Введение

Актуальность исследования. Лица с проблемами физиологического и психического развития могут появиться в любой семье и в любых социальных условиях, в любой этнической группе и в любой точке мира. Инвалид в российском представлении - увечный, требующий опеки страдалец. Инвалидность, по сути, является синонимом нищеты и безнадежности. Но так быть не должно. Ведь многие из инвалидов при соответствующем образовании и реальной помощи могли бы стать полноценными членами общества, не зависеть от системы социальной защиты, что, в конечном счете, свидетельствовало бы о высоком гражданско-правовом статусе общества. По данным ООН, в мире насчитывается примерно 450 миллионов людей с нарушениями психического и физического развития. Это составляет 1/10 часть жителей нашей планеты. Данные всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) свидетельствуют, что число детей - инвалидов в мире достигает 13% (3% детей рождаются с недостатками интеллекта и 10% детей с другими психическими и физическими недостатками) всего в мире около 200 миллионов детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности. Более того, в нашей стране, как и во всем мире, наблюдается тенденция роста числа детей - инвалидов. В России частота детской инвалидности за последнее десятилетие увеличилась в два раза: по расчетам ВОЗ их должно насчитываться около 900 тыс. детской популяции. [6; с. 8]

В уставе ООН сказано, что каждый человек имеет право на удовлетворение разносторонних социальных потребностей в познании, общении и творчестве. Это говорит о том, что вопрос инвалидности не ограничивается медицинским аспектом, он в большей степени является социальной проблемой неравных возможностей. "Имея" инвалидность человек также может быть способным и талантливым, как и человек, не имеющий проблем со здоровьем. В связи с этим перед современным обществом стоит задача помочь людям с ограниченными возможностями выйти из изоляции, участвовать в нормальной повседневной жизни общества. [14; с. 5]

Здоровье населения России находится в критическом состоянии. Результаты фундаментальных исследований свидетельствуют о кризисном состоянии здоровья у представителей всех возрастных групп, особенно у детей. В России, как и во всем мире, наблюдается тенденция роста детей с ограниченными возможностями. С конца XX столетия частота детской инвалидности в нашей стране увеличилась в 2 раза и по разным данным составляет от 6 до 9%. При сохранении этой тенденции прогноз будущего для населения нашей страны крайне пессимистичен. Поэтому проблема сохранения здоровья населения, в частности здоровья детей, становится приоритетной для государства.[41; с. 6]

В настоящие время процесс реабилитации является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Его изучают психологи, философы, социологи, педагоги, социальные психологи и т. д. Они вскрывают различные аспекты этого процесса, исследуют механизмы, этапы и стадии, факторы социальной реабилитации. [3; с. 3]

Освоение детьми - инвалидами социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует от общества определенных дополнительных мер, средств и усилий (это могут быть специальные программы, специальные центры по реабилитации, специальные учебные заведения и т.д.). Но разработка этих мер должна основываться на знании закономерностей, задач, сущности процесса социальной реабилитации. [1; с. 16]

В настоящее время проблема социальной реабилитации детей инвалидов, ввиду ее актуальности, широко разрабатывается. Большую работу в этом направлении ведет журнал «Дефектология», это работы таких авторов как Карвялис В., Ткачева В. В. , Алексеева Л.С., Дементьева Н.Ф., Шаталова Е.Ю., Соболь А.Я. и др. В нашем регионе проблемой детей и подростков с ограниченными возможностями занимаются Львова Е.Н., Шмелева Н.Б. и др.

Социальная реабилитация представляет собой комплекс мер направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом общественных связей и отношений, вследствие нарушения здоровья со стойким нарушением функций организма. Социальная реабилитация включает в себя несколько направлений - медицинские, психолого-педагогические, профессиональные и др.

Первоначальные идеи и организационная практика по интеграции процесса медицинской реабилитации инвалидов были разработаны в России ещё в XIX веке хирургом Н.И. Пироговым, затем эти идеи развивались организатором социальной психиатрии П.П. Кащенко, а в общественной мысли В.П. Бехтеревым, В.И. Водовозовым и др.

Процесс развития психолого-педагогической реабилитации изучали известные исследователи А. Адлер, П.П. Блонский, Л.С. Выготский, В.В. Розанов, К.Д. Ушинский и др.

Проблема общей реабилитации людей с ограниченными возможностями решается отечественными учеными Е.Д. Агеевым, С.Н. Ваньшиным, Г.П. Диянской, A.M. Кондратовым, А.Е.Шапошниковым, Ф.И. Шоевым. В своих трудах они анализируют психологические и педагогические особенности реабилитационной работы с инвалидами в различных условиях.

В настоящее время проблема профессиональной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности, ввиду ее актуальности, широко разрабатывается и отражена в исследованиях Л.Ф. Добровольской, А.А. Дыскина, Л.Ф. Казначеевой, О.И. Карякиной, Т.Н. Карякиной, Е.Н. Львовой, Н.М. Назаровой, Э.И. Танюхиной, Е.И. Холостовой, М.Н. Хусаиновой и др.

Профессиональная ориентация детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности способствует выявлению профессиональных интересов и помогает наметить жизненные цели на последующую трудовую деятельность.

Объект исследования - процесс социальной работы с инвалидами в современном обществе.

Соответственно, предметом исследования являются технологии

социальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности.

Таким образом, цель данной работы – выявить содержание и особенности реализации технологий социальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности.

В соответствии с целью дипломной работы можно выделить следующие задачи:

1. Рассмотреть современное положение инвалидов и их проблемы в обществе;

2. Описать особенности реализации технологий социальной работы с детьми и подростками с ограниченными возможностями жизнедеятельности; 3. Изучить опыт деятельности центров реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности на примере РЦ «Подсолнух»;

4. Провести исследование «Профессиональная ориентация детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности» в РЦ «Подсолнух».

В основу дипломной работы положена следующая гипотеза – социальная реабилитация детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности будет эффективной при следующих условиях: изучения положения детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности; определения места и роли социального работника в процессе реализации социальных технологий; учета опыта деятельности центров реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями; использования эффективных технологий, методов. В целом социальная реабилитация способствует интеграции в общество, детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности.

Методы исследования – теоретический анализ литературы, тестирование, анкетирование, наблюдение, интервью.

Структура и объем работы: дипломная работа состоит из введения, двух глав, списка использованной литературы, приложения.

Во введении обоснована актуальность темы исследования, определяются его проблема, объект и предмет, цель, основные задачи, формируется гипотеза, описываются методы исследования, раскрываются его практическая и теоретическая значимость.

Первая глава рассматривает теоретические проблемы социальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности в современных условиях.

Вторая глава посвящена рассмотрению опытно – экспериментальных исследований по проблеме социальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности.

В заключении изложены основные выводы по данной теме.

Приложение содержит рабочие и исследовательские методы.

Глава I. Теоретические основы проблемы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности

1.1 Характеристика положения инвалидов и их проблемы в современном обществе

Право – не милостыня, а обязательство государства перед своими гражданами. Слово "инвалид" в цивилизованных странах почти не употребляется. Тех, кто в силу болезни или несчастного случая утратил какие-то составляющие здоровья, называют "людьми с ограниченными возможностями". [26; с. 35]

Современная реальность такова, что любой человек в любое время может стать инвалидом. Если не избавляться от устаревшего мышления о том, что инвалиды – это люди, которые живут только на пособие, то во всем мире будет отвергаться вклад миллионов людей в развитие общества. Проводимая в настоящее время политика в отношении инвалидов — результат развития общества в течение последних двухсот лет. Во многих отношениях эта политика является отражением общих условий жизни и социально — экономической политики, проводимой в разное время. Однако инвалидность имеет много характерных для нее черт, которые повлияли на условия жизни инвалидов. Невежество, пренебрежение, предрассудки и страх — вот те социальные факторы, которые на протяжении всей истории являлись препятствием для развития способностей инвалидов и вели к их изоляции.

На протяжении многих лет политика в отношении инвалидов изменялась: она прошла путь от обычного ухода за инвалидами в соответствующих учреждениях до обеспечения получения образования детьми — инвалидами и реабилитации лиц, ставших инвалидами уже в зрелом возрасте. Благодаря образованию и реабилитации инвалиды стали более активно выступать за дальнейшее развитие политики в отношении инвалидов.

Созданы организации инвалидов, их семей и сторонников, которые выступают за улучшение условий жизни инвалидов.[7; с. 65]

После второй мировой войны появились такие концепции, как

интеграция и включение инвалидов в нормальную жизнь общества, отражавшие растущее понимание потенциальных возможностей инвалидов. Права инвалидов уже в течение длительного времени являются предметом пристального внимания со стороны Организации Объединенных Наций и других международных организаций. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов были разработаны на основе опыта, приобретенного в ходе проведения Десятилетия инвалидов Организации Объединенных Наций (1983— 1992 годы). Политической и моральной основой настоящих Правил являются Международный билль о правах человека, включающий Всеобщую декларацию прав человека, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах и Международный пакт о гражданских и политических правах, Конвенция о правах ребенка и Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, а также Всемирная программа действий в отношении инвалидов. Цель настоящих Правил заключается в обеспечении такого положения, при котором девочки, мальчики, мужчины и женщины, являющиеся инвалидами, как члены общества имели бы те же права и обязанности, что и другие лица. Обязанность государств заключается в том, чтобы принимать необходимые меры для устранения этих препятствий. [28, с. 39]

Инвалиды и их организации должны играть активную роль в этом процессе как полноправные партнеры. Создание равных возможностей для инвалидов является важным вкладом в общие усилия, направленные на мобилизацию людских ресурсов во всех странах мира. Из Декларации прав инвалида, принятой ООН в 1975 году: «Инвалиды, каковы бы ни были происхождения, характер и серьезность их увечий или недостатков, имеют те же основные права, что и их сограждане того же возраста, что в первую очередь означает право на удовлетворительную жизнь, которая была бы как можно более нормальной и полнокровной».

Эти права должны быть признаны за всеми инвалидами, без каких бы то ни было исключений и без различия и дискриминации по признаку расы, цвета

кожи, пола, языка, вероисповедания, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, материального положения, рождения или любого другого фактора, независимо от того, относится ли это к самому инвалиду или к его или ее семье. «Дискриминация в отношении любого лица по признаку инвалидности является унижением достоинства, присущего человеческой личности»,— отмечается в преамбуле проекта конвенции. [34, с.17]

Все европейские страны должны следовать стандартным правилам предоставления равных возможностей для инвалидов, разработанным ООН. Уровень цивилизации общества во многом оценивается по его отношению к людям с ограниченными возможностями. В недавнем отчете Европейского парламента было сказано: "То, как общество обращается со своими наиболее слабыми членами, включая людей с ограниченными возможностями, во многом говорит о самом обществе. [12, с. 103]

Соприкосновение с людьми с нарушениями в развитии заставляет каждого остановиться и подумать о принципах гуманизма, и, сделав для себя какие-то новые выводы, люди продолжают свою повседневную жизнь уже с обостренным восприятием этих ценностей в отношениях и делах с другими людьми». Это и является тем важным вкладом, который могут внести в общество инвалиды. Общество, не предоставляющее им такой возможности, обедняет себя.

В России права инвалидов отражены в федеральном законе "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации". Социальная защита инвалидов включает систему гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, защиты (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества. Но на деле в России до сих пор не создан комплексный механизм обеспечения прав и интересов инвалидов, соответствующий международным стандартам. У инвалидов по-прежнему отсутствуют возможности для защиты своих прав. При трудоустройстве у них возникают большие трудности. Чаще всего инвалиды работают на низкооплачиваемых местах. [35, с. 43]

Семьи, в которых появляется ребенок – инвалид, испытывают сильный эмоциональный стресс. Родители тяжело переживают дефект своего ребенка, считают, что инвалидность – клеймо на дальнейшей жизни их чада. Близкие инвалида пытаются скрыть этот факт от окружающих. Редко встретишь инвалида, спокойно прогуливающегося по улице.

Большинство инвалидов сталкиваются с проблемой непонимания со стороны окружающих, считают себя изгоями общества, полагая, что большее, на что они могут рассчитывать – это жалость. Отношение современных россиян к инвалидам противоречиво. «И жалко, и как-то не по себе, когда видишь инвалида», - скажет вам обычный обыватель. Для того чтобы человек с ограниченными возможностями почувствовал себя полноценным членом общества необходимо создать условия для преодоления ограничений, возникших в его жизни, предоставить ему равные со здоровыми возможности участия в жизни общества. [26; с . 109]

Согласно Федеральному закону РФ «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24 ноября 1995 г. № 181 «Инвалид - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствием травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты».

«Ограничение жизнедеятельности - это полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью», - поясняется в этом законе. [36; с. 54]

В соответствии с приказом Минздрава РФ от 4 июля 1991 г. № 117 «О порядке выдачи медицинского заключения на детей-инвалидов» к детям-инвалидам относятся дети, имеющие «...значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации, вследствие нарушения развития и роста ребенка, его способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю над своим поведением, обучению, общению, игровой и трудовой деятельности в будущем».

Это определение вытекает из современной концепции Всемирной организации здравоохранения: поводом для назначения инвалидности являются последствия болезни, травмы, проявляющиеся в виде нарушения той или иной психологической, физиологической или анатомической структуры или функции, приводящие к ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации. [40, с. 53]

Социальная дезадаптация - нарушение приспособления индивида к изменившейся социальной среде, в отношении детей-инвалидов - в результате социальной недостаточности или социальной дисфункции. Это такое нарушение жизнедеятельности, при котором ребенок может выполнять лишь ограниченно или не может выполнять совсем обычную для его положения роль в жизни и в обществе в зависимости от возраста, пола, социального и культурного положения:

- ограничение физической независимости (неспособность вести себя независимо с другим лицом);

- ограничение подвижности (передвигаться во времени и пространстве);

- ограничение способности заниматься обычной деятельностью;

- ограничение способности к получению образования, к профессиональной деятельности;

- ограничение способности к интеграции в обществе, не участие во всех видах повседневной активности наравне со сверстниками.

Нарушение способности осуществлять ту или иную деятельность может быть от рождения или приобретено позже, может быть временным или постоянным. [11; с. 32]

Особенностью современной патологии детского возраста является учащение перехода острых форм заболеваний в рецидивирующие и хронические, а также нарастание хронической патологии внутренних органов.

В связи с большой значимостью этой проблемы Генеральная Ассамблея ООН в 1982 г. приняла Всемирную программу действий по оказанию помощи «дизабильным лицам» (т.е. имеющим ограничение жизнедеятельности и социальных функций), в которой важное место уделяется профилактике здоровья, начиная с раннего возраста. Ассамблея объявила 1983 - 1992 гг. десятилетием инвалидов, день 5 декабря стал Всемирным днем инвалидов, привлекая внимание мировой общественности к этой проблеме. [46; с. 43]

Слово «инвалид» в переводе с английского означает больной, неполноценный, нетрудоспособный, с латинского - «беспомощный». В настоящее время постепенно утверждается противоположная точка зрения: инвалид - человек, имеющий определенные ограничения своих возможностей, который может достаточно активно участвовать во всех сферах социальной деятельности, должен иметь равные права и возможности с остальными членами общества. Этому способствовало политическое движение во всем мире за независимость людей с ограниченными возможностями с 1962 г. как меньшинства, права и обязанности которого ущемляются, ограничиваются. В России также возрастает общественное движение людей с ограниченными возможностями на защиту своих прав на свободу выбора, самоопределение и открытый доступ к участию во всех сферах жизни общества. [43; с. 109]

Такой подход необходимо учитывать при организации социальной работы, которая должна быть направлена на самоопределение человека с ограниченными возможностями и стремление самому управлять своими жизненными ситуациями. С 1996 г. детям после прохождения медико-социальной экспертизы присваивается статус ребенка-инвалида, дается медико-социальное заключение (форма № 080-у-96, утвержденная приказом МЗ и МПРФ № 95 от 18 марта 1996 г.). В структуре детской инвалидности преобладают: психоневрологические заболевания (более 60 %) - это умственная отсталость, другие психические заболевания; заболевания нервной системы (детский церебральный паралич, другие органические повреждения центральной и периферической нервной системы).

У каждого десятого инвалида отмечается полная или частичная неспособность к самостоятельной деятельности, тяжесть расстройств и ограничение социальных функций.

Серьезного внимания требуют проблемы задержки нервно – психического развития детей до 1 года (группа риска по развитию детского церебрального паралича); задержка умственного развития, которая в 30 - 40 % случаев в последующем приводит к неуспеваемости в школе, снижению трудоспособности, негодности прохождения срочной воинской службы. [39; с.87]

Многочисленные исследования показывают, что ведущими неблагоприятными факторами, способствующими развитию осложнений беременности и родов, не вынашивания, выкидышей, асфиксии и родовой травмы, перинатанальной энцефалопатии и т.д., являются: экология (высокий уровень радиации, химические вещества, в том числе соли тяжелых металлов, нитратов), шум, вибрация, физические излучения; вредные воздействия производственных факторов, которые способствуют формированию врожденных пороков развития, внутриутробной гибели плода.

Неполноценное питание беременной, высокое употребление жиров животного происхождения, недостаток кальция и ряда витаминов (фолиевой кислоты, тиамина, рибофлавина) приводит к рождению детей с малой массой тела.

Огромное значение для нормального вынашивания беременности и рождения здорового ребенка имеет нервно-эмоциональное и физическое перенапряжение.

Отмечается рост наследственной и врожденной патологии. Ежегодно в Российской Федерации рождается около 30 тыс. таких детей, растет детский травматизм, высок уровень заболеваемости родителей, особенно матерей. [13; с. 65]

Семья, ближайшее окружение ребенка с ограниченными возможностями - главное звено в системе его воспитания, социализации, удовлетворения потребностей, обучения, профориентации.

Материально-бытовые, финансовые, жилищные проблемы с появлением ребенка с ограниченными возможностями увеличиваются. Жилье обычно не приспособлено для ребенка-инвалида, каждая 3-я семья имеет около 6 м2 полезной площади на одного члена семьи, редко - отдельная комната или специальные приспособления для ребенка. [43; с. 91]

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

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

Разные исследования показывают, что среди семей с детьми с ограниченными возможностями самый большой процент составляют неполные материнские семьи. У 15 % родителей произошел развод по причине рождения ребенка-инвалида, мать не имеет перспективы вторичного замужества. Поэтому к проблемам семьи ребенка с ограниченными возможностями прибавляются проблемы неполной семьи. [36; с. 74]

Психологический климат в семье зависит от межличностных отношений, морально-психологических ресурсов родителей и родственников, а также от материальных и жилищных условий семьи, что определяет условия воспитания, обучения и медико-социальную реабилитацию.

Выделяют 3 типа семей по реакции родителей на появление ребенка-инвалида: с пассивной реакцией, связанной с недопониманием существующей проблемы; с гиперактивной реакцией, когда родители усиленно лечат, находят «докторов-светил», дорогостоящие лекарства, ведущие клиники и т.д.; со средней рациональной позицией: последовательное выполнение всех инструкций, советов врачей, психологов.

В своей работе социальный работник должен опираться на позиции 3-го типа семьи. [7; с. 65]

Появление в семье ребенка с ограниченными возможностями всегда тяжелый психологический стресс для всех членов семьи. Часто семейные отношения ослабевают, постоянная тревога за больного ребенка, чувство растерянности, подавленности являются причиной распада семьи, и лишь в небольшом проценте случаев семья сплачивается.

Отец в семье с больным ребенком - единственный добытчик. Имея специальность, образование, он из-за необходимости большего заработка становится рабочим, ищет вторичные заработки и практически не имеет времени заниматься ребенком. Поэтому уход за ребенком ложится на мать. Как правило, она теряет работу или вынуждена работать ночью (обычно - это надомный труд). Уход за ребенком занимает все ее время, резко сужен круг общения. Если бесперспективны лечение и реабилитация, то постоянная тревога, психоэмоциональное напряжение могут привести мать к раздражению, состоянию депрессии. Часто матери в уходе помогают старшие дети, редко бабушки, другие родственники. Более тяжелая ситуация, если в семье двое детей с ограниченными возможностями.

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

Психологическая напряженность в таких семьях поддерживается психологическим угнетением детей из-за негативного отношения окружающих к их семье; они редко общаются с детьми из других семей. Не все дети в состоянии правильно оценить и понять внимание родителей к больному ребенку, их постоянную усталость в обстановке угнетенного, постоянно тревожного семейного климата. [12; с. 115]

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

Общество не всегда правильно понимает проблемы таких семей, и лишь небольшой их процент ощущает поддержку окружающих. В связи с этим родители не берут детей с ограниченными возможностями в театр, кино, зрелищные мероприятия и т.д., тем самым, обрекая их с рождения на полную изоляцию от общества. В последнее время родители с подобными проблемами налаживают между собой контакты. [28; с. 43]

Родители стараются воспитывать своего ребенка, избегая его невротизации, эгоцентризма, социального и психического инфантилизма, давая ему соответствующее обучение, профориентацию на последующую трудовую деятельность. Это зависит от наличия педагогических, психологических, медицинских знаний родителей, так как, чтобы выявить, оценить задатки ребенка, его отношение к своему дефекту, реакцию на отношение окружающих, помочь ему социально адаптироваться, максимально самореализоваться, нужны специальные знания. Большинство родителей отмечают их недостаток в воспитании ребенка с ограниченными возможностями, отсутствуют доступная литература, достаточная информация, медицинские и социальные работники. Почти все семьи не имеют сведений о профессиональных ограничениях, связанных с болезнью ребенка, о выборе профессии, рекомендуемой больному с такой патологией. Дети с ограниченными возможностями обучаются в обычных школах, на дому, в специализированных школах-интернатах по разным программам (общеобразовательной школы, специализированной, рекомендованной для данного заболевания, по вспомогательной), но все они требуют индивидуального подхода. [13; с. 190]

Медико-социальная помощь в нашей стране резко ухудшилась в связи с изменением социально-экономической обстановки. Медико-социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями должна быть ранней, этапной, длительной, комплексной, включать медицинские, психолого-педагогические, профессиональные, социально-бытовые, правовые и другие программы с учетом индивидуального подхода к каждому ребенку. Главное - научить ребенка двигательным и социальным навыкам, чтобы в последующем он смог получить образование и самостоятельно работать. [40; с. 64]

Вся социальная работа ориентирована на ребенка и не учитывает особенности семей, а участие семьи в медико-социальной работе является решающим наряду со специализированным лечением.

Иногда лечение, социальная помощь проводятся поздно из-за несвоевременной диагностики. Чаще всего диагноз устанавливается на 1 или 2 – 3 году жизни; только у 9,3%, диагноз поставлен сразу после рождения, возрасте 7 дней (тяжелые поражения ЦНС и врожденные пороки развития). [11; с. 99]

Диспансерное медицинское обслуживание не предусматривает четко налаженной этапности (по показаниям) - стационарная, амбулаторная, санаторная. Этот принцип прослеживается преимущественно для детей раннего возраста.

Особенно низка амбулаторная медицинская помощь. Она оказывается преимущественно при острых заболеваниях и неудовлетворительной профильной по случаю инвалидности. На низком уровне находится осмотр детей узкими специалистами, массаж, лечебная физкультура, физиолечение, диетолог, не решает вопросы питания при тяжелых формах диабета, почечных заболеваниях. Недостаточна обеспеченность медицинскими препаратами, тренажерами, инвалидными колясками, слуховыми аппаратами, протезами, ортопедической обувью. [35; с. 11]

Обдумывая вопросы планирования семьи, лишь немногие родители решаются родить повторно после рождения ребенка с ограниченными возможностями жизнедеятельности.

Таким образом, в данном параграфе были рассмотрены положение инвалидов и их проблемы, проблемы семей имеющих ребенка-инвалида. Также, было выявлено, что остаются нерешенными многие психолого-педагогические, социально-медицинские проблемы, в том числе отсутствие массового производства технических средств для обучения, передвижения, бытового самообслуживания в детских интернатах и домашней обстановке; неудовлетворительное оснащение медицинских учреждений современной диагностической аппаратурой, недостаточно развитой сетью учреждений восстановительного лечения, «слабыми» службами медико-психолого-социальной работы и медико-социальной экспертизы детей-инвалидов.

1.2 Особенности реализации технологий социальной реабилитации

В мировом сообществе все более заметным становится поворот от «культуры полезности» к «культуре достоинства». В контексте этой концепции человек с ограниченными возможностями независимо от своей дееспособности и полезности для общества рассматривается как объект, медицинской, социальной и психолого-педагогической помощи, ориентированной на создание условий для полной самореализации его личности.

Данный подход, несомненно, идеален и для отечественной реабилитации детей с ограниченными возможностями. В некоторых регионах уже есть положительный опыт работы, как в системе образования, так и в социальной защите. [27; с.23]

Реабилитация (от позднелатинского rehabilitatio — «восстановление») - комплекс медицинских, психологических, технических, педагогических, профессиональных мер, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма и трудоспособности больных и инвалидов.

Медицинская, психологическая, педагогическая, техническая, профессиональная функции, вместе взятые, обеспечивают социальную реабилитацию больного. Основные задачи реабилитации заключаются в том, чтобы сделать инвалида способным к жизни в обществе, создать соответствующие предпосылки для вовлечения его в общественно-трудовую жизнь общества. [31; с. 69]

Восстановительное лечение детей-инвалидов не ограничивается оперативным вмешательством, медикаментозным и физиотерапевтическим воздействием, оно слагается из длительных и многообразных этапов медицинской, социальной психологической коррекции.

В настоящее время признана эффективной система круглогодичного оздоровления и реабилитации детей-инвалидов на базе специализированных детских учреждений, которые используют различные технологии в процессе реабилитации. Для сравнения можно рассмотреть несколько реабилитационных центров. [42; с. 19]

Так, например, Государственное учреждение социального обслуживания Омской области "Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями". С каждым годом в центре увеличивается число детей-инвалидов с сопутствующими заболеваниями: задержками умственного развития и психическими расстройствами, хроническими заболеваниями органов пищеварения и аллергопатиями и т.д.

В Центре функционируют два отделения:

1. Отделение интенсивной реабилитации:

- зал лечебной физкультуры. Занятия проводятся с использованием шведской стенки, тренажеров "KEТТLЕR" ("MINI FITNES CENTR", эллиптический тренажера, велотренажера, батута, шагомера, беговой дорожки, тренажера "Наездник" и гребного тренажера). Зал оснащен атравматическими зеркалами;

- кабинет водных процедур, в котором размещены: бесконтактная гидромассажная ванна – Hydro-Jet Medical – аналог подводного струйного массажа. Используется для детей-инвалидов с психосоматической патологией и выраженной гидрофобией, с заболеванием кожи и подкожно-жировой клетчатки. Удобна тем, что после принятия процедуры ребенок остается сухим и может без вреда для здоровья получать другие виды лечения, в том числе на свежем воздухе; SPA-бассейн "JACUZZI"– предназначен для детей с врожденными пороками развития; оздоровительно-реабилитационный комплекс многофункциональная капсула "Sun Spectra 9000™", которая предназначена для восстановления утраченных функций путем одновременного воздействия на организм лечебных факторов. Капсула имеет 10 программ, включающих одновременные звуковые, тепловые, световые, ароматические воздействия, вибрационный массаж и ингаляцию ионизированным воздухом; инфракрасная кабина "INFRADOС" (США), мини-сауна аромафитобочка "Кедровая бочка".

- физиокабинет с современным оборудованием: "УВЧ-30", "Полюс-2", "Тонус-1", "Биоптрон", УФО, "Амплипульс-5", "Искра-1",

- ингаляторий с аппаратами: компрессионный небулайзер "PARI-BOY" и "PARI-MASTER";

- кабинет массажа оборудован 5 массажными кушетками фирмы "PYLON"; массажной кроватью " NUGA-BEST".

2. Отделения психолого-педагогической реабилитации:

- кабинет Биологической обратной связи предназначен для проведения психолого-педагогической реабилитации и коррекции психо-эмоционального состояния;

- кабинет диагностики АМСАТ-КОВЕРТ для работы психотерапевта с детьми. Новым перспективным направлением в работе центра является внедрение диагностического обследования перед началом проведения реабилитационных мероприятий и оценка состояния пациента в динамике.

- кабинет психо-эмоциональной разгрузки позволяет специалистам психолого-педагогической реабилитации проводить аутотренинги, коррекцию психо-эмоционального состояния, снятие мышечного и эмоционального напряжения;

- компьютерный класс, оборудованный современной техникой, мощным резервом игровой терапии. Мультимедийные игры под руководством психологов помогут сформировать у ребенка такие качества как преодоление страхов перед непредвиденными обстоятельствами, предупредить образование психастенической акцентуации характера личности подростков;

- кабинет индивидуальной работы психолога с детьми;

- зимний сад, в котором расположена установка для приготовления кислородного коктейля;

- конференц-зал.

На территории центра установлена детская спортивно-игровая площадка с многопрофильным оборудованием и атравматическим покрытием, позволяющая использовать специализированные реабилитационные методики.

Открыта библиотека с учебным классом, кабинет декоративно-прикладного искусства, кабинет кружковой работы, творческая мастерская

(ИЗО-студия и мягкая игрушка). [50; с. 72]

В Нягани Ханты-Мансийский автономный округ с 1997 года работает учреждение социального обслуживания «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Гармония». В Центре функционируют четыре отделения: медико-социальной реабилитации, психолого-педагогической помощи, дневного и стационарного пребывания.

В «Гармонии» созданы все условия для осуществления комплексной реабилитации. Реабилитационные мероприятия для детей выполняются на основании индивидуальной программы реабилитации, которая разработана специалистами Бюро медико-социальной экспертизы и включает ряд мероприятий социально-медицинского, социально-педагогического и социально-психологического характера.

Специалисты реабилитационного центра «Гармония» в работе применяют современные технологии и методики. В коррекционно-развивающем направлении используются такие технологии, как сказкотерапия, песочная терапия, арттерапия (специализированная форма психотерапии, основанная на искусстве, в первую очередь изобразительной и творческой деятельности и используемая для развития личности через развитие способности самовыражения и самопознания). Работает оборудованная сенсорная комната.

В Центре используются не только традиционные способы терапии, но и методы лечебной педагогики, психологической коррекции в сочетании с адаптацией детей в коллективе. Уделяется большое внимание внедрению инновационных методов и программных разработок в российской реабилитационной практике таких, как гарденотерапия, кинезотерапия. В Центре проводятся занятия в кабинетах по лечебно-восстановительным программам «БОС - логотерапевтический», «БОС - опорно-двигательный».

Еще одним ноу-хау в «Гармонии» является гала-камера - лечение в соляной шахте. Пребывание в насыщенной соляными аэрозолями воздушной среде уменьшает частоту и тяжесть приступов удушья, улучшает показатели функции внешнего дыхания. Воздействие физических факторов калийной соли способствует укреплению иммунной защиты организма. В целом, в ряде случаев наблюдаются положительные результаты от применения этих методов воздействия. Все это благоприятно влияет на здоровье детей особенно имеющих заболевания верхних дыхательных путей. Давно известно положительное влияние теплых потоков воды на человеческий организм. В «Гармонии» альтернативой естественным термальным источникам является СПА-бассейн, посетив который можно пройти ряд специальных водных процедур (гидромассаж, ароматерапия). Водные процедуры расслабляют мышцы тела, улучшают кровообращение, организм очищается, повышается самочувствие человека в целом.

В «Гармонии», благодаря применению комплексных реабилитационных мероприятий отмечается значительное улучшение состояния здоровья детей, а также их активное участие в социально-значимых мероприятиях, проводимых как непосредственно в Центре, так в городе и в округе. Дети, участвуя в выставках и конкурсах, занимают призовые места. [44; с. 12]

С января 2004 года в г. Ставрополе был открыт Реабилитационный Центр для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья (с тяжёлой врождённой и приобретённой патологией).

В ГУСО СРЦ функционируют два отделения: медико-социальное и психолого-педагогическое; и осуществляют бесплатную комплексную реабилитацию, включающую: медикаментозную терапию, физиотерапию, механотерапию, лечебную физкультуру, массаж, психолого-педагогическое сопровождение и социальную адаптацию ребёнка.

С марта 2005 года в Центре начато внедрение нового для Ставропольского края метода реабилитации – «иппотерапии». Иппотерапия является признанным средством реабилитирующего воздействия на больных соматическими, психическими заболеваниями, после травм. Этот метод вошел в комплекс реабилитационных средств, применяемых и в других реабилитационных центрах России.

Верховая езда при ДЦП способствует коррекции порочных установок опорно-двигательного аппарата, увеличивает подвижность в суставах, нормализует мышечный тонус, развивает манипулятивную функцию рук, улучшает деятельность сердечнососудистой, дыхательной и других систем организма, повышает адаптацию организма к физическим нагрузкам, стабилизирует эмоциональную сферу, воспитывает самостоятельность и независимость.

Необходимо также отметить, что притом, что авторитет иппотерапии неуклонно растет, и его возможности расширяются, тем не менее, применение ЛВЕ не безгранично, имеет ряд противопоказаний и должно применяться осторожно в каждом индивидуальном случае.

Надеются, что этот новый в практике метод реабилитации явится огромной движущей силой в выздоровлении детей и получит должное развитие в Ставропольском крае и России. [41, С. 34]

Таким образом, из сравнения видно, что реабилитационные центры отличаются между собой оснащенностью высокоэффективными приборами, применяемыми технологиями и методами реабилитации.

Методами социальной реабилитации являются:

1. развитие сетей специальных предприятий совместно со службами медицинского обеспечения;

2. трудоустройство на условиях сокращенного рабочего дня, недели, перерыва в работе, гибкие графики работы;

3. расширение возможностей трудовой деятельности;

4. предоставление полного объема медицинской помощи, формирование среды жизнедеятельности инвалидов и законодательное устранение причин, препятствующих их доступу к инфраструктурам;

5. создание условий для профессиональной подготовки к трудовой деятельности, создание центров восстановительного лечения на амбулаторном, стационарном и курортно-санаторном уровнях. [16; с. 370]

Социальный работник в пределах своей деятельности должен содействовать решению основных коррекционных задач, реализация которых в учебно-образовательных учреждениях для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, зачастую нарушена. К таким задачам относятся:

— определение целей, задач, содержания, принципов и методов воспитания, обучения, трудовой и социальной подготовки различных категорий детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

— разработка специальных технических средств, помогающих детям с физическими недостатками в развитии, более успешно и в разных аспектах познавать окружающую их действительность, устанавливать контакт с другими детьми и взрослыми;

— определение путей и средств профилактики возникновения нарушений развития у детей;

— нахождение путей, позволяющих улучшить, сделать более комфортно жизнь лиц, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, в социальной среде — в семье, в учебных и трудовых коллективах. [18; с.73]

В психологическом плане инвалидность ставит перед человеком множество проблем. Инвалидность — это специфическая ситуация развития и состояния личности, как правило сопровождающаяся ограничениями жизнедеятельности в самых разнообразных ее сферах.

Инвалиды с детства – наиболее слабо защищенная категория инвалидов, имеющая свою специфику, обусловленную, в зависимости от времени наступления нарушений и ограничений жизнедеятельности, отсутствием того социального опыта, который имеют инвалиды, получившие инвалидность после восемнадцати лет.

В отличие от пожилых людей с относительно ограниченными потребностями, среди которых преобладают витальные и связанные с продлением активного образа жизни, молодые инвалиды имеют потребности в получении образования и трудоустройстве, в реализации желаний в области развлекательного досуга и спорта, в создании семьи и др. [35; с. 10]

Роль социального работника состоит в том, чтобы создать особую среду.

Терапия средой занимает ведущее место в организации образа жизни инвалидов молодого возраста. Основным направлением является создание активной, действенной среды обитания, которая побуждала бы молодых инвалидов на “самодеятельность”, самообеспечение, отход от иждивенческих настроений и гиперопеки.

Для реализации идеи активизации среды можно использовать занятость трудом, любительские занятия, общественно-полезную деятельность, спортивные мероприятия, организацию содержательно-развлекательного досуга, обучение профессиям. Такой перечень мероприятий не должен осуществляться только лишь социальным работником. В связи с этим, социальному работнику необходимо владение методами и приемами работы с лицами, обслуживающими инвалидов. С учетом таких задач, социальный работник должен знать функциональные обязанности медицинского и вспомогательного персонала. Он должен уметь выявить общее, сходное в их деятельности и использовать это для создания терапевтической среды.

Для создания положительной терапевтической среды социальному работнику необходимы знания не только психолого-педагогического плана. Нередко приходится решать вопросы и юридические (гражданского права, трудового регулирования, имущественные и др.). Решение или содействие в решении этих вопросов будет способствовать социальной адаптации, нормализации взаимоотношений молодых инвалидов, а, возможно, и их социальной интеграции. [37; с. 4]

При работе с молодыми инвалидами важно выявление лидеров из контингента лиц с положительной социальной направленностью. Опосредованное влияние через них на группу способствует формированию общих целей, сплочению инвалидов в ходе деятельности, их полноценному общению.

Общение, как один из факторов социальной активности, реализуется в ходе трудовой занятости и проведения досуга. Длительное пребывание молодых инвалидов своего рода, социальном изоляторе, не способствует формированию навыков общения. Оно носит преимущественно ситуативный характер, отличается поверхностью, нестойкостью связей.

Степень социально-психологической адаптации молодых инвалидов в значительной мере определяется их отношением к своей болезни. Оно проявляется либо отрицанием болезни, либо рациональным отношением к заболеванию, либо “уходом в болезнь”. Этот последний вариант выражается в появлении отгороженности, подавленности, в постоянном самоанализе, в уходе от реальных событии и интересов. В этих случаях важна роль социального работника как психотерапевта, который использует различные методы отвлечения инвалида, от пессимистической оценки своего будущего, переключает его на обыденные интересы, ориентирует на положительную перспективу. [17; с. 10]

Роль социального работника состоит в том, чтобы с учетом возрастных интересов, личностно-характерологических особенностей организовать социально-бытовую и социально-психологическую адаптацию молодых инвалидов.

Потребности инвалидов в профессиональном обучении определяются численностью контингента выпускников-инвалидов коррекционных школ и школ общего типа, трудоспособных инвалидов, освидетельствованных вновь и переосвидетельствованных в бюро медико-социальной экспертизы, получивших направление на профобучение или переобучение.

Весьма существенной является взаимосвязь между уровнем образования и намерениями переобучения. Четко прослеживается зависимость положительного отношения к профконсультированию от уровня образования: с ростом уровня образования безработные выше оценивают важность профконсультаций. Также выявляется четкая связь уровня образования и отношения к важности трудоустройства: усиление желания трудоустроиться с повышением уровня образования.

Оказание содействия в поступлении инвалидов в учебное заведение является одной из важных функций участия социального работника в реабилитации этой категории. [18; с. 110]

Одним из основных направлений поддержки взрослеющих детей-инвалидов является профессиональная реабилитация как важнейшая составная часть государственной политики в области социальной защиты. Немаловажную роль в процессе реабилитации имеет возможность самореализации.

Важным разделом деятельности социального работника является трудоустройство инвалида, которое может быть осуществлено (в соответствии с рекомендациями врачебно-трудовой экспертизы) либо в условиях обычного производства, либо на специализированных предприятиях, либо в надомных условиях. [58; с. 8]

Одной из проблем, с которой сталкивается юноша (девушка), имеющий или имеющая группу инвалидности – это невозможность трудиться.

Профессиональная реабилитация инвалидов включает следующие мероприятия, услуги и технические средства: профориентация (профинформирование; профконсультирование; профотбор; профподбор); психологическая поддержка профессионального самоопределения; обучение (переобучение) по программам основного общего образования, среднего (полного) общего образования, начального, среднего и высшего профессионального образования; повышение квалификации; содействие трудоустройству (содействие в трудоустройстве на временные работы, на постоянное место работы, самозанятости и предпринимательству); квотирование и создание специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов; профессионально-производственная адаптация.[5; с. 74]

Социальный работник должен руководствоваться нормативными актами о трудоустройстве, о перечне профессий для инвалидов и др. и оказывать им действенную помощь.

Таким образом, профессиональная подготовка и профессиональное образование инвалидов являются важнейшими аспектами их профессиональной реабилитации.

В связи с ростом в последнее время числа детей-инвалидов, особую значимость приобретает проблема социально-психологической адаптации не только ребенка, страдающего той или иной патологией, но и семьи, в которой он воспитывается.

Социальная изоляция, в которой находится значительная часть семей, воспитывающих детей-инвалидов, усугубляет психическую травму, вызванную инвалидностью ребенка. Это нередко влечет за собой создание нездоровой эмоционально-психологической обстановки, способствует развитию неврозоподобных состояний, а в отдельных тяжелых случаях – психических заболеваний, как у детей, так и у родителей.

Рождение ребенка-инвалида деформирует семью. Трудности, которые испытывают родители больного ребенка, значительно отличаются от повседневных забот, волнующих обычную семью. Это происходит вследствие колоссальной психологической нагрузки, которую несут члены семьи, воспитывающей ребенка-инвалида. Многие родители в сложившейся ситуации оказываются беспомощными. Их положение можно охарактеризовать, как внутренний (психологический) и внешний (социальный) тупики. [51; с. 23]

Большинство родителей подвержены «сверхсамоконтролю». Проблемы, которые волнуют их в первую очередь, кроме здоровья больного ребенка, касаются, как правило, собственного самочувствия и межличностных отношений. Состояние своего здоровья все родители рассматривают как результат перенесенных переживаний из-за болезни ребенка.

Крах жизненных планов, разлад в семье, лишение любимой работы, разрыв привычных связей, ухудшение материального положения – вот далеко не полный перечень проблем, которые могут дезадаптировать инвалида, вызвать у него депрессивную реакцию и явиться фактором, осложняющим собственно весь процесс реабилитации. Роль социального работника состоит в соучастии, в проникновении в сущность психогенной ситуации инвалида и попытке устранить или хотя бы смягчить воздействие ее на психологическое состояние инвалида. Социальный работник должен, в связи с эти, обладать определенными личностными качествами и владеть основами психотерапии.

Дети-инвалиды как социальная категория людей, находятся в окружении здоровых по сравнению с ними и нуждаются также в социальной защите, помощи, поддержке. Эти виды помощи определены законодательством, соответствующими нормативными актами, инструкциями и рекомендациями.

Таким образом, в данном параграфе была описана важность реализации технологий социальной реабилитации; при сравнении реабилитационных центров разных городов было выявлено, что центры различаются между собой лишь оснащенностью высокоэффективными приборами, применяемыми технологиями и методами реабилитации; также были рассмотрены методы, применяемые в социальной реабилитации; определена роль и место социального работника в процессе реализации технологий социальной реабилитации и доказано, что участие социального работника в реабилитации детей-инвалидов носит многоаспектный характер, который предполагает не только разностороннее образование, осведомленность в законодательстве, но и наличие соответствующих личностных особенностей, позволяющих доверительно относиться к этой категории работников.

Глава II. Опытно – экспериментальное исследование по проблеме социальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями

2.1 Опыт деятельности центров реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности на примере РЦ «Подсолнух»

Областной реабилитационный Центр для детей и подростков с ограниченными возможностями « Подсолнух» в системе Департамента социальной защиты населения Ульяновской области начал работать с июля 2001 года. Целью деятельности учреждения является оказание социально-правовой, психолого-педагогической, медико-социальной помощи семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями (преимущественно неврологического профиля). В силу тяжести заболеваний они не могут посещать массовые школы и детские сады. Это дети со сложными комплексными нарушениями (ДЦП, генетические нарушения и умственная отсталость), они освидетельствованы как «необучаемые» или, в лучшем случае, находятся на специальном / индивидуальном обучении. В центре «Подсолнух» реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья организуется через включение этих детей в игровую, трудовую и социокультурную деятельность здоровых сверстников (в интегрированных группах). С детьми работают 29 специалистов, 40% из них имеют первую и высшую квалификационные категории.

Реабилитационный Центр «Подсолнух» осуществляет комплексную (социальную, медицинскую, психолого-педагогическую) реабилитацию детей, имеющих отклонения в физическом или умственном развитии, и членов их семей. Центр предоставляет услуги детям и подросткам инвалидам от 0 до 23 лет, имеющих заболевания ЦНС, со сложной структурой дефекта с выраженной умственной отсталостью (олигофрения, эпилепсия, гидроцефалия, ДЦП и т.д.), хромосомные нарушения (синдром Дауна, синдром Ретта, миопатия Дюшена, и т.д.), психические расстройства в стадии ремиссии (шизофрения, аутизм и т.д.), речевые и соматические расстройства. Большинство детей, обслуживаемых в Центре – инвалиды детства, которые являются «неорганизованными», т.е. не посещающими учреждения образования.

Центр работает в режиме дневного стационара с круглогодичным обслуживанием детей и членов их семей, проживающих в городе Ульяновске и в районах области.

Центр обслуживает: ежедневно в среднем - 55 человек; в течение года - до 3 тыс. человек (физических лиц). За год специалистами Центра оказывается более 30 тыс. социально-экономических, социально-правовых, медицинских, психолого-педагогических услуг.

Структура Центра:

- отделение социально-медицинской реабилитации:

Комплекс восстановительного лечения включает в себя: функциональную диагностику, комплексный и сегментарный массаж, физиотерапевтические процедуры, лечебную физкультуру, ЛФК с использованием лечебно-нагрузочных устройств «Гравистат» и «Адель», механотерапию, медикаментозное лечение.

- отделение психолого-педагогической реабилитации:

Социальная и психолого-педагогическая реабилитация осуществляется через включение детей в игровую, трудовую и социокультурную деятельность здоровых сверстников по 4 основным направлениям (программам):

* «Раннее вмешательство» (для детей с ДЦП от 2 до 5 лет).
* «Развитие предпосылок учебной деятельности у детей с ОВ» (для детей с умственной отсталостью и ДЦП от 6 до 13 лет).
* «Трудовая реабилитация и профориентация подростков с ОВ» (в трудовых мастерских и творческих кружках на базе Центра и профориентационные бригады в музеях, библиотеках, театрах).
* «Социокультурная реабилитация» (через театральную, клубную деятельность, а также в виде участия в социально значимых областных, городских и районных мероприятиях).
* Для подростков-инвалидов старше 18 лет по субботам организован клуб общения «Берег». Разрабатываются проекты по включению подростков и молодых инвалидов в социальную инфраструктуру (учреждения культуры, дополнительного образования, спорта).
* Для детей-колясочников в Центре организован «Детский маршрут» - 1 раз в неделю автомобиль Центра привозит их для участия в реабилитационных и социокультурных мероприятиях.

-отделение нестационарных форм реабилитации (в сельских районах области):

Для семей, проживающих в районах области, работа организуется по следующим направлениям:

* Для специалистов и семей - образовательные семинары на базе районных комитетов социальной защиты (в год проводится около 25 семинаров).
* Для детей – диагностика реабилитационного потенциала, разработка реабилитационных программ и консультации специалистов Центра (около 20 семей).
* Для семьи - краткосрочные, интенсивные реабилитационные курсы на базе Центра (43 семьи).
* В летний период учреждение организует лагеря дневного пребывания для детей-инвалидов в поселениях области (в 2009г. охвачено 260 детей с ограниченными возможностями). (см. Приложение 1)

Рост числа детей в 2007г. обусловлен открытием новых семейных клубов в районах области и интенсивной работой учреждения по организации выездных обучающих семинаров для родителей и специалистов.

В целом план по обслуживанию выполняется учреждением на 125%. При мощности учреждения 55 человек, в день в среднем по году обслуживается 60 человек.

Воспитание в семье ребенка-инвалида – это очень важная и ответственная задача, поставленная перед родителями, так как семья ребенка - это именно та среда, которая должна создать благоприятные условия для его развития и роста. Но справиться самостоятельно с данной ситуацией, к сожалению, под силу не каждой семье. Ведь рождение ребенка с отклонениями в развитии – большое потрясение для родителей. В данной ситуации требуется определенный период адаптации. Круг проблем семей, воспитывающих детей-инвалидов, довольно обширен – проблемы психологической помощи, воспитания и обучения, экономические проблемы, низкий уровень юридической грамотности, зачастую – отсутствие специальной медицинской помощи. Именно здесь и должны задействовать свои силы, свой потенциал специалисты специальных учреждений, так как без их квалификационной помощи, без тех средств, какими обладают реабилитационные учреждения, при отсутствии оптимального для ребенка режима сопровождения, родители довольно долго преодолевают все стадии совладения с проблемной ситуацией. [38; с. 98]

Реабилитационный Центр – именно то государственное учреждение, которое призвано решать комплексные задачи, связанные с социальной реабилитацией детей-инвалидов и семей, их воспитывающих.

Семьи детей-инвалидов имеют в чем-то сходные затруднения. Найти ответы на вопросы, возникающие у родителей, под силу лишь команде, в которую входит вся семья, социальные работники, медики и педагоги реабилитационных центров, образовательных и других учреждений. Наличие комплексной программы по реабилитации семей, воспитывающих детей-инвалидов, перспективных и текущих планов работы специалистов позволяют решать эти проблемы.

На сегодняшний день на учете в Центре состоят 1322 детей-инвалидов. Динамика оказываемых услуг отражена в диаграммах. (см. Приложение 2,3)

Но, к сожалению, возможности патронажа уступают по своей значимости комплексу работы с семьями в условиях самого Центра, так как перенести весь комплекс услуг Центра, созданный для гармонизации и последовательности комплексной реабилитации детей и семей, в одну взятую семью невозможно. Поэтому Центр старается расширить свои возможности по работе с семьями детей-инвалидов с применением новейших реабилитационных технологий непосредственно в Центре.

Специалист, работающий с семьей, должен иметь полные сведения о семе, в которой воспитывается ребенок-инвалид. Аналитические данные, полученные в результате работы с каждой семьей за последние 3 года, позволили разделить условно их по социальному статусу на 2 группы:

1 группа. Неполные семьи – 68 (25,66% от общего количества семей).

2 группа. Полные семьи – 190 семей (71,69%), в том числе многодетные – 7 (2,64%), малообеспеченные семьи – 149 (56,22%)

Эти данные говорят о высоком проценте неполных и малообеспеченных семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями и нуждающихся в социальной поддержке. Зачастую распаду семьи способствуют возникновение проблем межличностных отношений, конфликты по поводу воспитания ребенка, разделения обязанностей по уходу за ним. И если даже в семье живут оба родителя, избежать семейных конфликтов бывает сложно. Неблагоприятный психологический статус родителей приводит к тому, что они не могут адекватно оценить возможности ребенка, неправильно его воспитывают. В этом случае подключение к данной проблеме социального работника, социального педагога, психолога необходимо. Реабилитационный центр строит свою работу так, чтобы изменить выше обозначенные стереотипы в семейных проблемах.

С этой целью в план работы включаются индивидуальные консультации для родителей и несовершеннолетних детей. (см. Приложение 5) Индивидуальную работу с родителями проводят на занятиях лечебной гимнастики (каждый родитель должен овладеть комплексом занятий лечебной гимнастики для своих детей), на сеансах массажа, на встречах с логопедами, психологами, на музыкальных занятиях и на занятиях по коррекционному труду, в беседах с социальными педагогами, где вместе со своими детьми родители шаг за шагом продвигаются к положительным результатам.

Для семей имеющих детей-инвалидов, организована работа по социально правовой поддержке.

За 3 года проведено 4000 консультаций по решению медицинских проблем, по вопросам лекарственного обеспечения, прав и льгот, обучения, жилищных проблем, трудоустройству. Данная работа с законными представителями детей, как правило, проводится в период прохождения детьми курса реабилитации. Подавляющее большинство обратившихся за консультацией составляли матери детей с ограниченными возможностями – 92%. Остальные 8% составляли: отцы (1,5%), бабушки (4,3%), опекуны (2,2%). Из общего числа проконсультированных детей-инвалидов 26% растут в неполных семьях. Знание и умение применять нормы права поможет лицам с ограниченными возможностями стать полноценными членами общества. Поэтому крайне важно осуществлять правовое просвещение детей-инвалидов и их законных представителей в учреждениях социального обеспечения.

Сотрудники Центра, строят свою реабилитационную работу с семьей, стремятся, чтобы все члены семьи поняли, что предрассудки в отношении физической неполноценности – результат недостаточной информированности, а некорректного отношения к конкретному ребенку. Кроме того, специалисты Центра помогают родителям определить приоритеты – важней ли для них избежать предупрежденности окружающих или важней их собственная свобода удовлетворять свою потребность в социальных контактах, появляясь с ребенком в общественных местах. [59; с. 37]

Последняя задача является наиболее трудной, так как отдельные семьи скрывают ребенка от окружающих, дабы сохранить свой престиж в глазах знакомых.

Важной составляющей социальной реабилитации ребенка-инвалида и его семьи является социокультурная деятельность. (см. Приложение 6)

Без социокультурной деятельности как системы реабилитационных мероприятий не может быть раскрыт внутренний потенциал ребенка и его

семьи, его креативные способности, коммуникабельность. Включение матери в социокультурную деятельность (участие в экскурсиях, культурно-досуговых мероприятиях) является способом профилактики депрессивных состояний и уменьшает период негативных переживаний с последующей оптимизацией реабилитационного процесса.

Большое внимание в Центре уделяется роли досуговых мероприятий, на которые приглашаются семьи. Для многих родителей очень важны встречи с другими семьями, у которых такие же проблемы, одинаковые заболевания или травмы детей. Объединяясь в группы взаимоподдержки, они помогают друг другу преодолевать жизненные трудности. Так, в 2009 г. Было организованно 11 выставок и 9 экскурсий, 16 праздничных мероприятий.

Таким образом, в условия Реабилитационного центра, проводящего комплексную реабилитацию детей с ограниченными возможностями, происходит наиболее полная социальная реабилитация семей, воспитывающих «нетипичных детей». (см. Приложение 7)

В настоящее время в реабилитационной практике используются как традиционные, так и инновационные технологии. Принципиальной чертой современных медицинских технологий является их социальная ориентированность, наличие педагогического компонента (предусматривающего обучение родителя базовым навыкам медико-социальной реабилитации), критериальная оценка эффективности. [45; с. 38]

Обратимся к немедикаметозным методам реабилитации детей с церебральным параличом.

ДЦП во всех странах мира занимает одно из ведущих мест в структуре хронических болезней детей и имеет тенденцию к увеличению его распространенности (до 9 на 1000 человек). Тяжесть клинических проявлений приводит к ранней инвалидизации больных.

Задачей медико-социальной реабилитации детей является достижение такого результата, при котором ребенок - инвалид оказывается способен к выполнению социальных функций, свойственных здоровым детям. Дети- инвалиды нуждаются в тщательном и систематическом обучении этим навыкам. Для этого в реабилитационном центре создана программа комплексной реабилитации, включающая лечебные мероприятия – ЛФК с элементами кондуктивной педагогики, метод вертикализации – занятия на тренажере Гросса, все виды массажа, тепловые процедуры, методы аппаратной физиотерапии, динамическую проприоцептивную коррекцию с помощью лечебно – нагрузочных костюмов «Гравистат».

Устройство «Гравистат» воздействует на тонические рефлексы, которые лежат в основе формирования патологических мышечных взаимодействий (синергий) у больных и обуславливают преодолений действия силы тяжести дефектным путем. «Гравистат» позволяет производить функциональную коррекцию позы больного максимально эффективно. Устройство представляет собой систему эластичных тяг, закрепленных в противовес по передней и задней поверхности тела. Тяги задают строго дозированную компрессионную нагрузку вдоль тела, что обеспечивает воздействие на мышцы – антагонисты туловища и ног, а так же эластичные тяги корректируют положение тела пациента. Создается мощный информационный поток от рецептов мышц, суставов, связок, направляемых в ЦНС, где формируются следовые образы движений, таким образом, при активных движениях пациента происходит закрепления правильной позы и правильного акта движения на уровне ЦНС, а так же улучшаются познавательные функции мозга, речь.

В центре разработали вариант проведения индивидуального занятия ДПК в ЛНУ « Гравистат» в игровой форме для детей со спастической формой ДЦП в форме нижнего спастического паропареза. Поведения ДЦП в игровой форме способствуют позитивному, эмоциональному восприятию занятий и положительному эффекту.

В реабилитационной карте фиксируются начальные параметры нейроортопедических тестов. Исходя из физических параметров (рост, вес) ребенка рассчитывается требуемая нагрузка. Начальная нагрузка составляет 20% от веса ребенка и регулируется степенью натягивания тяг.

Продолжительность занятий по времени нарастает постепенно, начиная с 30 минут.

В течение 2 – 3-х дней продолжительность занятия увеличивается до 1 часа.

На протяжении всех этапов динамической проприокоррекции, рядом с ребенком, присутствует мама, которая под контролем инструктора помогает ребенку в правильном выполнении тех или иных упражнений, поддерживает ребенка эмоционально, а также осваивает тот комплекс упраражнений, секреты правильной лечебной укладки, которые необходимо ежедневно выполнять в домашних условиях для закрепления полученного результата. [59; с. 61]

Теперь обратимся к другим технологиям – социокультурным, разработанным на стыке разных областей занятия, использующим методы культурной деятельности, педагогики, реабилитологии.

Целью социальной реабилитации является восстановление социального статуса личности, обеспечение социальной адаптации в обществе, достижение материальной независимости.

Особое место в организации социальной реабилитации занимает театральная деятельность.

Поиск новых способов реабилитации детей-инвалидов привел к идее использовать театральную деятельность как щадящую форму коррекции личностного развития и социального поведения детей с ОВ. Поэтому созданная театральная группа была с самого начала интегрированной. В нее вошли не только дети с ОВ и учащиеся общеобразовательных школ (как волонтеры), но и родители детей с ОВ.

Впоследствии с приходом руководителя – профессионала (актрисы кукольного театра Модиной В.Г.) в центре стал работать театр «Ковчег». Работа специалиста, организующая деятельность театра в реабилитационных учреждениях, имеет свою специфику: во-первых, необходимо время на принятие детей с их особенностями, во-вторых, необходимо соотнесение творческой и реабилитационной задачи.

Для того чтобы анализировать результаты выбранного метода реабилитации, были разработаны диагностические карты. Фиксируются изменения в когнетивных процессах, эмоционально-волевых и коммуникативных сферах. Кроме того обращается особое внимание на формирование специфических театральных навыков. Например, в постановке кукольного спектакля важно научить детей приемам кукловождения; при подготовке Новогоднего бала – развивать чувство ритма и пластику.

Кроме общих реабилитационных задач, обязательно ставятся персональные, в соответствии с проблемами ребенка. Например, снижение чувства тревожности, развитие спонтанности, и, конечно, как говорят театралы, ощущение «публичного одиночества» (формирование навыка выступления на публике).

Родители вначале преимущественно занимали пассивную позицию, в настоящее время они не только шьют костюмы, изготавливают реквизиты, но участвуют в спектаклях как актеры. А больше всего радует возросшая инициативность родителей. Они ставят свои небольшие спектакли, сценки, выступая на различных праздниках.

Опытом центр «Подсолнух» делится и с родителями, воспитывающими детей с ОВ, проживающими в районах области. Проводятся выездные семинары, выпускаются методические пособия по разным направлениям комплексной реабилитации. Например, в сборнике «Ваш домашний театр» подробно рассказывается о том, как организовать театральную деятельность с детьми-инвалидами в домашних условиях.

Можно говорить о постоянном развитии театральной деятельности в «Подсолнухе». В этом театре ставятся спектакли разных жанров: кукольные спектакли, музыкально-литературные композиции, инсценировки. Пробуют себя в эстрадном ревю. В перспективе – создание младшей группы театра детей с ДЦП (ноу-хау – использование не вертикального, а горизонтального положения куклы на палочке). [59; c. 67]

Обратимся к проектной деятельности, где особое место занимает садовая терапия.

Программа «Садовая терапия» (или гарденотерапия), разработанная специалистами центра, предназначена для реабилитации и социальной адаптации детей и подростков с умственной отсталостью, детским церебральным параличом (ДЦП) и их родителей. Программа включает систему теоретических и практических занятий на базе центра и подразумевает реализацию некоторых направлений работы в свободное от занятий время. Предполагается обучение детей и подростков и их родителей навыкам работы с почвой и почвосмесями, посадки растений в грунт и под пленку, полива и подкормки растений в различные сезоны года; выращиванию горшочных растений; созданию клумб; букетов из живых и сухих растений.

Для нашей страны термин гарденотерапия достаточно новый, но на неосознанном уровне наши прабабушки и бабушки применяли эту форму работы за несколько лет до внедрения наукоемкого понятия.

Общения с растениями и элементарные трудовые навыки улучшают настроение ребенка, способствует раскрытию собственных эмоций, позволяют проявлять заботу о другом человеке.

Дети и родители Центра 2-3 раза в неделю посещают занятия по садовой терапии и, когда зацвели посаженные своими руками цветы видно, как радуются дети и их мамы, бабушки. Видно, как ребенок сам прикладывает усилия, чтобы разжать руку, захватить совок, насыпать земли в горшок, пытается заговорить.

Садовая терапия позитивно меняет взгляды родителей, озабоченных уходом и лечением детей и является одним из старейших видов активной терапии.[45; c. 79]

Теперь рассмотрим практику социального сопровождения.

С момента рождения в семье ребенка-инвалида, необходимо как можно быстрее определить маршрут его социального сопровождения различными структурами: медицинскими, образовательными учреждениями, реабилитационными центрами и общественными организациями. Ребенок растет, учится, посещает, по мере возможности, различные учреждения: спортивные, образовательные (Детские дома творчества) и т.д. Но когда ему исполняется 18 лет, он становится взрослым (т.е. уже не подлежит реабилитации в специализированном учреждении). Перед семьей встает вопрос дальнейшего жизнеустройства молодого инвалида. Где можно применить знания и навыки, полученные в школе, творческие способности в различных видах деятельности, которые он развил, занимаясь в кружках (шитье, бисероплетение, деревообработка)? А перед специалистами возникает проблема, в какой форме это сделать

Как показала практика, основной формой жизнеустройства данной категории молодых людей является привлечение их к посильной помощи различных учреждений. Эту идею поддержали учреждения культуры – музеи (в частности, Областной краеведческий музей, Музей архитектуры и градостроительства). Они могут дать возможность молодым инвалидам участвовать в социально-полезной деятельности, что существенно меняет качество их жизни и изменяет социальный статус. Новую форму сотрудничества с музеями осваивали в несколько этапов:

1 этап – дети 6 – 9 лет участвуют в праздниках, проводимых на площадке музеев («Закличка птиц», «Масленица»).

2 этап – дети постарше (10 – 13 лет) посещают передвижные выставки, как на базе музеев, так и на базе Центра; участвуют в работе совместных творческих площадок: «Изготовим макет» (Музей архитектуры и градостроительства Симбирска – Ульяновска), «Композиции из аппликации» (Областной краеведческий музей им. И.А. Гончарова) и т.д.

3 этап – подростки (14 -18 лет) готовят экспозиции, учатся проводить экскурсии и т.п.

Музеи стали надежными партнерами в социальных проектах, в летней оздоровительной программе; они активно участвуют в Областных фестивалях, проводимых для детей - инвалидов и их семей из районов области.

Результат реализации первых этапов виден в следующем: молодые

инвалиды включаются в программу профориентации и трудовой реабилитации на базе музеев, где им предлагаются различные виды деятельности, в соответствии с их возможностями:

- они клеят конверты для музейного архива;

- обретают навыки помощника – экскурсовода и смотрителя зала;

- являются авторами персональных выставок и т.д.

Интересным вариантом работы с молодыми инвалидами является стимулирование личностного компонента развития посредством метода оживления картин. [29; c. 47]

В 2002 году на базе центра по просьбам родителей, дети которых не были включены в программы комплексной реабилитации Центра, был создан клуб «Берег», реализующий следующие задачи:

- расширение реабилитационного и социального пространства детей и родителей;

- обеспечение адаптивной среды для молодых инвалидов, закончивших (по закону) реабилитационный цикл, но не имеющих перспективы дальнейшего жизнеустройства;

- повышение родительской компетентности в вопросах воспитания и развития детей с ограниченными возможностями;

- создание условий для формирования самостоятельной и активной жизненной позиции, как родителя, так и ребенка;

- усиление реабилитационного потенциала у детей с ограниченными возможностями;

- привлечение специалистов других учреждений и организаций к сотрудничеству.

Работает этот клуб по субботам, детей и родителей консультируют специалисты Центра, основной акцент был сделан на социокультурную деятельность. Через некоторое время поняли, что детям нужна не только культурно-досуговая программа (кружки, праздники внутри Центра), но и программы, развивающие навыки эффективного социального поведения во

внешней среде.

В процессе работы клуба специалисты осознали необходимость развития таких форм организации процесса реабилитации детей-инвалидов, как нестационарные. В этом случае социальное обслуживание:

- приближено к месту проживания семьи, воспитывающего ребенка-инвалида,

- осуществляется вне специализированных (больницы, санатории, приюты и т.д.) учреждений,

- предполагает межведомственное взаимодействие,

- требует обязательного участия родителей. [32; c. 21]

Нестационарные формы предоставляют реабилитационные услуги детям-инвалидам и их семьям, помогают развивать творческие способности детей с ограниченными возможностями, готовить их к обучению и посильному труду, формировать социальные навыки.

Некоторые семьи самостоятельно (или через УДСЗН) записывались в Центр на консультации к специалистам, на комплексную реабилитацию. Был выделен для работы с семьями специальный день (пятница). В этот день специалисты проводят диагностику, набрана группа детей с синдромом Дауна (из 4 районов области) на комплексную программу реабилитации.

Создание семейных клубов и других нестационарных форм реабилитации позволяет не только стимулировать активность родителей в развитии детей с нарушениями, но и готовит почву для открытия новых реабилитационных центров.

Интегрированные детские творческие и трудовые группы, молодежные акции, волонтерское движение, систематическая работа со СМИ дали новый импульс воспитания толерантности в молодежной среде, влияние на общественное мнение по отношению к детям – инвалидам в сторону принятия их как равных, создания условий для творческой реализации одаренных детей-инвалидов, проживающих в сельских районах.

В целом проект НФР ориентирован на поддержку семейных, а не интернатных форм жизнеустройства детей с нарушением развития, создание механизмов интеграции детей со сложными комплексными нарушениями в общество. [49; c. 38]

В данном параграфе изучили деятельность реабилитационного центра «Подсолнух», в результате этого можно заключить, что система социальной реабилитации этого центра находится на высоком уровне. Рассмотрели применяемые в центре медикаментозные, социокультурные, садовую терапии, которые играют значительную роль в социальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности. Ознакомились с работой клуба «Берег», который способствует развитию навыков эффективного социального поведения во внешней среде; изучили нестационарные формы реабилитации, которые необходимы в развитии процесса реабилитации детей и подростков с инвалидностью.

2.2 Исследование «Профессиональная ориентация детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности»

Одним из видов социальной реабилитации является профессиональная реабилитация – комплекс мер направленных на восстановление трудоспособности (профотбор, профподбор). Профессиональная ориентация является направлением профессиональной реабилитации, которая способствует выявлению профессиональных интересов и помогает наметить цели на последующую трудовую деятельность.

Исследование посвящено профессиональной ориентации детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности.

Целевая направленность практического исследования включает: выявление требований, условий организации специальной системы мероприятий, способствующих профессиональной ориентации детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности, а так же активизацию внутреннего потенциала детей и подростков с ограниченными возможностями; также способствует продуманному профессиональному выбору, приобщает к активной социально-бытовой и общественной жизнедеятельности в соответствии с интересами, способностями и возможностями детей и подростков с инвалидностью.

Таким образом, в рамках нашего исследования мы постарались:

1. Определить профессиональную направленность участников профориентационных занятий;

2. Сформировать общепрофессиональные знания, умения, навыки;

3. Предоставить практическую возможность реализовать полученные навыки в процессе занятий;

4. Предоставить информацию по вопросам необходимых личностных качеств, индивидуальной профессиональной направленности, разнообразия «подходящих» профессий, по мотивам выбора профессии.

5. Научить детей и подростков с ограниченными возможностями ставить перед собой цели, достигать их;

6. Обучить участников профориентационных занятий самопрезентации, осознанию законов взаимодействия между людьми, обусловленных особенностями самосознания;

7. Развитие навыков самопредставления, уверенности, ассертивности;

8. Предоставление медицинских рекомендаций с целью недопущения прогрессирующего развития основного и сопутствующего заболевания.

Исследование включало 8 занятий, рассчитанных на 12 часов, продолжительность каждого занятия – полтора часа. Основная форма работы – групповые занятия (см. Приложение 8), в среднем 12 человек в группе. В исследовании приняли участие три группы детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности в количестве 36 человек в возрасте от 12 до 22 лет и специалисты-эксперты РЦ «Подсолнух» в количестве 15 человек – психологи, педагоги, социальные работники, медицинские работники.

Данное исследование носит обучающий характер, так как в процессе ее реализации участники получили необходимые знания о постановке целей на будущее, о модели достижения целей, самопрезентации, научились самопредставлению на собеседовании, узнали о наличии собственных способностей, склонностей, интересов, измерили свои жизненные навыки, а также изучили стратегию преодоления проблем. Необходимо учитывать тот факт, что дети и подростки с ограниченными возможностями зачастую бывают изолированы от общества, большинство из них испытывают трудности при получении общего среднего образования и продолжают его дома при индивидуальном обучении. И, наконец, получив его, пытаются поступить «куда-нибудь» или сразу трудоустроиться, но, столкнувшись с реальными трудностями жизни, быстро сдаются, теряют уверенность в себе, и, озлобившись на людей, на себя и на весь мир, запирают себя дома, возможно – навсегда. Но среди детей и подростков с ограниченными возможностями встречаются молодые люди с достаточно сильным жизненным потенциалом, которые стремительно и напористо идут к своей цели. В таких случаях огромная заслуга принадлежит родителям, которые не бросают своих детей, а находят в себе силы бороться с возникающими трудными жизненными ситуациями и учат их самостоятельности и оптимистической целеустремленности. [21; c. 83]

Важно, чтобы дети и подростки с ограниченными возможностями осознали, что в этой жизни они предоставлены самим себе, и нужно показать, что они могут и обязательно должны стать материально независимыми и самостоятельными людьми. Данное исследование дало знания по определению жизненных проблем, помогло выявить свои профессиональные интересы, наметить цели в жизни и показало средства достижения их. Исследование «Профессиональная ориентация детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности» имеет психолого-педагогическую направленность, и выполняют функции социальной поддержки в процессе проведения профориентационной работы.

В основе организации профориентационной работы с детьми и подростками с ограниченными возможностями лежат различные модели и подходы, важное место здесь занимает личностно-ориентированный подход. Он включает в себя признание личности как неповторимой индивидуальности, с ее интеллектуальной и нравственной свободой, правом на уважение.

Разбудить интерес, выработать устойчивую потребность в знаниях, в творческом осмысление – основная цель. Там, где наблюдается стремление к достижению этой цели, пробуждается активный интерес к деятельности и познанию своих возможностей. [5; c. 89]

Структура групповой работы:

1. Планирование деятельности группы.

2. Подготовка к занятиям. Материалы.

3. Введение. Объяснение того, в каком порядке будет работать группа.

4. Подготовка группы. Снятие внутренних барьеров, фаза эмоционального сплочения группы.

5. Практическая работа. Основной этап.

6. Заключительный этап.

7. Анализ и оценка.

Оценка результатов работы по исследованию: перед началом курса и по окончанию проводится диагностика с использованием анкеты «Профессиональное самоопределение и социальная направленность» детей и подростков с ограниченными возможностями, теста Дж. Голланда по определению типа личности, теста «Самооценка уверенности в себе».

Результаты проведения реабилитационного исследования «Профессиональная ориентация детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности».

Оценка результатов включает в себя:

1. сравнительный анализ результатов первичной (исходной) и заключительной (итоговой) диагностики, проведенной с использованием анкеты «Профессиональное самоопределение и социальная направленность» (см. Приложение 9);

2. сравнительный анализ результатов первичной и заключительной диагностики, проведенной с использованием теста Райдаса «Самооценка уверенности в себе» (см. Приложение 10);

3. качественный и количественный анализ данных, полученных посредством теста Дж. Голланда по определению типа личности (см. Приложение 11);

4. анализ данных полученных в результате наблюдения, интервью со специалистами-экспертами РЦ «Подсолнух», беседы по ходу работы с участниками исследования.

1. Участникам исследования – детям и подросткам с ограниченными возможностями жизнедеятельности – предлагалось ответить на вопросы анкеты «Профессиональное самоопределение и социальная направленность» до и после проведения занятий.

Анкета «Профессиональное самоопределение и социальная направленность» включает в себя несколько основных блоков, направленных на профессиональную ориентацию: профессиональные намерения, интересы, склонности, способности, личные качества, готовность к выбору профессионального пути.

При проведении первичной диагностики участники старались избегать прямых вопросов, касающихся профессиональных намерений или с трудом отвечали на них. О содержании, требованиях к избираемой профессии практически ничего не знали. Ответы ребят на вопросы следующих блоков анкеты «профессиональные интересы, склонности, способности» были очень скудными, содержали в себе отрицательную информацию: «Ничего не умею», «Никем не вижу себя в будущем». Что касается целей на будущее, то здесь присутствуют более оптимистические нотки. Жизненные цели, которые назвали ребята: получение профессионального образования, жить самостоятельно, завести свою семью, найти больше друзей.

Результаты заключительной диагностики представлены следующим образом. Участники программы смело отвечали на все вопросы анкеты, с удовольствием, более подробно. Практически все вспомнили свои любимые предметы в школе: «труды, музыка, математика, русский язык, литература, информатика». В качестве профессиональных намерений ребята обозначали: «поступить в колледж, университет, получить образование, работать». Многие определились со своими профессиональными интересами и вполне ясно могут представить себя в будущем: «бухгалтером, программистом, воспитателем в детском саду, хореографом, автомехаником». К способам для развития интересов, связанных с выбором профессии, ребята отнесли: чтение специальной литературы, беседу со специалистом, занятие гимнастикой. Были выявлены некоторые профессиональные склонности участников программы: «склонность к математике, любовь к маленьким детям, способность к работе на компьютере, желание учить танцам». По мнению ребят, личные качества, которые преобладают у них, являются положительными. К наиболее ярко выраженным личным качествам, необходимым для выбранного профессионального пути, они относят ответственность, целеустремленность, трудолюбие, терпение.

На вопрос о развитии личных качеств, необходимых для успешного освоения выбранной профессии, ребята называли уверенность в себе, общительность, целеустремленность, терпимость. Своими отрицательными личными качествами, с которыми нужно бороться ребята называли: лень, невнимательность.

На блок вопросов «Готовность к выбору профессионального пути»

участники исследования отвечали следующим образом. Успехи в учебной деятельности считают средними, учителя и бывшие одноклассники негативно относились к опрашиваемым, к их физическим недостаткам, к психологическим комплексам и к неудачам в учебе. После успешного прохождения курса профориентационных занятий участники считают, что смогут осуществить свои профессиональные намерения. И в случае не осуществления своих основных профессиональных планов предусматривают запасные пути: трудоустройство на легкий труд, поступление на заочное отделение по выбранным специальностям, прохождение курсов. Самое главное, в результатах заключительной диагностики, что участники исследования поняли всю важность того, что именно на данном этапе необходимо получить профессиональное образование. Они готовы справиться со всеми комплексами, скопившимися годами, пессимистичным настроем на будущее, трудностями, возникающими на профессиональном пути.

2. Для успешного прохождения процесса профессиональной ориентации необходимо зафиксировать данные, отражающие то, насколько каждый из участников исследования оценивает себя как личность. Для этого был проведен тест Райдаса «Самооценка уверенности в себе» детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности до и после проведения занятий.

При первичном проведении данного теста результаты были следующие.

У 57% участников исследования самый низкий показатель самооценки.

Это говорит о неуверенности в своих силах, как в учебе, так и в труде. Часто оценка достижений может быть и заниженной, отсюда занижен уровень притязаний в планировании дальнейшей профессиональной деятельности. 39% участников исследования имеют результат, свидетельствующий о проявлении потребности в обсуждении своих действий с друзьями, родителями. В ситуации выбора во избежание неудач данная категория детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности выбирает задачи средней трудности. Всего 4% - это участники, чьи показатели отражают высокую степень уверенности. Это позволяет предположить, что в сложных ситуациях они способны быть решительными, самостоятельными при принятии решения.

По результатам заключительной диагностики видно, что показатели самокритичности изменились в положительном направлении. Теперь только 30% участников имеют низкий показатель самооценки, 61% - средний и уже 9% - высокий. (см. Приложение 12) Это говорит о том, что у участников исследования появилась, а у некоторых, укрепилась уверенность в себе, они научились планировать свою деятельность, у ребят появился положительный настрой на будущее, они не боятся и не стесняются обсуждать свои дела и мечты с родителями. В основном у ребят настроение было более приподнятым, оптимистичным.

3. Для оценки профессионального личностного типа использовался тест Джона Голланда. Он, как представитель концепции индивидуальности, разработал методику для определения социальной направленности личности. Он выделял шесть типов. Данный тест провели после прохождения участниками курса профориентационных занятий, так как у них стало более четким видение своего профессионального пути и им легче выбрать в каждой паре специальностей одну наиболее близкую.

57% из общего числа участников исследования принадлежат к социальному типу личности. Им присущи социальные умения, они нуждаются в контактах. Черты их характера: стремление учить и воспитывать, психологический настрой на человека, гуманность, не смотря на то, что многие участники данного типа принадлежат к мужскому полу. Представители данного типа стараются держаться в стороне от интеллектуальных проблем; активны, но часто зависимы от мнения группы людей. Проблемы решают, опираясь на эмоции, чувства, умение общаться.

23% из общего числа участников являются конвенциальными личностями. Они предпочитают четко структурированную деятельность. Характер стереотипный, конкретный, практический. Не проявляют критичность, оригинальность, консервативны, зависимы, не любят смену деятельности. Слабо развиты организаторские способности.

13% относят к реалистическому стилю. Они характеризуются на социальность, ориентированы на настоящее, эмоционально стабильны, занимающиеся конкретными объектами (вещами, инструментами, машинами), отдают предпочтение занятиям, требующим моторной ловкости, конкретности. Развиты математические, невербальные способности.

7% участников относятся к предприимчивому типу. Они выбирают цели, которые позволяют проявить энергию, энтузиазм, импульсивность, любят приключения. Представители данного типа доминанты, любят признание, любят руководить. Им не нравится практический труд, а так же занятия, требующие интеллектуальных усилий, усидчивости, они агрессивны и предприимчивы, обладают хорошими вербальными способностями.

И по 1% относятся к интеллектуальному и артистическому типу личности. (см. Приложение 13)

Участникам исследования было очень интересно узнать, к какому типу они относятся, и соотнести результаты теста с их профессиональными намерениями. Им было приятно осознавать, что типы их личности совпадают с их профессиональными интересами, склонностями, способностями.

4. В начале реализации данного исследования со стороны участников чувствовалось напряжение, недоверие, и было видно, что особого желания приходить на занятия не было. На первом занятии многие сидели в закрытых позах, погруженные в свой мир, не принимающие активного участия в беседе, общих разговорах. Но при располагающей обстановке (стулья по кругу), после проведения ряда упражнений на раскрепощение и положительный эмоциональный настрой у участников появилось желание общаться дальше, познавательный интерес, открытая улыбка на лице.

После каждого занятия проводились интервью со специалистом-экспертом РЦ «Подсолнух», присутствующим на занятии. (см. Приложение 14)

Все специалисты отмечали, что занятия проходили интересно, познавательно и подобные занятия нужно проводить чаще.

Специалисты, присутствующие на первых занятиях замечали, что участники приходили с нежеланием, были пассивны, на задаваемые вопросы, отвечали скудно, с нежеланием выполняли предлагаемые упражнения. Специалистам несколько раз приходилось успокаивать группу.

Специалисты, которые присутствовали на последующих занятиях, отмечали, что участники группы активные, у них появился большой интерес к занятиям, с удовольствием выполняют все упражнения, о занятиях отзываются только положительно, с любопытством ждут следующего занятия и с удовольствие участвуют в беседах.

Также все специалисты отмечали, что у участников как на первых занятиях, так и на последующих поднималось настроение, после занятий становились более энергичными, жизнерадостными.

Специалисты говорили, что занятия были очень познавательными для этой категории участников и о многом ребята узнали впервые.

Специалисты советовали, больше внимания уделять замкнутым, стеснительным участникам, заставлять их что-то делать, чтобы в дальнейшем они сами стали проявлять активность, чтобы почувствовали себя более уверенно.

Таким образом, специалистами центра высоко оценена важность проводимых занятий для участников.

В ходе бесед по профессиональной ориентации ребята открыто говорили

о своих проблемах, о том, что родители им практически не помогают, и даже сами внушают, что инвалиды никому не нужны и что они ничего не смогут и не добьются в этой жизни. Положительно, что у ребят появилась надежда на то, что в будущем они станут самостоятельными людьми, ведь у них есть свои, хоть и пока не реализованные, профессиональные интересы, желание учиться и добиться своих жизненных целей. Нужно отметить, что на заключительном занятии участники многое поняли, научились, заинтересовались обучением профессии и обрели силы жить дальше с поднятой головой, добиваясь своих целей, преодолевая все жизненные препятствия.

В данном параграфе было рассмотрено проведенное исследование «Профессиональная ориентация детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности», которая способствовала тому, что участники занятий поняли важность того, что именно на данном этапе необходимо задуматься и получить профессиональное образование. Самооценка у участников изменилась в положительном направлении, это позволяет предположить, что в сложных ситуациях теперь многие способны быть самостоятельными, решительными в принятии решений. Также у участников стало более четкое видение свое профессионального пути, и они убедились, что типы их личности совпадают с их профессиональными интересами, склонностями, способностями. Специалисты-эксперты РЦ «Подсолнух» высоко оценили важность проводимых занятий для участников исследования. Участники многое поняли, научились, заинтересовались обучением профессии и обрели силы жить дальше с поднятой головой, добиваться своих целей, преодолевать все жизненные препятствия. У ребят появилась надежда на то, что в будущем они станут самостоятельными людьми.

Заключение

В итоге можно сделать вывод о том, что социальная реабилитация определяется как комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма (инвалидность), изменением социального статуса, девиантным поведением личности.

Было рассмотрено положение детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности и их проблемы в современном обществе; проблемы семей имеющих ребенка-инвалида. Также, было выявлено, что остаются нерешенными многие психолого-педагогические, социально-медицинские проблемы, в том числе отсутствие массового производства технических средств для обучения, передвижения, бытового самообслуживания в детских интернатах и домашней обстановке; неудовлетворительное оснащение медицинских учреждений современной диагностической аппаратурой, недостаточно развитой сетью учреждений восстановительного лечения, «слабыми» службами медико-психолого-социальной работы и медико-социальной экспертизы детей-инвалидов. Было доказано, что главная проблема ребенка с ограниченными возможностями заключается в его связи с миром, в ограничении мобильности, бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограниченности общения с природой, доступа к культурным ценностям, а иногда – и к элементарному образованию.

Нельзя сторониться детей, с ограниченными возможностями, ведь им так нужна наша поддержка здоровых людей. Так как:

- ребенок, имеющий инвалидность – часть и член общества, он хочет, должен и может участвовать во всей многогранной жизни;

- ребенок, имеющий инвалидность может быть так же способен и талантлив, как и его сверстники, не имеющие проблем со здоровьем, но обнаружить свои дарования, развить их, приносить с их помощью пользу обществу, ему мешает неравенство возможностей;

- ребенок – не пассивный объект социальной помощи, а развивающийся человек, который имеет право на удовлетворение разносторонних социальных потребностей в познании, общении, творчестве. [47; c. 16]

Были выявлены наиболее значимые причины роста детской инвалидности:

- болезнь матери во время беременности;

- генетические изменения;

- недоступность новых эффективных методов лечения из – за низкого уровня жизни;

- врожденная патология – дети - инвалиды (инвалиды с детства). [51; c. 9]

Была описана важность реализации технологий социальной реабилитации. При сравнении реабилитационных центров, таких как Государственное учреждение социального обслуживания Омской области "Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями", «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Гармония», в Нягани Ханты-Мансийский автономный округ, Реабилитационный Центр для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья (с тяжёлой врождённой и приобретённой патологией) г. Ставрополь, было выявлено, что центры различаются между собой лишь оснащенностью высокоэффективными приборами, применяемыми технологиями и методами реабилитации. Также были рассмотрены методы, применяемые в социальной реабилитации. Определена роль и место социального работника в процессе реализации технологий социальной реабилитации и доказано, что участие социального работника в реабилитации детей-инвалидов носит многоаспектный характер, который предполагает не только разностороннее образование, осведомленность в законодательстве, но и наличие соответствующих личностных особенностей, позволяющих доверительно относиться к этой категории работников.

Каждый этап реабилитации выполняет свои специфические задачи, подчиненные реабилитации цели: социальной адаптации и интеграции лиц, имеющих глубокие физические и психические нарушения.

Используется комплексный подход к организации реабилитационного процесса, отбираются методы и приемы обучения с учетом индивидуальных особенностей и возможностей.

От чисто медицинского подхода постепенно происходило движение к социальному подходу; от представления о том, что общество должно поддерживать инвалидов и окружать их заботой и уходом, произошел переход к признанию приоритета особых нужд инвалида перед потребностями общества в целом.

Социальная реабилитация в настоящее время признается неотъемлемым правом инвалида и неотъемлемой обязанностью общества перед инвалидом.

Имеются определенные достижения: накопившийся опыт организаторской деятельности в работе в условиях культурно-просветительных и социальных мероприятий; укрепление детских санаторных учреждений; растет уровень лечебно-диагностической помощи в санаториях; разработана методика неврологического мониторинга и коррекции прогнозируемого психоневрологического дефицита у детей, рожденных с низкой массой тела. [2; c. 44]

Был проведен анализ деятельности РЦ «Подсолнух», рассмотрели применяемые в центре медикаментозные, социокультурные, садовую терапии, которые играют значительную роль в социальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности. Ознакомились с работой клуба «Берег», который способствует развитию навыков эффективного социального поведения во внешней среде; изучили нестационарные формы реабилитации, которые необходимы в развитии процесса реабилитации детей и подростков с инвалидностью. В результате этого можно заключить, что система социальной реабилитации этого центра находится на высоком уровне.

Проведенное исследование «Профессиональная ориентация детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности» способствовала тому, что участники занятий поняли важность того, что именно на данном этапе необходимо задуматься и получить профессиональное образование. Самооценка у участников изменилась в положительном направлении, это позволяет предположить, что в сложных ситуациях теперь многие способны быть самостоятельными, решительными в принятии решений. Также у участников стало более четкое видение свое профессионального пути, и они убедились, что типы их личности совпадают с их профессиональными интересами, склонностями, способностями. Специалисты-эксперты РЦ «Подсолнух» высоко оценили важность проводимых занятий для участников исследования. Участники многое поняли, научились, заинтересовались обучением профессии и обрели силы жить дальше с поднятой головой, добиваться своих целей, преодолевать все жизненные препятствия. У ребят появилась надежда на то, что в будущем они станут самостоятельными людьми.

Таким образом, важность проведенного исследования «Профессиональная ориентация детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности» доказана.

Гипотеза о том, что социальная реабилитация детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности будет эффективной при условиях: изучения положения детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности, определения места и роли социального работника; учета опыта деятельности центров реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями; при использовании эффективных технологий, методов. И в целом то, что социальная реабилитация способствует интеграции в общество, детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности, подтвердилась.

Таким образом, цели и задачи дипломного исследования решены.

Литература

1. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида: Перевод с английского. - М.: Педагогика, 2001.

2. Алексеева А.А. Об опыте организации социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями в школе - комплексе "Детская личность". Президентская программа "Дети России". - М., 2000.

3. Антипьева Н.В. Социальная защита инвалидов в Российской Федерации: Правовое регулирование: Учебное пособие для студентов – Владос-пресс, 2004.

4. Ахмеджанов Э.Р. Психологические тесты. – М.: Светотон, 1995.

5. Белова И.А. О проблемах профориентационных работ в школе // Социс. – 2000. - № 5.

6. Блинков Ю.А. Медико-социальная экспертиза лиц с ограниченными возможностями. - М., 2005.

7. Багаева Г.Н., Исаева Т.А. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями. - М., 2005.

8. Бондаренко Г.И. Социально-эстетическая реабилитация аномальных детей //Дефектология, 2004. №3.

9. Васильева Л.Г. Философские аспекты социальной интеграции человека с ограниченными возможностями: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. филос. наук: на правах рукописи / Васильева Л. Г.; Чуваш. гос. ун-т им. И.Н.Ульянова. - Чебоксары: ЧГУ, 2006.

10. Ваш домашний театр // серия «Педагог своему ребенку», вып.1. Вайсблат Н.П., Трепалина Л.А., Тазинцева О.А. – Ульяновск. – 2006.

11. Горячева Т.Г. Психологическая помощь детям с врожденными пороками сердца и их семьям // Мир психологии, 2003. №2.

12. Григорьева Л.Г. Дети с проблемами в развитии. - М.: Академкнига, 2002.

13. Гришина Л.П. Инвалидность как многофакторная проблема. - М., 2003.

14. Гусева Н.К. Основы социальной защиты больных и инвалидов в РФ. Н.Новгород: НГМА, 1999.

15. Дементьева Н.Ф., Багаева Г.Н., Исаева Т.А. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями, Институт социальной работы. - М., 2005.

16. Дементьева Н.Ф., Модестов А.А. Дома-интернаты: от призрения к реабилитации. — Красноярск, 2006.

17. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан. – М., 2001.

18. Дементьева Н.Ф., Шаталова Е.Ю., Соболь А.Я. Организационно-методические аспекты деятельности социального работника. В кн.; Социальная работа в учреждениях здравоохранения. — М., 2002.

19. Донина О.И., Овсяник О.А., Нагорнова А.Ю. Методика исследования в социальной работе. – Ульяновск: УлГУ, 2003.

20. Евсеев С.П. Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры: учеб. Пособие / Евсеев С.П., С. Ф. Курдыбайло, В. Г. Сусляев. – М.: Сов. Спорт, 2000.

21. Ермаков В.П. Профориентация учащихся с нарушением зрения. – М., 2002.

22. Иващенко Г.М. Об опыте работы по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями. - Саратов, 2005.

23. Игры – обучение, тренинг, досуг. В четырех книгах / Под ред. В.В. Петрусинского. – М.: Новая школа, 1994.

24. Исаев Д.Н. Психология больного ребенка: Лекции. - СПб.: Издательство ППМИ, 2003.

25. Карпова Т.П. Концепция независимой жизни инвалидов в социальной политике государства: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. социолог. наук: на правах рукописи / Карпова Т.П.; науч. рук. Б.Г. Тукумцев. - Саратов, 2005.

26. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В. А. Лисовский [и др.]. - М.: Сов. спорт, 2001.

27. Комплексная реабилитация инвалидов: учеб. пособие для вузов. - М.: Академия, 2005.

28. Костина Г. Отдай миру лучшее, что есть в тебе. - Ульяновск, 2005.

29. Кочетков В.Н. На край Земли: Записки путешественника. – Ульяновск, 2006.

30. Кочетова Т.А. Дополнительное образование инвалидов в контексте социальных трансформаций: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. социолог. наук: на правах рукописи / Кочетова Т.А.; науч. рук. Зайцев Д. В. - Саратов , 2007.

31. Львова Е.Н. Социальная работа с людьми с ограниченных возможностей: Методические рекомендации к спецкурсу. – Ульяновск: УлГУ, 2002.

32. Львова Е.Н. Технологии профессиональной ориентации людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности в условиях современного общества: Методическое пособие. - Ульяновск, 2004.

33. Макарова Т.А. Профессиональная подготовка социальных работников в вузе к культурно-досуговой деятельности с инвалидами: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. пед. наук: на правах рукописи / Макарова Т.А.; науч. рук. Н. Б. Шмелева; УлГУ. - Ульяновск, 2006.

34. Маллер А.Р. Новое в оказании помощи детям-инвалидам. // Дефектология. – 2006. - №1.

35. Маллер А.Р. Ребенок с ограниченными возможностями: Книга для родителей. - М.: Педагогика – Пресс, 2006.

36. Матейчик З. Родители и дети. – М., «Просвещение», 2002.

37. Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов. Под редакцией Э.И. Збровского. - Мн.: Товарищество «Хата», 2004.

38. Мир, который строим сами // Методические рекомендации по организации общественно ориентированной деятельности детей с ограниченными возможностями в нестационарых формах реабилитации //

Серия «В помощь специалисту – реабилитологу», вып. 2 – Ульяновск, 2006.

39. О положении детей в РФ: Государственный доклад. – Калуга, 2007.

40. Олиференко Л.Я., Шульга Т.И., Дементьева И.Ф. Социально – педагогика поддержка детей группы риска. – М., 2003.

41. Основы социальной работы. – М., 2007.

42. Питерси М., Трилор Р. Программа ранней помощи детям с отклонениями в развитии «Маленькие ступеньки». - Мн.: Издательство БелАПДИ, 2005.

43. Преодолевая проблемы инвалидности: Программа Лиен. - М.: Издательство Института социальной работы Ассоциации работников социальных служб, 2007.

44. Панов А.М. Центры социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями - эффективная форма социального обслуживания семьи и детей // Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы. - М., 2006.

45. Пешеходный туризм как направление реабилитации детей с ограниченными возможностями / Метод. реком. По организации физкультурно-оздоровительной деятельности детей с ограниченными возможностями в нестационарных формах реабилитации / - Ульяновск, 2009.

46. Проблемы семьи и детства в современной России: Материалы научно-практической конференции. – М., 2002.

47. Программа обучения и воспитания детей дошкольного возраста с выраженной умственной отсталостью. — М., 2003.

48. Психогимнастика в тренинге / Под ред. Н. Ю. Хрящевой. – СПб.: «Речь», Институт Тренинга, 2000.

49. Российская энциклопедия социальной работы.- М., 2007. – Т. 2.

50. Слободан Л.М. Справочник по наблюдению и реабилитации диспансерных групп детей, 2005.

51. Социальная интеграция инвалидов в современном обществе (1 – 2 ноября 2005 года; Ульяновск). Социальная интеграция инвалидов в

современном обществе: материалы междунар. конф. - Ульяновск, 2005.

52. Социальная работа. Учебное пособие/ Павленок. - М., 2003.

53. Суховей И.М. Реабилитация молодых инвалидов. М. 2005.

54. Тестируем детей / сост. Т.Г. Макеева. – 3-е изд. – Ростов н / Д: Феникс, 2008.

55. Холостова Е.И. Социальная работа в схемах : учеб. пособие / Холостова Е.И. - 2-е изд. - М.: Дашков и К°, 2008.

56. Холостова Е.И. Социальная работа в схемах : учеб. пособие / Холостова Е.И. - 3-е изд. - М.: Дашков и К°, 2009.

57. Хуснутдинова З.А. Формирование состояния здоровья детей – инвалидов в связи с детским церебральным параличом, 2005.

58. Штраус Ингрид. Иппотерапия. Нейрофизиологическое лечение с применением верховой езды: пер. с англ. / Штраус Ингрид. – М.: Моск. Конноспорт. Клуб инвалидов, 2000.

59. Эффективные технологии социальной реабилитации семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями // Материалы межрегионального семинара – практикума. – Ульяновск, 2007.

Приложение

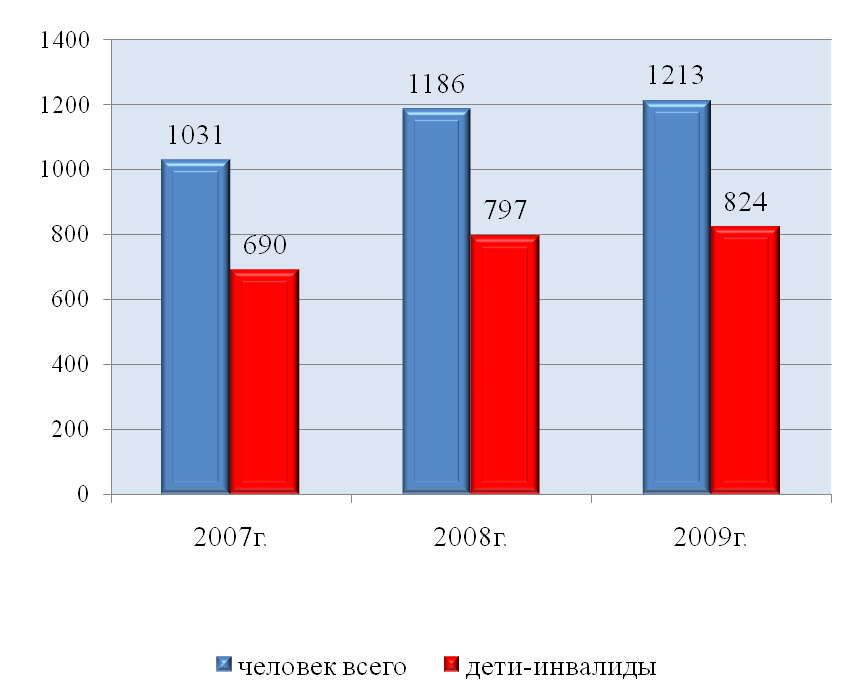
ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Количество обслуженных в ГУ РЦ «Подсолнух» (в том числе и в районах области) (2007 - 2009г.г.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Количество обслуженных | 2007г. | 2008г. | 2009г. |
| Всего (чел.) | 3031 | 2510 | 2581 |
| Несовершеннолетних (чел.) | 2045 | 1615 | 1639 |
| Родителей (чел.) | 502 | 459 | 510 |

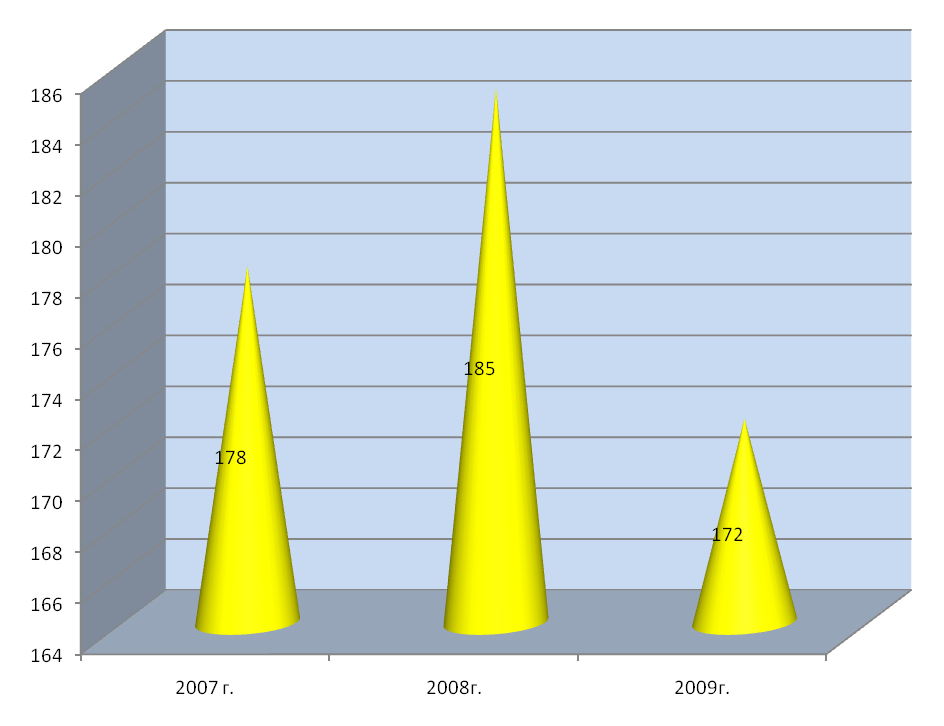
ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Количество обслуженных в ГУ РЦ «Подсолнух» (2007 – 2009г.г.)



ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Численность семей, находящихся на социальном патронаже в ГУ РЦ «Подсолнух» (2007 – 2009г.г.)



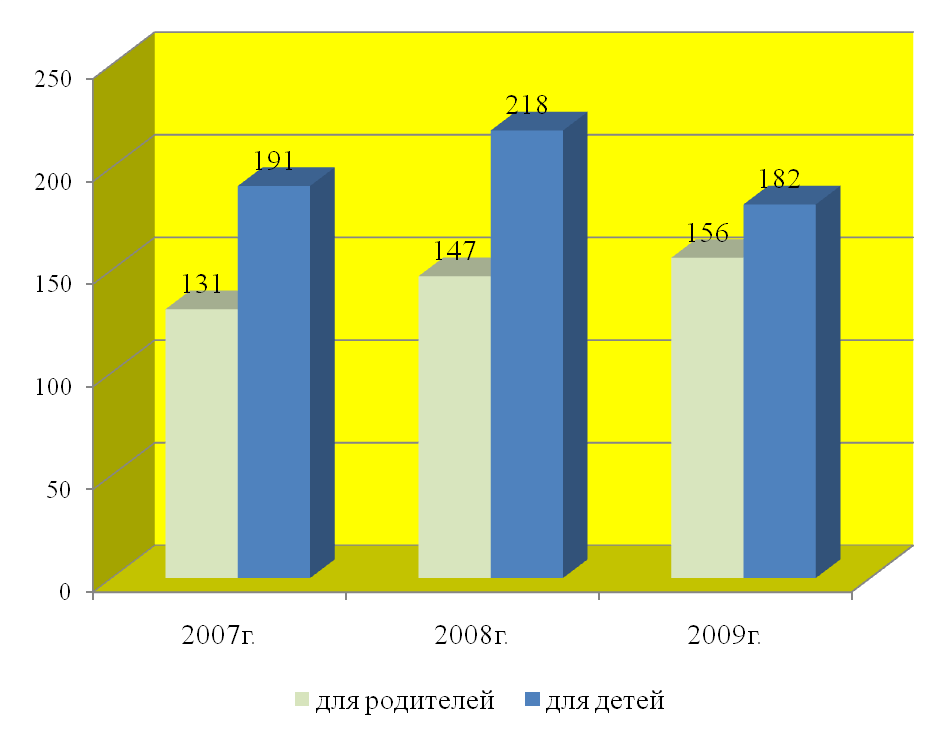
ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Неполные семьи, находящиеся на социальном патронаже у специалистов ГУ РЦ «Подсолнух» (2007 – 2009г.г.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Категория семей | Количество семей | % |
| Состоящие в разводе | 42 | 15,84 |
| Одинокие матери | 17 | 6,41 |
| Из-за смерти одного из родителей | 6 | 2,26 |
| Родители лишены родительских прав | 3 | 1,13 |

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Индивидуальные консультации для родителей и несовершеннолетних детей, проведенные в ГУ РЦ «Подсолнух» (2007 - 2009г.г.)



ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Количество детей, охваченных анимационными услугами (экскурсии, выставки, посещения кино, театры) в ГУ РЦ «Подсолнух» (2007 – 2009г.г.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2007 год | 2008 год | 2009 год |
| 1700 человек  (45 мероприятий) | 2096 человек  (47 мероприятий) | 2000человек  (52 мероприятия) |

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Итоги работы ГУ РЦ "Подсолнух" (2008 - 2009 г.г.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование показателей | Показатели 2008г. | Показатели 2009г. |
| 1 | Число мест в Отделении дневного пребывания по работе с семьёй и детьми | 55 | 55 |
| 2 | Число человеко-дней по плану по отделению ДП (за отчётный период) | 13750 | 13695 |
| 3 | Фактическое выполнение человеко-дней за отчётный период | 17303 | 15933 |
| 4 | Всего обслужено человек за отчётный период, в том числе: | 2510 | 2785 |
| 4.1. | взрослых, в том числе: | 894 | 1302 |
|  | мужчин | 80 | 127 |
|  | женщин | 814 | 1175 |
| 4.2. | несовершеннолетних, в том числе: | 1615 | 1483 |
|  | девочек | 704 | 673 |
|  | мальчиков | 911 | 810 |
| 5 | Обслужено детей-инвалидов | 1008 | 1312 |
| 6 | Обслужено семей всего, в том числе | 1615 | 1483 |
| 7 | Обслужено семей с детьми-инвалидами | 1008 | 1312 |
| 8 | Обслужено детей в рамках программы летнего оздоровления (из строки 25) | 300 | 300 |
| 9 | Проведено индивидуальных консультаций всего, в том числе | 365 | 402 |
| 9.1. | для взрослых, в том числе: | 147 | 220 |
|  | для женщин | 140 | 212 |
|  | для мужчин | 7 | 8 |
| 9.2. | для несовершеннолетних, из них: | 218 | 182 |
|  | для девочек | 105 | 111 |
|  | для мальчиков | 113 | 71 |
| 10 | Консультаций по проблемам зависимости: | 5 | 3 |
|  | в том числе алкогольной | 5 | 3 |
|  | наркотической | 0 | 0 |
|  | другие виды (табакокурение, игромания и т.д.) | 0 | 0 |
| 11 | Поступило звонков на телефон экстренной психологической помощи | 0 | 0 |
|  | Из них: количество звонков по проблемам зависимости | 0 | 0 |
| 12 | Количество семей, находящихся на социальном патронаже на конец отчетного периода | 678 | 662 |
| 13 | Посещено семей, состоящих на патронаже ОДП | 206 | 175 |
| 14 | Количество посещений семей, состоящих на патронаже ОДП (всего) | 324 | 480 |
| 15 | Количество семей, поставленных на патронаж за отчетный период | 121 | 120 |
| 16 | Количество семей, снятых с патронажа за отчетный период | 130 | 136 |
| 17 | Проведено бесед в рамках профилактико-просветительские. работы с выездами в учреждения, на предприятия (для отделений дневного пребывания) | 13 | 2 |
| 18 | Количество охваченных человек, в том числе: | 145 | 22 |
|  | - несовершеннолетних | 69 | 15 |
|  | - взрослых | 76 | 7 |
| 19 | Выезды в районы области в рамках профилактико-просветительской работы (количество) | 24 | 47 |
| 20 | Количество охваченных человек, в том числе: | 376 | 731 |
|  | - несовершеннолетних | 110 | 269 |
|  | - взрослых | 331 | 477 |
| 21 | Проведено семинаров для специалистов других учреждений, организаций, ведомств (количество): | 8 | 15 |
| 22 | в них приняли участие (человек) | 435 | 318 |
| 23 | Всего оказано услуг отделением дневного пребывания, в том числе: | 65204 | 67319 |
|  | социально-экономические | 5650 | 4970 |
|  | социально-медицинские | 17246 | 21807 |
|  | социально-психологические | 4873 | 4174 |
|  | социально-педагогические | 24787 | 24212 |
|  | социально-правовые | 2900 | 2583 |
|  | социально-бытовые | 9748 | 9573 |
| 24 | Всего положено по штату (единиц в соответствии с расписанием), в том числе: | 57,5 | 57,5 |
|  | руководителей | 9 | 7 |
|  | специалистов | 30 | 34 |
|  | обслуживающего персонала и технических работников | 18,5 | 16,5 |
| 25 | Фактически занято ставок (единиц), в том числе: | 57,5 | 57,5 |
|  | руководителей | 9 | 7 |
|  | специалистов | 30 | 34 |
|  | обслуживающего персонала и технических работников | 18,5 | 16,5 |
| 26 | Фактически работает человек в т.ч.: | 55 | 54 |
|  | руководителей | 9 | 7 |
|  | специалистов | 32 | 32 |
|  | обслуживающего персонала и технических работников | 14 | 15 |
| 27 | Количество работников, планируемых на повышение квалификации в отчётном году (по смете) | 13 | 8 |
| 28 | Количество работников, повысивших квалификацию за отчётный период (человек), в том числе: | 13 | 15 |
|  | руководителей | 5 | 3 |
|  | специалистов | 6 | 9 |
|  | обслуживающего персонала и технических работников | 2 | 3 |
| 29 | Количество специалистов, повысивших профессиональный уровень на семинарах, конференциях за отчётный период (с выдачей сертификатов) | 1 | 6 |
| 30 | Количество работников, уволенных за отчётный период (человек), в том числе: | 12 | 7 |
|  | руководителей | 0 | 1 |
|  | специалистов | 8 | 4 |
|  | обслуживающего персонала и технических работников | 4 | 2 |
| 31 | Текучесть кадров за отчётный период (%) | 8,2 | 12,2 |
| 32 | Количество социальных проектов, реализуемых в учреждении | 12 | 8 |
| 33 | Количество социальных проектов, разработанных за отчётный период | 12 | 13 |
| 34 | Количество социальных проектов, представленных на конкурсы | 8 | 12 |
| 35 | Количество социальных проектов, получивших материальную поддержку | 1 | 5 |
| 36 | Количество социальных проектов, ставших лауреатами, дипломантами |  | 2 |
| 37 | Проведено культурно-массовых мероприятий всего, в том числе: | 37 | 47 |
|  | спортивных соревнований | 8 | 7 |
| 38 | встреч с представителями общественных организаций, предприятий, творческих коллективов | 29 | 40 |
| 39 | Имеется ли попечительский совет (да, нет) | да | Да |
| 40 | Проведено заседаний попечительского совета за отчётный период | 2 | 3 |
| 41 | Публикации в печати | 14 | 6 |
| 42 | Выступления по радио | 8 | 5 |
| 43 | Выступления на ТВ | 13 | 19 |
| 44 | Привлечено внебюджетных средств (в денежном выражении / в материальном выражении) (тыс. руб.) | 559,5 | 533 |

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Содержание занятий исследования «Профессиональная ориентация детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности» проведенных в ГУ РЦ «Подсолнух»

Занятие 1. «Знакомство. Сплочение в группе».

Цель: подготовить участников к занятиям, познакомить их с целями и задачами предстоящего курса, создать эмоционально положительный, рабочий настрой, сплочение группы.

Ход занятия:

Теоретическая часть

Представление группе. Объяснение цели, задачи предстоящего курса занятий; основные термины и принципы программы, а так же обзор предстоящих тем.

Занятие проходило в виде тренингов в игровой форме, что помогло детям и подросткам с ограниченными возможностями лучше усвоить различные приемы общения. Первое занятие было посвящено знакомству, сплочению группы, созданию положительного настроя на предстоящую работу.

Практическая часть

Упражнение №1.

Вступительный этап. Вначале занятия всем участникам предлагалось с помощью цветных карандашей изобразить цвет своего настроения.

Упражнение №2 «Ассоциации».

Участникам необходимо было назвать свое имя, назвать ассоциацию, которая возникает при озвучивании данного имени. Затем следовал краткий рассказ о себе.

Упражнение №3 «Впечатление».

Один из участников садился напротив другого, смотрел ему в глаза и громко, чтобы слышала вся группа, рассказывал, какое впечатление он на него

производит. Так поступали все участники группы по очереди. Когда наступала очередь слушать – нельзя было проводить дискуссий, нужно было постараться услышать что-нибудь полезное из впечатлений о себе. Важно было не превращать эти упражнения в фарс или гротеск. [4; c. 11]

Заключительный этап

Заключительный этап включал в себя упражнение на снятие напряжения

и достижение измененного состояния сознания, эмоционального сплочения группы. Оно помогало наполнить групповое пространство различными, в основном, позитивными эмоциями.

Участники сидели в кругу. На полу в середине круга лежал мяч.

Добровольный ведущий брал мяч и говорил любое слово (существительное). После этого все закрывали глаза на 15 секунд и старались, как можно отчетливее представить себе тот образ, который возникал у каждого участника в связи с названным словом. Исследователь следил за временем и через 15 секунд просил всех открывать глаза, после чего тот, кто называл слово, бросал мяч любому из участников. И тот, к кому попадал мяч, по возможности максимально подробно описывал ту картину, которая возникала в его воображении. Затем он называл свое слово и по истечении 15 секунд бросал мяч тому, чей рассказ он хотел услышать. Проводилась работа до тех пор, пока каждый из присутствующих не назвал слово и не описал «увиденную картину». [54; c. 45]

По правилам работы тренинговых групп в конце занятия давалась оценка групповой работе.

Предлагалось участникам занятий:

1. обозначить (словом) цвет вашего настроения на данный момент, то есть в конце занятия;

2. ответить на вопрос: что понравилось, а что не понравилось в работе

группы;

3. высказать пожелания относительно дальнейшей работы.

Занятие №2. «Мое профессиональное предназначение»

Цель: определить профессиональную направленность участников профессиональных занятий. Провести первичную диагностику профессиональных намерений, личностных качеств, способностей, интересов, самооценки. Выявить у подростков с ограниченными возможностями осознание своих интересов и способностей; общественных ценностей, связанных с выбором профессии и своего места в жизни; наличия познавательных интересов, их реализация в практической деятельности. Получить первичную информацию об интересах каждого участника профориентационных занятий, его склонностях, способностях и возможностях, характере, уровне самооценки, а также о главных направлениях профориентационной работы.

Ход занятия.

Теоретическая часть.

Объяснили цели работы, дали определения таким понятиям как «профессиональное предназначение», «профориентация», «профессиональное самоопределение».

Практическая часть.

Прежде чем начать беседу о профессиональных интересах, участникам предложили ответить на вопросы анкеты «Профессиональное самоопределение и социальная направленность». Затем провели методики по определению типа личности и тест на самооценку уверенность в себе. Эта работа являлась первичной диагностикой профессиональной ориентации, интересов, склонностей, способностей, личностных качеств участников.

Дисскусия «Мое профессиональное предназначение». Определяли ряд профессий, по которым хотели бы работать члены группы. Один из участников фиксировал называемые профессии на доске. Следующим шагом было определение качеств, которыми должен обладать тот, кто хочет посвятить себя данной профессии. Далее в совместной работе выявили конкретные шаги по достижению цели – освоению желаемой профессии. [10; c. 16]

Группа давала рекомендации, какие варианты доступны для данного человека.

Заключительный этап

Оценка групповой работы. На листочке:

1. обозначают (словом цвет настроения) на данный момент, т.е. в конце занятия;

2. отвечают на вопрос: что понравилось, а что не понравилось в работе группы.

Занятие №3. «Самопрезентация»

Ход занятия.

Приветствие, обмен впечатлениями, упражнение «Цвет настроения».

Теоретическая часть.

Предлагался материал, посвященный особенностям подготовки самопрезентации.

При получении профессии, а также при обучении на нее, а в дальнейшем и при приеме на работу, очень важным является составление своей автобиографии. Можно с уверенностью сказать, что знаем о себе и в особенности все свои хорошие качества, но нужно еще и грамотно предоставить эту информацию при приеме на учебу, работу. При составлении автобиографии мы узнаем о наличии ваших умений и навыков, достижений в жизни. В течение жизни придется предлагать свою автобиографию неоднократно, и, конечно, она будет отличаться от предыдущих самопрезентаций в зависимости от возраста и приобретенного опыта.

Автобиография является повсеместным требованием на многих рынках труда в разных странах. В России они становятся важным документом для поиска работы.

Автобиография – это сочинение, в котором автор излагает историю своей собственной жизни. Невозможно создать единую универсальную автобиографию. В идеале, для каждой работы слушатель должен иметь конкретный вариант. На практике на это уйдет слишком много времени. [10; c. 33]

У каждого человека есть свои недостатки: у кого-то физические, у кого-то психологического характера, в автобиографии указывать это не нужно. Но если у вас есть группа инвалидности, то ее следует указать. Причем сделать это нужно кратко, после указания всех положительных качеств и достижений, а так же указать на оптимистическое желание, положительный, активный настрой на работу. Подробности, имеющие отношение к конкретной вакансии, могут быть указаны в письме с заявлением о приеме на работу.

Практическая часть.

Упражнение №1. «Зеркало».

Моделировалась встреча со своим физическим «Я». Необходимо было описать себя, глядя в зеркало, как постороннего человека. Затем вся группа оценивала отношение человека к самому себе.

Упражнение №2. «Портрет»

Выявляли «Я-образ», принятый в группе. Предлагалось описать кого-либо из присутствующих, не используя указания пола и физических признаков. Затем зачитывалось описание, а участники угадывали, кто был использован как образец. Проводился анализ того, какая информация о человеке наиболее отражает его в группе.

Упражнение №3. «Убеждение».

Участникам предлагалось по очереди выходить в центр круга и произносить фразы: «Я думаю, все меня услышали», «Я хочу, чтобы было все именно так», «Я уверен, что я с этим справлюсь», «Я самая обаятельная (ый) и привлекательная (ый)». Затем вся группа анализировала, кто и за счет чего говорил убедительнее. [4; c. 55]

Заключительная часть.

1. Проводилось упражнение на снятие напряжения.

2. Оценка работы группы.

3. Упражнение «Цвет настроения».

4. Задавался вопрос: что понравилось, не понравилось на данном занятии.

Занятие №4. «Невербальная коммуникация».

Цель: знакомство с языком телодвижений, изучение особенностей невербального общения людей, развитие навыков «прочтения» другого человека.

Ход занятия.

Приветствие, обмен впечатлениями, упражнение «Цвет настроения».

Упражнение№1. «Понять партнера».

Необходимо было определить при контакте глаз, кто из присутствующих поддерживал его, а кто – нет. При этом нужно было молчать и сохранять невозмутимое выражение лица. Один из участников группы выходил из аудитории на 10 секунд, остальные в это время договаривались, кто будет его поддерживать, а кто – нет. Далее анализировалось, легко ли определить только по выражению глаз отношение человека к другому человеку.

Упражнение № 2. «Вырази эмоцию».

Заранее готовились карточки, каждой из которых было зафиксировано определенное эмоциональное состояние человека: «грусть», «удивление», «радость», «страх», «злость» и т.д. На занятии предлагалось каждому выбрать наугад карточку с эмоцией и изобразить и эту эмоцию перед группой. Группа старалась угадать эмоцию.

Упражнение №3. «Передай информацию без слов»

Работали по кругу. Одному участнику предлагали описать ситуацию. Он читал ситуацию и старался с помощью жестов и мимики передать эту информацию своему соседу слева. Тот в свою очередь передавал информацию уже своему соседу и так дальше по кругу. Последний участник принимал невербально переданную информацию и словами раскрывал суть. [48; c. 41]

На занятии использовались фотографии с изображением людей в разных позах, с разными выражениями лиц. Задача участников была

Интерпретировать невербальные сигналы этих людей и придумать историю

об этих людях.

Заключительная часть.

1. Оценка работы группы.

2. Упражнение «Цвет настроения».

3. Задавался вопрос: что понравилось, не понравилось на данном занятии.

Занятие №5. Самопредставление. Собеседование.

Цель: развитие навыков самопредставления, уверенности и напористости. Выработка позитивного отношения к возможности получить желаемую профессию, оценка тех сильных сторон и навыков, которыми обладают подростки с ограниченными возможностями, выработать стиль поведения на собеседовании.

Ход занятия:

Приветствие, обмен впечатлениями, упражнение «Цвет настроения».

Теоретическая часть.

Была озвучена цель и тема занятия. Теоретический материал был посвящен проблемам самопрезентации и отработке умений грамотно вести себя на собеседовании при приеме на работу.

Было проведено консультирование:

Собеседование – это планируемый разговор между двумя людьми и преследующий определенную цель. Этот разговор предсказуем, и к нему можно подготовиться. Собеседование проводится в приемных комиссиях различных учебных заведений, а так же при приеме на работу. Было дано задание, представить себя человеком, получившим специальное профессиональное образование и устраивающимся на работу. Цель работодателя – найти самого подходящего кандидата. Цель каждого участников – доказать, что он является тем самым кандидатом.

Так как собеседование предсказуемо, к нему можно готовиться заранее.

Большая часть работодателей следуют общепринятой структуре: сначала объясняют, какова данная должность, и какое место оно занимает в

организации, затем проверяет знания, навыки и опыт, выясняет подробности о личности (здоровье, пригодность, зарплата и т.д.). Далее идет разговор о самой работе (объяснения по поводу обязанностей, подготовки и условий) и заключение (время начала работы).

Чтобы подготовиться к собеседованию, следует собрать материал о предприятии, спланировать свое вступительное слово, обдумать ответ на вопрос, почему вы хотите получить эту работу, как будете говорить о предыдущем виде деятельности, и что сказать в заключение.

Так же можно обнаружить, что задаются стандартные вопросы, поэтому следует отрепетировать положительный ответ на каждый из них. Ничто не заменит подготовки и практики. [4; c. 24]

Пять первых критических минут.

Много кандидатур на разные работы отвергаются в течение первых пяти минут собеседования.

Заявление, возможно, подошло, и получили приглашение на собеседование. И работодатель хочет посмотреть, подходите ли по внешнему виду, разговору и поведению.

Критический момент наступает, когда входите – во внешнем виде не должно быть ничего, что может вызвать разочарование.

Лучший первоначальный подход - это улыбнуться. Это неизменно пробуждает дружелюбные чувства в человеке, улыбка дает почувствовать себя немного лучше и более уверенно.

Другие полезные подсказки, которые следует использовать в первые пять минут:

- Не выкладывать ничего, что принесли с собой до того как собеседник предложит сделать это.

- Предоставить собеседнику возможность первому протянуть руку для рукопожатия.

- Не садиться, пока не предложат.

Поза.

Устройтесь удобно, сядьте прямо, но без напряжения. Не облокачивайтесь и не кладите руки на стол собеседника. Не разваливайтесь на стуле. Будете выглядеть более представительно, сидя прямо, нога на ногу, руки расслаблено лежат на коленях. Неплохо убедиться, что стул отодвинут от стола собеседника примерно на 3 фунта, чтобы дать свободу движений.[4; c. 13]

Получение информации.

Собеседование проводится, чтобы обе стороны давали и получали информацию. Одна из главных установок получить всю нужную вам информацию о работе и самой организации. [48; c. 54]

Никогда не соглашайтесь на работу, пока не убедитесь, что она подходит.

Заключительная часть.

1. Проводилось упражнение на снятие напряжения.

Приветствие, обмен впечатлениями, упражнение «Цвет настроения».

Занятие №6 Трудные жизненные ситуации.

Цель: анализ возможности самостоятельного выхода из трудной жизненной ситуации.

Ход занятия.

Приветствие, обмен впечатлениями, упражнение «Цвет настроения».

На данном задании теоретическая и практическая часть были объединены.

Проводилась дискуссия «Трудная жизненная ситуация и возможности ее разрешения». Было объяснено, что такое трудная жизненная ситуация (проблема). Участникам группы предлагалось перечислить все возможные проблемы, с которыми приходилось сталкиваться детям и подросткам, которые длительной время были лишены возможности активного общения с окружающими. Один из участников записывал на доске все названные проблемы. Этот этап дал возможность участникам осознать «что есть проблема, и какова, она». Следующий этап - анализ того, почему возникла та или иная проблема. Обозначались причины возникновения проблем. И, наконец, как возможно решить данные проблемы – все члены группы предлагали варианты решений, которые фиксировались на доске.

Заключительный этап.

1. Проводилось упражнение на снятие напряжения.

2. Упражнение «Цвет настроения».

3. Оценка эффективности работы группы.

Занятие №7. «Поведение в конфликтных ситуациях».

Цель: изучение конфликтов; суть соучастия и поддержки; изучение особенностей поведения в конфликтных ситуациях.

Ход занятия.

Приветствие, обмен впечатлениями, упражнение «Цвет настроения».

Теоретическая часть.

Рассмотрели вопросы: что такое конфликт (объяснили сущность и особенности конфликтов в научно-популярной форме); варианты поведения людей в конфликтных ситуациях.

Практическая часть.

Упражнение №1. «Живые руки».

Нужно было расставить стулья в два ряда так, чтобы расстояние между ними было примерно 60 см, с рук снять кольца и часы. Завязывали глаза. Подводили участников к стульям так, чтобы участники не знали, кто сидит напротив. Нельзя было разговаривать. Затем все участники вкладывали в свои руки всю выразительность чувств. Знакомились с партнером, касаясь руками, друг друга – 3 минуты, борьба руками – 3 минуты, мирились руками – 3 минуты, прощались друг с другом – 3 минуты. После этого с глаз снимались повязки, и участники обменивались впечатлениями и ощущениями. [54; c. 22]

Упражнение №2. «Пристройка сверху и снизу».

Участники игры разбивались на пары. Отрабатывали простейшие приемы: «пристройка снизу» и «пристройка сверху». В любом разговоре один из участников чувствовал себя более уверенно, он как бы ставит себя выше собеседника. Второй также, исходя из личных целей, старался как бы «прогибаться» в диалоге, уступал первенство собеседнику. Действия первого назывались «пристройка сверху», второго – «пристройкой снизу». Пристраивался обычно один из участников диалога. Второй играл предложенную ему роль. Один из участников просил о чем-нибудь своего собеседника. Каждый делал это дважды. Первый раз при помощи пристройки снизу, второй – пристройки сверху. После попыток первого участника свои силы пробовал второй участник. Затем следовал обмен впечатлениями друг с другом и группой.

Упражнение №3.

Один из участников разыгрывал о конфликтной ситуации из своей собственной жизни. Остальные участники задавали вопросы, затем все высказывали свою точку зрения по поводу разрешения конфликта, либо совместными усилиями разрабатывали план разрешения конфликта. [10; c. 64]

Заключительная часть.

1. Проводилось упражнение на повышение настроения.

2. Оценка работы группы.

3. Упражнение «Цвет настроения».

Занятие №8. «Медико-социальные рекомендации»

Цель: предоставление медицинских рекомендаций с целью недопущения прогрессирующего развития основного и сопутствующего заболеваний с началом трудовой деятельности.

Ход занятия.

Приветствие, обмен впечатлениями, упражнение «Цвет настроения».

Занятие с медицинским работником.

Заключительная часть.

1. Проводилось упражнение на снятие напряжения.

2. Оценка работы группы.

3. Упражнение «Цвет настроения».

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Анкета «Профессиональное самоопределение и социальная направленность»

Уважаемые ребята! Предлагаем вам ответить на вопросы, направленные на вашу профессиональную ориентацию.

1. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 .Класс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Какие твои любимые предметы в школе?

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

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

5.Чем ты занимаешься в свободное время?

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

6.У тебя много друзей?

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

7.Кем ты видишь себя в будущем?

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

8. Твои профессиональные намерения

1) Что собираешься делать после окончания 9, 11 класса?

А) Учиться в X классе, ПТУ, техникуме, вузе (записать полное название учебного заведения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Б) Работать (записать полное название предприятия, цеха, отдела, специальности

2) Что ты знаешь о содержании избираемой профессии, об условиях учебы, работы? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) Знаешь ли ты что - то о требованиях избираемой профессии?

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

4) Что советуют делать родители после окончания 9,11 класса? Согласен ли ты с их мнением?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Интересы

1) Какие учебные интересы преобладают (любимые и нелюбимые предметы)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Есть ли у тебя интересы, связанные с выбором профессии (чтение специальной литературы, беседы о профессии со специалистом, посещение учебных заведений)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) Как ты развиваешь интересы, связанные с выбором профессии?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4) Оказывают ли тебе помощь родители в развитии учебных интересов и интересов к профессиональной деятельности? В чем это заключается?

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

10. Склонности

1) Какие склонности ты можешь назвать, которые есть у тебе (в учебной деятельности, в кружковой работе, в свободное от учебы время)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Есть ли склонности, связанные с выбором профессии (проба сил)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) Как ты развиваешь склонности, связанные с выбором профессии?

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

4) Оказывают ли помощь родители в развитии твоих склонностей, к какой - либо профессиональной деятельности? В чем это заключается?

11. Способности

1) Какие способности ты находишь у себя (в учебной деятельности)?

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

2) Есть ли профессиональные способности, т.е. способности, необходимые для успешного освоения избираемой профессии? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) Как ты развиваешь способности, связанные с выбором профессии (тренируешь память, внимание, улучшаешь физическую подготовку, углубляешь знания о профессии)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4) Совпадают ли твои интересы, склонности со способностями (совпадают частично или совсем не совпадают)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5) Знаешь ли ты мнение учителей и родителей о твоих способностях? Согласен ли ты с их мнением? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6) Оказывают ли тебе учителя, родители помощь в развитии способностей?

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

12. Личные качества

1) Какие личные качества, по твоему мнению, наиболее ярко у тебя выражены (положительные или отрицательные)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Какие качества, по твоему мнению, необходимо развить для успешного освоения избранной профессии? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) Как ты развиваешь качества, необходимые для успешной профессиональной деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4) 3анимаешься ли самовоспитанием?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5) Оказывают ли помощь учителя и родители в развитии личных качеств?

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

13. Готовность к выбору профессионального пути

1) Как ты оцениваешь достигнутые тобой успехи в учебной деятельности?

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

2) По каким учебным предметам, по твоему мнению, будут нужны знания в дальнейшей профессиональной деятельности?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) Считаешь ли ты, что сможешь осуществить свои профессиональные намерения? Что этому может помешать? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4) В случае неосуществления основных планов есть ли у тебя запасные пути?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Спасибо за сотрудничество!

Удачи вам в выбранном пути! Всего доброго!

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

Тест Райдаса «Самооценка уверенности в себе»

Внимательно прочитайте утверждения, если ты согласен с ним, то поставьте в листе ответов «+», если не согласен – «-». за каждый «+» начисляется один балл.

1. Обычно я рассчитываю на успех в своих делах.

2. Чаще всего у меня хорошее настроение.

3. Со мной все ребята советуются, считаются.

4. Я уверенный в себе человек.

5. Считаю, что я сообразительный и находчивый.

6. Я уверен, что всегда всем нужен.

7. Я все делаю хорошо.

8. В будущем я обязательно осуществлю свои мечты.

9. Люди часто помогают мне.

10. Я стараюсь обсуждать свои планы с близкими людьми.

11. Я люблю участвовать в спортивных соревнованиях.

12. Проявляю самостоятельность в учебе и труде.

13. Меня мало беспокоят возможные неудачи.

14. Я стараюсь планировать свою деятельность.

15. Я редко жалею о том, что уже сделал.

16. Я уверен, что в будущем добьюсь успеха.

17. Мне нравится принимать участие в различных олимпиадах и конкурсах

18. Я учусь лучше, чем все остальные.

19. Мне чаще везет, чем не везет.

20. Ученье для меня не представляет труда.

Лист ответов участников теста Райдаса «Самооценка уверенности в себе»

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Баллы | № | Баллы | № | Баллы | № | Баллы |
| 1  2  3  4  5 |  | 6  7  8  9  10 |  | 11  12  13  14  15 |  | 16  17  18  19  20 |  |

Спасибо сотрудничество!

ПРИЛОЖЕНИЕ 11

Тест по определению типа личности Дж. Голланда

Инструкция: ниже попарно представлены различные профессии. В каждой паре профессий постарайтесь найти ту, которой вы отдаете предпочтение. Например, из двух профессий — поэт или психолог - вы предпочитаете вторую, тогда в Листе ответов против 41б вы должны поставить знак "плюс".

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1  а)инженер- техник  б) инженер | | 2  а) вязальщик  б) санитарный врач | | 3  а)повар  б)наборщик | | 4  а) фотограф  б)заведующий магазином | |
| 5  а)чертежник  б)дизайнер | | 6  а)философ  б)психиатр | | 7  а)ученый-химик  б)бухгалтер | | 8  а) редактор научного журнала  б) адвокат | |
| 9  а)лингвист  б)переводчик художественной литературы | | 10  а)педиатр  б)статистик | | 11  а)организатор воспитательной работы  б)председатель профсоюза | | 12  а) спортивный врач  б) фельетонист | |
| 13  а)нотариус  б)снабженец | | 14  а)перфоратор  б)карикатурист | | 15  а)политический деятель  б)писатель | | 16  а) садовник  б) метеоролог | |
| 17  а)водитель троллейбуса  б)медсестра, | | 18  а)инженер- электрик  б)секретарь- машинистка | | 19  а)маляр  б)художник по металлу | | 20  а) биолог  б)главный врач | |
| 21  а)телеоператор  б)режиссер | | 22  а)гидролог  б)ревизор | | 23  а)зоолог  б)зоотехник | | 24  а)математик  б) архитектор | |
| 25  а) работник ИДИ  б) счетовод | | 26  а) учитель  б) командир | | 27  а) воспитатель  б)художник по керамике | | 28  а) экономист  б) заведующий отделом | |
| 29  а) корректор  б) критик | | 30  а) завхоз  б) директор | | 31  а) радиоинженер  б)специалист по ядерной физике | | 32  а) наладчик  б) механик | |
| 33  а) агроном  б)председатель колхоза | | 34  а)закройщик – модельер  б) декоратор | | 35  а) археолог  б) эксперт | | 36  а) работник музея  б) консультант | |
| 37  а) ученый  б) актер | | 38  а) логопед  б) стенографист | | 39  а) врач  б) дипломат | | 40  а) главный бухгалтер  б) директор | |
| 41  а) поэт  б) психолог | | 42  а) архивариус  б) скульптор | |  | |  | |

Лист ответов участников теста по определению типа личности Дж. Голланда

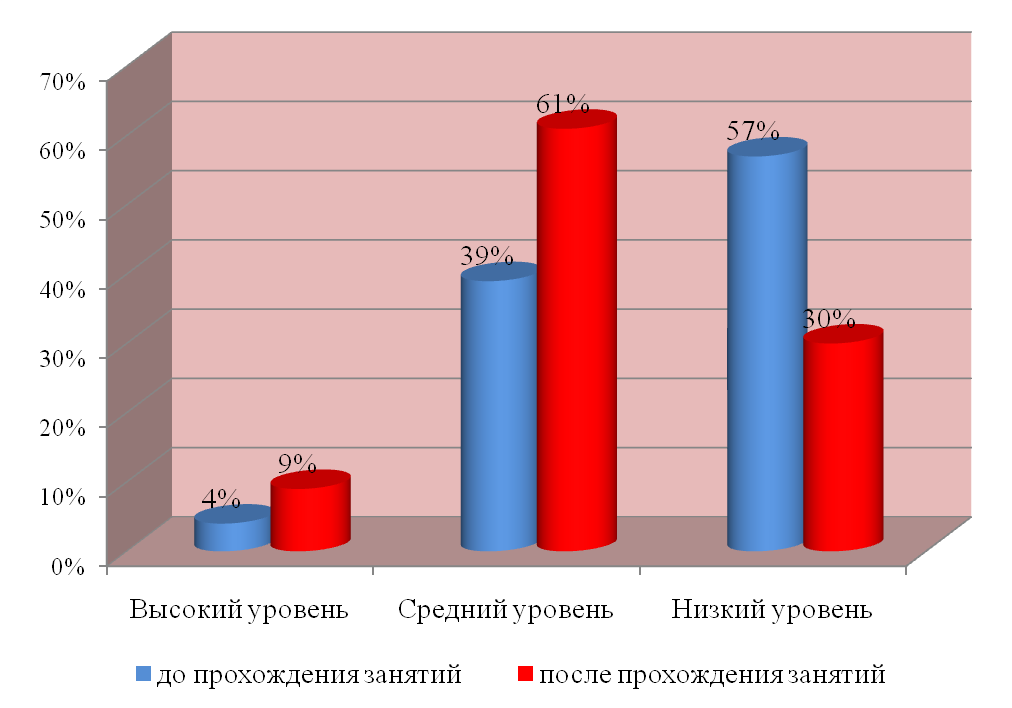
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Реалистический тип | Интеллектуальный  тип | Социальный тип | Конвенциальный  тип | Предприимчивый тип | Артистический тип |
| 1а | 1б | 2б | 3б | 4б | 5б |
| 2а | 6а | 6б | 7б | 8б | 9б |
| За | 7а | 10а | 10б | 11б | 126 |
| 4а | 8а | 11а | 13а | 13б | 14б |
| 5а | 9а | 12а | 14а | 15а | 15б |
| 16а | 16б | 17б | 18б | 23б | 19б |
| 17а | 20а | 20б | 22б | 26б | 21б |
| 18а | 22а | 25а | 25б | 28б | 24б |
| 19а | 23а | 26а | 28а | 30а | 27б |
| 21а | 24а | 27а | 29а | 33б | 29б |
| 31а | 31б | 36б | 32б | 35б | 30б |
| 32а | 35а | 38а | 38б | 37б | 37а |
| 33а | 36а | 39а | 40а | 39б | 41а |
| 34а | 37а | 41б | 42а | 40б | 42б |
| = | = | = | = | = | = |

Молодцы, ребята, а теперь сложите все плюсы в каждом столбце и напишите ответ в последней строке. Посмотрите, в каком столбце у Вас наибольшее количество плюсов - тот и определяет ваш профессиональный тип личности.

Спасибо за сотрудничество!

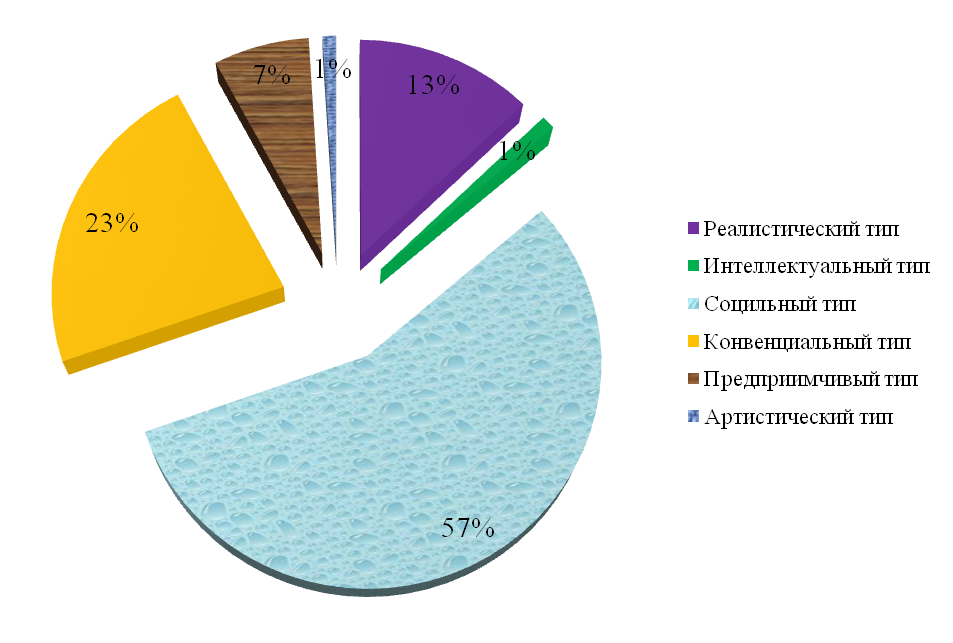
ПРИЛОЖЕНИЕ 12

Результаты измерения показателя теста Райдаса «Самооценка уверенности в себе», в первичной и заключительной диагностике участников исследования



ПРИЛОЖЕНИЕ 13

Результаты измерения показателя теста по определению типа личности Дж. Голланда у участников (после проведения занятий)



ПРИЛОЖЕНИЕ 14

Вопросы к интервью со специалистами - экспертами РЦ «Подсолнух»

1. По Вашему мнению, как прошло занятие?

2. Познавательно ли для участников проводимое занятие?

3. По Вашему мнению, интересно ли для участников занятие?

4. Меняется ли настроение у участников после занятия?

5. Какую оценку занятию дают участники?

6. Стоит ли проводить подобные занятия?

7. Что бы Вы предложили изменить, улучшить в проводимых занятиях?