском понимании независимая жизнь - это способ мышления, это психологическая ориентация личности, которая зависит от его взаимоотношений с другими личностями, от физических возможностей, от окружающей среды и степени развития систем служб поддержки. Философия независимой жизни ориентирует человека, имеющего инвалидность, на то, что он ставит перед собой такие же задачи, как и другой член общества.

С точки зрения ФНЖ, инвалидность рассматривается с позиций неумения человека ходить, слышать, видеть, говорить или мыслить обычными категориями. Таким образом, человек, имеющий инвалидность, попадает в ту же сферу взаимоотношений между членами общества, что и здоровые люди. Для того чтобы он сам мог принять решения и определять свои действия, создаются социальные службы, которые, так же как мастерские по ремонту автомобилей или ателье, компенсируют его неумение делать что-то.

Предлагаемый в данной работе способ организации многоаспектной медико-социальной работы по включению людей с инвалидностью в общество на равных человеческих правах акцентирует внимание на принципах независимой жизни.

Специалисты Сети социальной поддержки согласованно выполняют свою деятельность, координацию которой проводит социальный работник или медико-социальный работник. Выбор социального работника в качестве руководителя Сети не случаен. По своей сути социальная работа есть помощь людям в сложных жизненных ситуациях. Многообразие жизненных трудностей приводит к обширным областям деятельности социального работника, в которых он обязан хорошо ориентироваться, применяя эти знания для достижения цели благосостояния клиента, группы клиентов или местного сообщества. Цель социального работника – более общая, цели специалистов, таких как врачей, психологов, юристов и других направлена на воздействие и помощь в одной области жизнедеятельности человека. Следовательно, социальный работник наиболее соответствует руководящим функциям Сети. Более того, через руководящие обязанности, он имеет возможность выполнять свои непосредственные профессиональные обязанности: посредничество, консультирование, мобилизация, фасилитаторство, педагогическое сопровождение и другое.

Деятельность координатора, руководителя Сети поднимет уважение и престиж социальной работы в глазах общества.

Важной составляющей медико-социальной работы в сообществе является добровольческая помощь. В ряде случаев она наиболее доступна. Хотя в силу своей новизны не всегда принимается всерьёз профессиональными социальными службами, и всё ещё нуждается в стимулировании, в опытных наработках использования труда добровольцев.

Однако, существует много кризисов, когда ни родственники, ни друзья, ни официальные структуры не могут быть доступны, тогда различные пути направляют искусственную сеть и она начинает действовать одновременно как естественная система взаимопомощи и профессиональная помощь. Такой сетью нами представляется Сеть социальной поддержки людей с инвалидностью.

В ходе нашего исследования выяснилось, что принципы «Независимой жизни» составляют основы успешной реабилитации людей с инвалидностью. Важнейшими факторами были признаны (в порядке важности): доступная среда, общение, трудоустройство и/или любимое занятие или общественная работа.

Потребность в медико-социальной реабилитации у опрашиваемых данного адаптированного пансионата оказались низкими, в отдельных случаях нулевыми, Это приводит к выводу, что у клиентов, ведущих «Независимый образ жизни» потребность в особых социальных услугах и в многозатратных поддержке и помощи сводится к минимуму, а в некоторых случаях люди с инвалидностью способны самостоятельно, «за свой счет» проводить всю необходимую им реабилитацию.

В России, уникальным пансионатом-поселком для людей с инвалидностью является пансионат на 8ой просеке, в котором реализованы большинство из принципов «Независимой жизни», такие как: доступная среда; оборудованные средствами реабилитации помещения; транспорт, оборудованный подъемным устройством; созданы возможности обучения и трудоустройства людей с инвалидностью; присутствует медперсонал; есть помощники, оказывающие социальную поддержку; проводятся различные мероприятия культурно-массового, и, что важно реабилитационного и социального характера. По оценке самих проживающих, данный пансионат – одно из лучших в России мест проживания людей с инвалидностью.

# Список использованной литературы

1. Цицерон. Диалоги: О государстве О законах. М.: «Наука», 1966.
2. Августин. О граде божием. т.1, кн. I-VII. Спб: «Алетейя», 1997.
3. Давид Юм. Сочинения в 2-х тт. т.1 М.: «Мысль», 1965.
4. Гидденс Э. Девять тезисов о будущем социологии. // ТЕЗИС (теория и история экономических и социальных институтов и систем). М.: "Начала-пресс", 1993. С.57-82.
5. Александер Дж.С. После неофункционализма: Деятельность, культура и гражданское общество / Пер. с англ. Т.В. Дорофеевой // Социология на пороге XXI века. М.: «Интеллект», 1998, с.231-249.
6. Давыдов Ю.Н. Определяя "общество": от истории понятия к уточнению концептуальных границ. Социологический форум. Ноябрь 1998. Т.1. № 1. http: // ecsocman. edu. ru/db/msg/1534. html
7. Касьянов В.В. Социология. Ростов н/Д: «Феникс», 2002. -416с.
8. Прозоровская К.А. Социология. – СПб.: Изд. дом «Нева», 2003. – 224с.
9. Толкотт Парсонс. Понятие общества: компоненты и их взаимоотношения.
10. Мария Суворова. Теоретические аспекты традиций формирования гражданского общества. Сборник научных трудов. Работа с сообществом. Проблемы активизации, самоуправления и образования. Саратов: Сарат. гос. техн. ун-т, 2003, 186с.
11. М.С. Добрякова. Исследования локальных сообществ в социологической традиции. www. ecsocman. ru
12. Усманов Б.Ф. Социальная инноватика. Институт молодёжи. М.: 2000. – 344с.
13. Демидова Т.Е. Актуальные проблемы социальной работы в России и зарубежных странах. Изд-во МГСУ «Союз».М., 1998.
14. Червякова Г.А. О некоторых аспектах развития инновационных процессов в теории и практике социальной работы. Изд-во МГСУ «Союз».М., 1998.
15. Хамзина Г.Р. Социальное время перемен: взгляд из региона. 2004г. www. ecsocman. ru
16. Штомпка П. Социология социальных изменений.М., 1996.
17. Ядов В. А все же умом Россию понять можно // Россия: трансформирующееся общество.М. 2001.
18. Нечипоренко О.В., Вольский А.Н. Натуральная экономика и редистрибутивная функция государства. 2001г. www. ecsocman. ru
19. Мархинин В.В., Нысанбаев А.Н., Шмаков В.С. Модернизационные процессы в сельских локальных сообществах (Об одном совместном казахстанско-российском проекте). 2001г.
20. Мартыненко А.В. Теория и практика медико-социальной работы. М.: Гардарики, 2007. – 159с.
21. Дементьева И.Ф. Социальная адаптация детей-сирот: проблемы и перспективы в условиях рынка.М. 1992. http: // ecsocman. edu. ru
22. Холостова Е.И. Социальная работа: М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2004. – 692с.
23. Регина Н. Социальная работа в мире: опыт и информация: Общее собрание членов международной федерации социальных работников 25-27 июля 2000г. Монреаль. Канада // Работник социальной службы. 2001. №3.
24. Глоссарий терминов по медико-социальной помощи. Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 1976.
25. Щукина Н.П. Институт взаимопомощи в системе социальной поддержки пожилых людей: Научное издание. – М.: «Дашков и К°», 2004. - 412с.
26. Технология социальной работы. Под ред. Проф.Е.И. Холостовой. – М.: ИНФРА-М, 2003. – 400с.
27. Ярская-Смирнова Е. Р., Принципы, на которых строится социальная работа. 1997.
28. Валерий Карпец, Елена Ярская-Смирнова. Развитие местных сообществ: теория и практика. Сборник научных трудов. Работа с сообществом. Проблемы активизации, самоуправления и образования. Саратов: Сарат. гос. техн. ун-т, 2003, 186с.
29. Веселов Н.Г. Актуальные медико-социальные проблемы охраны здоровья детей на этапе перехода к страховой медицине / Сборник «Медико-социальные проблемы охраны здоровья на этапе перехода к страховой медицине», 1992.
30. Гончаренко Л.В., Мартыненко А.В., Стародубов В.И. Совершенствование управления социальной работой и повышение эффективности медико-социальной помощи // Здравоохранение Российской Федерации, 1998 г., №3.
31. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение.М., 2002.
32. Котысова Н.А. Лебединская О.И. О роли социальных работников в решении медико-социальных проблем / Социальная работа: сборник материалов, 1992, Выпуск 1.
33. Концепция социальной защиты инвалидов. Авт. Колл. Под рук.Д.И. Лавровой.М., 1993.
34. Кургузов В.Г. Социально-медицинские аспекты работы с населением групп риска, М., 2000, с.112.
35. Медико-социальная работа // Российская энциклопедия социальной работы. – М., 1997 г.
36. Социальная работа в учреждениях здравоохранения. – М., 1992 г.
37. Элланский Ю.Г., Рисенко В.Л. Словарь по социальной медицине, организации здравоохранения, медицинскому страхованию. – Ростов на Дону, 1995.
38. Жить по-своему! Путеводитель по американской системе поддерживающего проживания. http: // www. harborrc. org/sitemanager/assets/pdfs/
39. Джон О'Брайен. Поддерживающее проживание: в чём отличие? www. HarborRC. org
40. Российская социологическая энциклопедия/Под ред. Г.В. Осипова. – М.: Изд. Группа НОРМА-ИНФРА-М, 1998.330с.
41. Гутник В.П. Теоретическое обоснование политики хозяйственного порядка и ее основные принципы. http: // ecsocman. edu. ru/db/msg/275297. html
42. Козлов А.А. Социальная работа. Введение в профессиональную деятельность. Международный проект. Москва 2005.
43. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности: социальное гражданство инвалидов в современной России. – Саратов: Изд-во «научная книга», 2006. – 260 с.
44. К независимой жизни. Книга для людей с инвалидностью, организаций и специалистов, работающих в области проблем инвалидности. Федеральная целевая программа «Социальная поддержка инвалидов на 2000-2005 годы». М.: 2001 – 248с.
45. Сеть поддерживающего проживания Калифорнии (California Supported Living Network (CSLN) http: // www. supportedliving. com/about\_us. html
46. Публикации региональной общественной организации инвалидов «Перспектива», Москва. www. perspekiva-ina. ru
47. Григорьева И.А. Социальное обслуживание пожилых и развитие сообществ: применим ли западный опыт в России? Журнал. Отечественные записки. №3 (24) 2005 www. strana-oz. ru
48. Гончарова А.Н. Проблема согласования общественных и личных интересов в процессе построения гражданского общества: Моногр. / Краснояр. гос. ун-т. Красноярск, 2001.160 с. // Allpravo. Ru
49. Щукина Н.П. Технология социальной работы. Самара 2006.
50. Ярская-Смирнова, Е. Р., Наберушкина, Э.К. Социальная работа с инвалидами. Саратов: Сарат. гос. техн. ун-т, 2003.
51. Закон Самарской области «Положение об индивидуальной программе реабилитации инвалида в Самарской области», статья 1.5.
52. Энциклопедический фонд России. http: // www. russika. ru/termin. asp? ter=3401
53. Современная парадигма развития системы реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья: опыт Самарской области: Сборник научно-методических материалов / Под редакцией Е.В. Ханжина, О.О. Низовцевой, М.Э. Целиной. - Самара, 2006.
54. Комиссия по правам человека при Президенте РФ, http: // www. h-rights. ru/obj/doc. php? ID=155481
55. Словарь-справочник по социальной работе/под ред. Д-ра ист. наук проф.Е.И. Холостовой. – М.: Юрист, 2000.
56. Кузнецов И.Н. Технологии социологического исследования. – М.: ИКЦ «МарТ», 2005.
57. Ядов В.А. Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности. – 7-е изд. – М.: «Добросвет», 2003. – 596с.
58. Конституция Российской Федерации 1993г.