**Содержание**

Введение

1. Теоретическая сущность социальной работы с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья1.1 Содержание понятий"инвалидность", "инвалиды", "реабилитация"

1.2 Роль социальных работников в реабилитации инвалидов

1.3 Формы и методы решения социальных проблем инвалидов

2. Социальная реабилитация как направление социальной работы

2.1 Сущность, понятие, основные виды реабилитации

2.2 Правовое обеспечение социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья

2.3 Проблема социальной реабилитации инвалидов и основные пути, и способы её решения сегодня

Заключение

Список используемой литературы

**Введение**

**Актуальность**. Проблема реабилитации инвалидов остаётся одной из самых сложных, требующих от общества не только её понимания, но и участия в этом процессе многих специализированных учреждений и структур. Реабилитация является не только лечением и улучшением состояния здоровья, но и процессом, направленным на достижение человеком максимальной самостоятельности и готовности к независимой и равноправной жизни в обществе. Реабилитационная деятельность опирается на следующие принципы организации услуг: индивидуальности, комплексности, непрерывности, оперативности и доступности. Реализация индивидуального плана реабилитации основана на семейно-центрированном и междисциплинарных подходах.

Для государства решение вопросов социальной реабилитации инвалидов позволяет реализовать принцип социальной направленности, уменьшить социальную напряженность среди этой категории граждан. В связи с этим представляется необходимым, чтобы различным категориям инвалидов при выборе форм социальной защиты ориентиром было удовлетворение потребностей высшего порядка – получение образования, профессиональной подготовки, содействие в трудовом устройстве.

А в связи с тем, что с января 2005 года льготы инвалидам заменили денежной компенсацией, то вопрос о трудовой деятельности инвалидов еще более актуален, так как эти денежные средства не смогут в полной мере удовлетворить все потребности инвалида.

Среди причин, способствующих возникновению инвалидности, основными являются ухудшение экологической обстановки, неблагоприятные условия труда женщин, рост травматизма, отсутствие возможности вести нормальный образ жизни, высокий уровень заболеваемости родителей, особенно матерей.

Таким образом, восстанавливая способности инвалидов к социальному функционированию, к созданию независимого образа жизни, социальные работники и социальные реабилитологи помогают им определить свои социальные роли, социальные связи в обществе, способствующие их полноценному развитию.

**Степень научно-теоретической разработанности проблемы:**

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

Основные проблемы социальной реабилитации инвалидов, которые включают в себя понятие личности, отношения общества, выходящее за рамки легитимной дискриминации, адаптация как важнейшее условие социализации, анализировались в работах А.И. Ковалевой, Т. Жулковска, В.А. Лукова, Т.В. Скляровой, Е.Р. Смирновой, В.Н. Ярской.

В исследованиях Н.К. Гусевой, В.И. Курбатова, Ю.А. Блинкова, В.С.Ткаченко, Н.П. Клушиной, Т. Жулковска рассматривалось понятие социальной реабилитации инвалидов, была предложена развернутая схема системы социальной реабилитации и определены функции социальных учреждений**.**

Широким спектром проблем инвалидности занималось и занимается большое количество отечественных и зарубежных ученых. Медицинские и медико-статистические аспекты инвалидности рассматриваются в трудах А. Авербаха, В. Бурейко, А. Борзунова, А. Третьякова, А. Овчарова, А. Ивановой, С. Леонова. Актуальные вопросы медицинской и социальной реабилитации инвалидов разрабатывались С.Н. Поповым, Н.М. Валеевым, Л.С. Захаровой, А.А. Бирюковым, В.П. Беловым, И.Н. Ефимовым.

Соотношению медицинского и социального в инвалидности, а так же организации и методам медико-социального обслуживания посвящены работы А.П. Гришиной, И.Н. Ефимова. А.И. Осадчих, Г.Г. Шахарова, Р.Б. Клебанова, Тенденции взаимодействия и социального партнерства в формировании единого реабилитационного пространства рассматривают И.Н. Бондаренко, Л.В. Топчий, А.В. Мартыненко, В.М. Черепов, А.В. Решетников, В.М. Фирсов, А.И. Осадчих.

Следует отметить, что в зарубежной научной литературе уделяется значительно больше внимания медико-социальным аспектам инвалидности, в особенности, следует отметить работы H.J. Chan, R. Antonak, B. Wrigt, M. Timms, R. Northway, R. Imrie, M. Law, M. Chamberlain и др., в которых проводятся исследования социальных действий и взаимодействий индивидов в отношении инвалидности.

Таким образом, в теории социальной работы наблюдаются **противоречия** интеграции и адаптации, связанные с социальной реабилитацией инвалидов**.**

В теории социальной работы слабо развиты эти противоречия. В практике социальной работы более эффективно раскрыты данные направления. В мире много инвалидов, которые готовы пройти социальную реабилитацию. В подходах интеграции не допускается отторжение инвалидов. А в процессе адаптации используются коррекционные и реабилитационные мероприятия. Эти направления способствуют самореализации лиц с ограниченными возможностями.

Таким образом, акцент смещается с адаптации инвалида к «нормальной» общественной жизни на изменение самого социума**.** Проблема социальной адаптации инвалидов к условиям жизни в обществе является одной из важнейших граней общей интеграционной проблемы. В последнее время этот вопрос приобретает дополнительную важность и остроту в связи с большими изменениями в подходах к людям, которые являются инвалидами.

Таким образом, на основании представленных противоречий вытекает проблема.

**Проблема.** Проблема данного исследования заключается в недостаточной изученности социальной реабилитации инвалидов.

**Объект.** Объектом изучения являются лица с ограниченными возможностями здоровья, как клиентская группа.

**Предмет:** социальная реабилитация инвалидов.

Ц**ель:** проанализировать социальную реабилитацию лиц с ограниченными возможностями здоровья.

**Задачи:**

1.Выявить содержание понятий "инвалидность ", "инвалиды" "реабилитация".

2.Изучить формы и методы решения социальных проблем инвалидов.

3.Рассмотреть правовое обеспечение социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья.

4. Выяснить проблему социальной реабилитации инвалидов.

**1. Теоретическая сущность социальной работы с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья**

**1.1 Сущность понятий "инвалидность ", "инвалиды", "реабилитация"**

Для того чтобы проанализировать процесс социальной реабилитации инвалидов, вообще лиц с ограниченными возможностями, необходимо выяснить, каково содержание понятия "инвалидность", какими социальными, экономическими, поведенческими, эмоциональными гениями оборачиваются те или иные патологии здоровья и, естественно, что представляет собой процесс социальной реабилитации, какую цель он преследует, какие составные части или элементы в него ходят.

В российском словоупотреблении, начиная со времен Петра I такое название, получали военнослужащие, которые вследствие заболевания, ранения или увечья были неспособны, нести воинскую службу и которых направляли для дослуживания на штатские должности. Характерно, что в Западной Европе данное слово имело такой же оттенок, то есть относилось в первую очередь к увечным воинам. Со второй половины XIX в. термин распространяется и на штатских лиц, также ставших жертвами войны, — развитие вооружений и расширение масштабов войн все более подвергали мирное население всем опасностям военных конфликтов.

В 1989г. Организацией Объединенных Наций был принят текст Конвенции о правах ребенка, которая обладает силой закона. В ней закреплено также право детей с отклонениями в развитии вести полноценную и достойную жизнь в условиях, которые обеспечивают его достоинство, способствуют его уверенности в себе и облегчают его активное участие в жизни общества (ст. 23); право неполноценного ребенка на особую заботу и помощь, которая должна предоставляться по возможности бесплатно с учетом финансовых ресурсов родителей или других лиц, обеспечивающих заботу о ребенке, с целью обеспечения неполноценному ребенку эффективного доступа к услугам в области образования, профессиональной подготовки, медицинского обслуживания, восстановления здоровья, подготовки к трудовой деятельности и доступа к средствам отдыха таким образом, что приводит к наиболее полному по возможности вовлечению ребенка в социальную жизнь и достижению развития его личности, включая культурное и духовное развитие ребенка. Они должны получать поддержку, в которой нуждаются в рамках обычных систем здравоохранения, образования, занятости и социальных услуг.

**Правило** № **1** — углубление понимания проблем — предусматривает для государств обязательство разрабатывать и поощрять осуществление программ, направленных на углубление понимания инвалидами их прав и возможностей. Повышение самообеспечения и расширение прав позволит инвалидам воспользоваться предоставленными им возможностями. Углубление понимания проблем должно стать важной частью образовательных программ для детей-инвалидов и программ реабилитации. Инвалиды могли бы оказывать помощь в углублении понимания проблемы в рамках мероприятий своих собственных организаций.

**Правило № 2** — медицинское обслуживание — предписывает принятие мер для разработки программ раннего обнаружения, оценки и лечения дефектов. К осуществлению этих программ привлекаются дисциплинарные группы специалистов, что позволит предупреждать и сокращать масштабы инвалидности или устранять ее последствия. Обеспечить всестороннее участие в таких программах инвалидов и членов их семей на индивидуальной основе, а также организаций инвалидов в процессе системы общего образования. К процессу образования на всех уровнях должны привлекать родительские группы и организации инвалидов. Специальное правило посвящено занятости — государствами признан принцип, в соответствии с которым инвалиды должны получать возможность осуществлять свои права, особенно в области занятости.

Государства должны активно поддерживать включение инвалидов в свободный рынок труда. Программы социального обеспечения должны также стимулировать усилия самих инвалидов, направленные на поиск работы, которая приносила бы доход или восстанавливала их доходы.

Стандартными правилами в области семейной жизни и свободы личности предусматривается обеспечение возможности инвалидам проживать совместно со своими семьями. Государства должны содействовать тому, чтобы консультативные услуги по вопросам семьи включали соответствующие услуги, связанные с инвалидностью и ее влиянием на семейную жизнь.

Стандарты предусматривают принятие мер для обеспечения инвалидам равных возможностей для отдыха и занятий спортом. Такие меры включают оказание поддержки персоналу, осуществляющему организацию отдыха и занятий спортом, а также проекты, предусматривающие разработку методики доступа и участия в этих мероприятиях инвалидов, обеспечение информации и разработку учебных программ, поощрение спортивных организаций, расширяющих возможности для привлечения инвалидов к участию в спортивных мероприятиях.

В некоторых случаях для такого участия достаточно лишь обеспечить доступ инвалидов к этим мероприятиям. В других случаях необходимо принимать специальные меры или организовывать специальные игры. Государства должны поддерживать участие инвалидов в национальных и международных соревнованиях. Сбор таких данных может осуществляться параллельно с проведением национальных переписей населения и обследований домашних хозяйств и, в частности, проводиться в тесном сотрудничестве с университетами, научно-исследовательскими институтами и организациями инвалидов.

Эти данные должны включать вопросы о программах, услугах и об их использовании. Рассматривать вопрос о создании банков данных об инвалидах, в которых содержались бы статистические данные об имеющихся службах и программах, а также о различных группах инвалидов. При этом необходимо учитывать необходимость защиты личной жизни и свободы личности. Разрабатывать и оказывать поддержку программам изучения социальных и экономических вопросов, затрагивающих жизнь инвалидов и их семей.

Такие исследования должны включать анализ причин, видов и масштабов инвалидности, наличия и эффективности существующих программ и необходимости в развитии и оценке служб и мер по оказанию помощи. Разрабатывать и совершенствовать технологию и критерии проведения обследований, принимая меры для содействия участию самих инвалидов в сборе и изучении данных. На всех этапах принятия решений должны привлекаться организации инвалидов к участию в разработке планов и программ, касающихся инвалидов или затрагивающих их экономическое и социальное положение, и потребности и интересы инвалидов по возможности включать в общие планы развития, а не рассматривать отдельно. Специально оговаривается необходимость содействовать разработке местными общинами программ и мероприятий для инвалидов. Одной из форм такой деятельности является подготовка учебных пособий или составление перечней подобных мероприятий, а также разработка учебных программ для персонала на местах.

Стандартные правила определяют, что государства несут ответственность за создание и укрепление национальных координационных комитетов или аналогичных органов для использования их в качестве национальных координационных центров по вопросам, касающимся инвалидов. Специальные аспекты стандартных правил посвящены ответственности за постоянный контроль и оценку выполнения национальных программ и за предоставление услуг, направленных на обеспечение равных возможностей для инвалидов, а также другим положениям. Несмотря на разработанность данных международных документов, они не полностью отражают сущность и содержание таких широких и сложных понятий, как "инвалидность", "инвалид". Кроме того, социальные изменения, объективно происходящие в современных обществах или отражающиеся в сознании людей, выражаются в стремлении расширить содержание этих терминов. Так, Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) приняты в качестве стандартов для мирового сообщества такие признаки понятия "инвалидность":

♦ любая потеря или нарушение психологической, физиологической или анатомической структуры или функции;

♦ ограниченность или отсутствие (из-за указанных выше дефектов) способности выполнять функции так, как считается нормальным для среднего человека;

♦ затруднение, вытекающее из указанных выше недостатков, которое полностью или частично мешает человеку выполнять какую-то роль (учитывая влияние возраста, пола и культурной принадлежности)1.[18.C5.].

Анализ всех приведенных выше определений позволяет сделать вывод о том, что дать исчерпывающее изложение всех признаков инвалидности достаточно трудно, так как содержание противоположных ему понятий само по себе достаточно расплывчато. Так, выделение медицинских аспектов инвалидности возможно через оценку утраты здоровья, но это последнее настолько вариативно, что даже ссылка на влияние пола, возраста и культурной принадлежности не устраняет затруднений. Кроме того, сущность инвалидности заключается в тех социальных барьерах, которые состояние здоровья воздвигает между индивидом и обществом. Характерно, что в попытках отойти от сугубо медицинской трактовки Британский совет объединений инвалидов предложил такое определение: "Инвалидность" — это полная или частичная потеря возможностей участвовать в нормальной жизни общества на равных началах с другими гражданами из-за физических и социальных преград. " Инвалиды" -лица, которые имеют нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. 2 [18.C5].

Международное общественное мнение все более утверждается в мысли о том, что полноценное социальное функционирование является важнейшей социальной ценностью современного мира. Это находит свое выражение в появлении новых индикаторов социального развития, применяемых для анализа уровня социальной зрелости того или иного социума. Соответственно основной целью политики в отношении инвалидов признается не только наиболее полное восстановление здоровья и не только обеспечение их средствами к жизни, но также и максимально возможное воссоздание их способностей к социальному функционированию на равных основаниях с остальными гражданами данного социума, не имеющими ограничений здоровья. В нашей стране идеология политики в отношении инвалидности развивалась аналогичным образом — от медицинской к социальной модели.

В соответствии с Законом "Об основных началах социальной защищенности инвалидов в СССР", инвалидом является лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите"3. [19.С13].Позднее было определено, что инвалид — "лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты"4.[19.С13].

Постановлением Правительства РФ от 16 января 1995г. № 59 утверждена Федеральная комплексная программа "Социальная поддержка инвалидов", состоящая из следующих федеральных целевых программ:

♦ медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов;

♦ научное обеспечение и информатизация проблем инвалидности и инвалидов;

♦ разработка и производство технических средств реабилитации для обеспечения инвалидов.

В настоящее время в мире инвалиды составляют приблизительно 10% населения, причем колебания по различным странам достаточно значительны. Так, в Российской Федерации, официально зарегистрированные и стоящие на учете инвалиды составляют менее 6% населения5 [16.С11.]

в то время как в США — почти пятую часть всех жителей.

Это связано, разумеется, не с тем, что граждане нашей страны значительно здоровее американцев, а с тем, что со статусом инвалидности в России связаны определенные социальные льготы и привилегии. Лица с ограниченными возможностями стремятся получить официальный статус инвалидности с его льготами, существенными в условиях дефицита социальных ресурсов; государство же ограничивает число получателей таких льгот достаточно жесткими рамками.

В основе возникновения инвалидности лежит множество разнообразных причин. В зависимости от причины возникновения условно можно выделить три группы6 [6.С75.] а) наследственно обусловленные формы; б) связанные с внутриутробным поражением плода, повреждением плода во время родов и в самые ранние сроки жизни ребенка; в) приобретенные в процессе развития индивида в результате заболеваний, травм, иных событий, повлекших за собой стойкое расстройство здоровья.

Как ни парадоксально, сами успехи науки, в первую очередь медицины, имеют своей оборотной стороной рост ряда заболеваний и числа инвалидов в целом. Появление новых лекарственных и технических средств сохраняет людям жизнь и во многих случаях позволяет компенсировать последствия дефекта. Менее последовательной и результативной становится охрана труда, особенно на предприятиях негосударственной формы собственности — это ведет к росту производственного травматизма и, соответственно, инвалидности.

Таким образом, для нашей страны проблема оказания помощи лицам с ограниченными возможностями принадлежит к числу наиболее важных и актуальных, так как рост численности инвалидов выступает в качестве устойчивой тенденции нашего социального развития, и пока нет данных, свидетельствующих о стабилизации положения или об изменении этой тенденции. Инвалиды являются не только гражданами, нуждающимися в особой социальной помощи, но также возможным значительным резервом развития общества. Считается, что в первом десятилетии XXI в. они будут составлять не менее 10% всей рабочей силы в промышленно развитых странах7 [17.С71.]причем отнюдь не только на примитивных ручных операциях и процессах. Понимание социальной реабилитации также прошло свой достаточно содержательный путь развития.

Реабилитация направлена на то, чтобы помочь инвалиду не только приспособиться к окружающей его среде, но и оказывать воздействие на его непосредственное окружение и на общество в целом, что облегчает его интеграцию в общество. Сами инвалиды, их семьи и местные органы должны участвовать в планировании и проведении мероприятий по реабилитации8 [21.C8-9]. С точки зрения Л. П. Храпылиной, данное определение неоправданно расширяет обязанности общества перед инвалидами, в то же время не фиксируя никаких обязанностей самих инвалидов "выполнять свои гражданские функции с определенными затратами и усилиями"9.[21.C9].К сожалению, этот односторонний акцент сохраняется во всех последующих документах. В 1982г. Организацией Объединенных Наций была принята Всемирная программа действий в отношении инвалидов, которая предусматривала такие направления, как:

♦ раннее обнаружение, диагностика и вмешательство;

♦ консультирование и оказание помощи в социальной области;

♦ специальные услуги в области образования.

На данный момент итоговым является определение реабилитации, принятое в результате обсуждения в ООН процитированных выше Стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов: Реабилитация означает процесс, имеющий целью предоставить инвалидам возможность достичь оптимального физического, интеллектуального, психического или социального уровня деятельности и поддерживать его, тем самым, предоставляя им средства, призванные изменить их жизнь и расширить рамки их независимости.

# 1.2 Роль социальных работников в реабилитации инвалидов

Инвалиды как социальная категория людей, находятся в окружении здоровых по сравнению с ними и нуждаются в большей степени в социальной защите, помощи, поддержке. Эти виды помощи определены законодательством, соответствующими нормативными актами, инструкциями и рекомендациями, известен механизм их реализации. Следует отметить, что все нормативные акты касаются льгот, пособий, пенсий и других форм социальной помощи, которая направлена на поддержание жизнедеятельности, на пассивное потребление материальных затрат. Вместе с тем, инвалидам необходима такая помощь, которая могла бы стимулировать и активизировать инвалидов и подавляла бы развитие иждивенческих тенденций. Известно, что для полноценной, активной жизни инвалидов необходимо вовлечение их в общественно-полезную деятельность, развитие и поддержание связей инвалидов со здоровым окружением, государственными учреждениями различного профиля, общественными организациями и управленческими структурами. По существу, речь идет о социальной интеграции инвалидов, которая является конечной целью реабилитации.

По месту проживания (пребывания) всех инвалидов можно разделить на 2 категории:

-находящихся в домах-интернатах;

-проживающих в семьях.

Указанный критерий -место проживания -не следует воспринимать как формальный. Он теснейшим образом связан с морально-психологическим фактором, с перспективой дальнейшей судьбы инвалидов.

Известно, что в домах-интернатах находятся наиболее тяжелые в соматическом отношении инвалиды. В зависимости от характера патологии взрослые инвалиды содержаться в домах-интернатах общего типа, в психоневрологических интернатах, дети -в домах-интернатах для умственно отсталых и с физическими недостатками.

Деятельность социального работника также определяется характером патологии у инвалида и соотносится с его реабилитационным потенциалом. Для осуществления адекватной деятельности социального работника в домах-интернатах необходимо знание особенностей структуры и функций этих учреждений.

Дома-интернаты общего типа предназначены для медико-социального обслуживания инвалидов. В них принимаются граждане (женщины с 55 лет, мужчины с 60 лет) и инвалиды 1 и 2 групп старше 18 лет, не имеющие трудоспособных детей или родителей, обязанных по закону их содержать.

Задачами этого дома-интерната являются:

-создание благоприятных условий жизни, приближенных к домашним;

-организация ухода за проживающими, оказание им медицинской помощи и организация содержательного досуга;

-организация трудовой занятости инвалидов.

В соответствии с основными задачами дом-интернат осуществляет:

-активное содействие в адаптации инвалидов к новым условиям;

-бытовое устройство, обеспечивая поступивших благоустроенным жильем, инвентарем и мебелью, постельными принадлежностями, одеждой и обувью;

-организацию питания с учетом возраста и состояния здоровья;

-диспансеризацию и лечение инвалидов, организацию консультативной медицинской помощи, а также госпитализацию нуждающихся в лечебные учреждения;

-обеспечение нуждающихся слуховым аппаратами, очками, протезно-ортопедическими изделиями и кресло-колясками;

-в соответствии с медицинскими рекомендациями организацию трудовой занятости, способствующей поддержанию активного образа жизни.

В домах-интернатах общего типа находятся инвалиды молодого возраста (от 18 до 44 лет). Они составляют около 10% всего контингента проживающих. Более половины из них -инвалиды с детства, 27,3% -вследствие общего заболевания, 5,4% -в связи с трудовым увечьем, 2,5% -прочие. Состояние их отличается значительной тяжестью. Об этом свидетельствует преобладание инвалидов 1 группы (67,0%).

Наибольшую группу (83,3%) составляют инвалиды с последствиями поражения центральной нервной системы (остаточные явления детского церебрального паралича, полиомиелита, энцефалита, травмы спинного мозга и др.), 5,5% -инвалиды вследствие патологии внутренних органов.

Следствием различной степени нарушений функции опорно-двигательного аппарата является ограничение двигательной активности инвалидов. В связи с этим 8,1% нуждаются в постороннем уходе, 50,4% передвигаются с помощью костылей или кресло -колясок и только 41,5% -самостоятельно.

Характер патологи сказывается и на способности молодых инвалидов к самообслуживанию: 10,9% из них не могут себя обслужить, 33,4% обслуживают себя частично, 55,7% -полностью.

Как видно из приведенной характеристики молодых инвалидов, несмотря на тяжесть состояния здоровья, значительная часть из них подлежит социальной адаптации в самих учреждениях, а в ряде случаев и интеграции в общество. В связи с этим, большое значение приобретают факторы, влияющие на социальную адаптацию молодых инвалидов. Адаптация предлагает наличие условий, способствующих реализации имеющихся и формированию новых социальных потребностей с учетом резервных возможностей инвалида.

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.

В условиях дома-интерната при отсутствии в штате специальных работников, которые могли бы изучить потребности молодых инвалидов, и при отсутствии условий для их реабилитации возникает ситуация социальной напряженности, неудовлетворенности желаний. Молодые инвалиды, по существу находятся в условиях социальной депривации, они постоянно испытывают дефицит информации. Вместе с тем, оказалось, что повысить свое образование хотели бы только 3,9% , а получить профессию -8,6% молодых инвалидов. Среди пожеланий доминируют запросы в отношении культурно-массовой работы (у 418% молодых инвалидов).

Роль социального работника состоит в том, чтобы создать особую среду в доме -интернате и особенно в тех отделениях, где проживают молодые инвалиды. 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 вне должен осуществляться только лишь социальным работником. Важно, чтобы весь персонал был ориентирован на изменение стиля работы учреждения, в котором находятся молодые инвалиды. В связи с этим, социальному работнику необходимо владение методами и приемами работы с лицами, обслуживающими инвалидов в домах-интернатах. 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.

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 в своего рода социальном изоляторе, каким является дом-интернат, не способствует формированию навыков общения. Оно носит преимущественно ситуативный характер, отличается поверхностью, нестойкостью связей.

Степень социально-психологической адаптации молодых инвалидов в домах-интернатах 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.

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

Оказание содействия в поступлении инвалидов в учебное заведение является одной из важных функций участия социального работника в реабилитации этой категории лиц.

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.

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

При осуществлении реабилитации инвалидов, находящихся в семьях, и тем более живущих одиноко, важную роль приобретает морально-психологическая поддержка этой категории лиц. Крах жизненных планов, разлад в семье, лишение любимой работы, разрыв привычных связей, ухудшение материального положения - вот далеко неполный 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 в попытке устранить или хотя бы смягчить воздействие ее на психологическое состояние инвалида. Социальный работник должен, в связи с этим, обладать определенными личностными качествами и владеть основами психотерапии.

Таким образом, участие социального работника в реабилитации инвалидов носит многоаспектный характер, который предполагает не только разностороннее образование, осведомленность в законодательстве, но и наличие соответствующих личностных особенностей, позволяющих инвалиду доверительно относиться к этой категории работников.

**1.3** **Формы и методы решения социальных проблем инвалидов**

Исторически понятия «инвалидность» и «инвалид» в России связывались с понятиями «нетрудоспособность» и «больной». И нередко методические подходы к анализу инвалидности заимствовались из здравоохранения, по аналогии с анализом заболеваемости. С начала 90-х годов традиционные принципы государственной политики, направленной на решение проблем инвалидности и инвалидов в связи со сложной социально-экономической ситуацией в стране утратили свою эффективность.

В целом инвалидность как проблема деятельности человека в условиях

ограниченной свободы выбора, включает в себя несколько основных аспектов: правовой; социально-средовой; психологический, общественно-идеологический аспект,анатомо-функциональный аспект.

**Правовой аспект решения проблем инвалидов.**

Правовой аспект предполагает обеспечение прав, свобод и обязанностей инвалидов.

Президентом России подписан Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Тем самым особо уязвимой части нашего общества даны гарантии социальной защиты. Безусловно, основополагающие законодательные нормы, регулирующие положение инвалида в обществе, его права и обязанности являются необходимыми атрибутами любого правового государства. Инвалидам предоставляются права на определенные условия для получения образования; обеспечение средствами передвижения; на специализированные жилищные условия; первоочередное получение земельных участков для индивидуального жилищного строительства, ведения подсобного и дачного хозяйства и садоводства, и другие. Например, жилые помещения будут теперь предоставляться инвалидам, семьям, имеющим детей-инвалидов, с учетом состояния здоровья и других обстоятельств. Инвалиды имеют право на дополнительную жилплощадь в виде отдельной комнаты в соответствии с перечнем заболеваний, утвержденным правительством РФ. При этом она не считается излишней и подлежит оплате в одинарном размере. Или другой пример. Вводятся особые условия для обеспечения занятости инвалидов. Теперь для предприятий, учреждений, организаций, независимо от форм собственности, имеющих численность работников более 30 человек, устанавливается квота для приема на работу инвалидов — в процентах к среднесписочной численности работников (но не менее трех процентов). Второе немаловажное положение — это право инвалидов быть активными участниками всех тех процессов, которые касаются принятия решений относительно их жизнедеятельности, статуса и т.д.

**Социально-средовой аспект**.

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

Особую категорию "объектов" обслуживания социальными работниками представляет семья, в которой имеется инвалид, либо пожилой человек, нуждающийся в посторонней помощи. Семья такого рода является микросредой, в которой живет нуждающийся в социальной поддержке человек. Он как бы вовлекает ее в орбиту обостренной потребности в социальной защите. Специально проведенным исследованием[3] установлено, что из 200 семей с нетрудоспособными членами в 39,6% имеются инвалиды. Для более эффективной организации социального обслуживания социальному работнику важно знать причину инвалидности, которая может быть обусловлена общим заболеванием (84,8%), связана с пребыванием на фронте (инвалиды войны — 6,3%), либо являются инвалидами с детства (6,3%). Принадлежность инвалида к той или иной группе связана с характером льгот и привилегий. Роль социального работника состоит в том, чтобы, опираясь на осведомленность в этом вопросе, способствовать реализации льгот в соответствии с существующим законодательством. При подходе к организации работы с семьей, имеющей инвалида либо пожилого человека, для социального работника важно определить социальную принадлежность этой семьи, установить ее структуру, (полная, неполная). Значение указанных факторов очевидно, с ними связана методика работы с семьей, от них зависит и различный характер потребностей семьи. Из 200 обследованных семей 45,5% были полными, 28,5% — неполными (в которых преимущественно мать и дети), в 26% — одинокие, среди которых преобладали женщины (84,6%). Оказалось, что роль социального работника как организатора, посредника, исполнителя наиболее значима для этих семей в таких сферах: морально-психологическая поддержка, медицинская помощь, социально-бытовое обслуживание. Таким образом, оказалось, что наибольшая нуждаемость в социальной защите всех обследованных семей в настоящее время группируется вокруг социально-бытовых проблем, наиболее уязвимые с точки зрения социальной защиты одинокие нетрудоспособные граждане нуждаются в доставке продуктов и медикаментов, уборке квартиры, прикреплении к центрам социального обслуживания. Невостребованность морально-психологической поддержки семей объясняется несформированностью потребностей такого рода, с одной стороны, и сложившимися национальными традициями в России, с другой. Оба эти фактора взаимосвязаны. Необходимо формирование сферы деятельности социального работника. Помимо тех обязанностей, которые изложены в нормативных документах, квалификационной характеристике, с учетом современной ситуации важно не только выполнение организационных, посреднических функций.

Определенную актуальность приобретают иные виды деятельности, среди которых: информированность населения о возможности более широкого пользования услугами социального работника, формирование потребностей населения (в условиях рыночной экономики) в защите прав и интересов нетрудоспособных граждан, реализация морально-психологической поддержки семьи и др. Таким образом, роль социального работника во взаимодействии с семьей, имеющей инвалида либо пожилого человека, имеет много аспектов и может быть представлена в виде ряда последовательных этапов. Началу работы с семьей такого рода должно предшествовать выявлений этого "объекта" воздействия социального работника. С целью полного охвата семей с пожилым человеком и инвалидом, нуждающихся в помощи социального работника, необходимо использовать специально разработанную методику.

**Психологический аспект.**

Психологический аспект отражает как личностно-психологическую ориентацию самого инвалида, так и эмоционально-психологическое восприятие проблемы инвалидности обществом. Инвалиды и пенсионеры относятся к категории так называемого маломобильного населения и являются наименее защищенной, социально уязвимой частью общества. Это связано, прежде всего, с дефектами их физического состояния, вызванного заболеваниями, приведшими к инвалидности, а также с имеющимся комплексом сопутствующей соматической патологии и с пониженной двигательной активностью, характерными для большинства представителей старших возрастов. Кроме того, в значительной степени социальная незащищенность этих групп населения связана с наличием психологического фактора, формирующего их отношение к обществу и затрудняющего адекватный контакт с ним.

Психологические проблемы возникают при изолированности инвалидов от внешнего мира, как вследствие имеющихся недугов, так и в результате неприспособленности окружающей среды для инвалидов на кресло-колясках, при разрыве привычного общения в связи с выходом на пенсию, при наступлении одиночества в результате потери супруга, при заострении характерологических особенностей в результате развития склеротического процесса, характерного для пожилых людей. Все это ведет к возникновению эмоционально-волевых расстройств, развитию депрессии, изменениям поведения.

**Общественно-идеологический аспект.**

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

Развитие социальной помощи на дому является не единственной формой социального обслуживания нетрудоспособных граждан. С 1986 года начали создаваться так называемые Центры социального обслуживания пенсионеров, в состав которых помимо отделений социальной помощи на дому вошли совершенно новые структурные подразделения — отделения дневного пребывания. Целью организации таких отделений было создание своеобразных центров досуга для пожилых людей, независимо от того, проживают они в семьях или одиноки. Предусматривалось, что в такие отделения люди будут приходить утром, а вечером возвращаться домой; в течение дня они будут иметь возможность находиться в уютной обстановке, общаться, содержательно проводить время, участвовать в различных культурно-массовых мероприятиях, получать одноразовое горячее питание и при необходимости доврачебную медицинскую помощь. Основной задачей деятельности таких отделений является помощь пожилым людям в преодолении одиночества, замкнутого образа жизни, наполнение существования новым смыслом, формирование активного образа жизни, частично утраченного в связи с выходом на пенсию.

В последние годы в ряде Центров социального обслуживания появилось новое структурное подразделение — Служба срочной социальной помощи. Она предназначена для оказания неотложной помощи разового характера, направленной на поддержание жизнедеятельности граждан, остро нуждающихся в социальной поддержке. Организация такой службы была вызвана изменением социально-экономической и политической ситуации в стране, появлением большого числа беженцев из горячих точек бывшего Советского Союза, бомжей, а также необходимостью оказывать срочную социальную помощь гражданам, оказавшимся в экстремальных ситуациях в связи с природными катаклизмами и т.д.

**Анатомо-функциональный аспект.**

Анатомо-функциональный аспект инвалидности предполагает формирование такой социальной среды (в физическом и психологическом смыслах), которая выполняла бы реабилитационную функцию и способствовала развитию реабилитационного потенциала инвалида. Таким образом, с учетом современного понимания инвалидности предметом внимания государства при решении этой проблемы должны быть не нарушения в организме человека, а восстановление его социально-ролевой функции в условиях ограниченной свободы. Основной акцент при решении проблем инвалидов и инвалидности смещается в сторону реабилитации, опирающейся, прежде всего, на социальные механизмы компенсации и адаптации. Таким образом, смысл реабилитации инвалидов заключается в комплексном многопрофильном подходе к восстановлению способностей человека к бытовой, общественной и профессиональной деятельности на уровне, соответствующем его физическому, психологическому и социальному потенциалу с учетом особенностей микро- и макросоциального окружения.

**Комплексное решение проблемы инвалидности.**

Комплексное решение проблемы инвалидности предполагает ряд мероприятий. Надо начать с изменения содержания базы данных об инвалидах в государственной статистической отчетности с акцентом на отражение структуры потребностей, круга интересов, уровня притязаний инвалидов, их потенциальных способностей и возможностей общества, с внедрения современных информационных технологий и техники для принятия объективных решений.

Необходимо также создавать систему комплексной многопрофильной реабилитации, направленную на обеспечение относительно независимой жизнедеятельности инвалидов. Крайне важно развитие промышленной основы и подотрасли системы социальной защиты населения, производящей изделия, облегчающие быт и труд инвалидов. Должен появиться рынок реабилитационных изделий и услуг, определяющий спрос и предложение на них, формирующий здоровую конкуренцию и способствующий адресному удовлетворению потребностей инвалидов. Не обойтись без реабилитационной социально-средовой инфраструктуры, способствующей преодолению инвалидами физических и психологических барьеров на путях восстановления связей с окружающим миром.

И, конечно же, нужна система подготовки специалистов, владеющих методами реабилитационно-экспертной диагностики, восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной деятельности, способами формирования механизмов макросоциального окружения с ним.

Таким образом, решение этих задач позволит наполнить новым содержанием деятельность создаваемых в настоящее время государственных служб медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

**2. Социальная реабилитация как направление социальной работы**

**2.1** **Сущность, понятие, основные виды реабилитации**

Комитет ВОЗ (1980г.) дал определение медицинской реабилитации:

реабилитация — это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально — оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе. Таким образом, медицинская реабилитация включает мероприятия по предотвращению инвалидности в период заболевания и помощь индивиду в достижении максимальной физической, психической, социальной, профессиональной и экономической полноценности, на которую он будет способен в рамках существующего заболевания. Среди прочих медицинских дисциплин реабилитация занимает особое место, так как рассматривает не только состояние органов и систем организма, но и функциональные возможности человека в его повседневной жизни после выписки из медицинского учреждения.

Согласно международной классификации ВОЗ, принятой в Женеве в 1980 году, выделяют следующие уровни медико-биологических и психосоциальных последствий болезни и травмы, которые должны учитываться при проведении реабилитации:

повреждение (impaiment англ.) — любая аномалия или утрата анатомических, физиологических, психологических структур или функций;

нарушение жизнедеятельности (disability англ.) — возникающие в результате повреждения утрата или ограничение возможности осуществлять повседневную деятельность в манере или пределах, считающихся нормальными для человеческого общества;

социальные ограничения (handicap англ.) — возникающие в результате повреждения и нарушения жизнедеятельности ограничения и препятствия для выполнения социальной роли, считающейся нормальной для данного индивидума.

В последние годы в реабилитацию введено понятие “качество жизни, связанное со здоровьем” (healthrelated quality of life, англ.). При этом именно качество жизни рассматривают как интегральную характеристику, на которую надо ориентироваться при оценке эффективности реабилитации больных и инвалидов.

Правильное представление о последствиях болезни имеет принципиальное значение для понимания сути медицинской реабилитации и направленности реабилитационных воздействий.

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

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

Несмотря на значительные различия систем медицинской реабилитации в разных странах, всё шире развивается международное сотрудничество в этой сфере, всё чаще поднимается вопрос о необходимости международного планирования и разработки координированной программы реабилитации физически неполноценных лиц. Так, период с 1983 по 1992 годы был объявлен ООН Интернациональной Декадой Инвалидов; в 1993 году Генеральная ассамблея ООН приняла “Стандартные правила уравнивания возможностей инвалидов,” которые должны считаться в странах членах ООН точкой отсчёта в сфере прав инвалидов. По-видимому, неизбежна дальнейшая трансформация идей и научно практических задач медицинской реабилитации, связанная с постепенно происходящими в обществе социально экономическими переменами. Общие показания в медицинской реабилитации представлены в докладе Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности в реабилитации (1983).К ним относятся: значительное снижение функциональных способностей; снижение способности к обучению; особая подверженность воздействиям внешней среды; нарушения социальных отношений; нарушения трудовых отношений.

Общие противопоказания к применению реабилитационных мероприятий включают сопутствующие острые воспалительные и инфекционные заболевания, декомпенсированные соматические и онкологические заболевания, выраженные расстройства интелектуально-мнестической сферы и психические заболевания, затрудняющие общение и возможность активного участия больного в реабилитационном процессе.

В нашей стране, по материалам Всесоюзного НИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н А Семашко (1980), из общего числа госпитализированных в отделения терапевтического профиля в восстановительном лечении нуждаются 8,37 на 10 000 всего населения, в отделении хирургического профиля — 20,91 на 10 000, неврологического — 21,65 на 10 000 всего населения; в целом долечиванию подлежат от 20 до 30% в зависимости от основного профиля отделения, что требует 6,16 койки на 10000 населения. В амбулаторной реабилитации, согласно данным Н А Шестаковой и соавт. (1980), нуждаются 14 -15% из числа обратившихся в поликлинику, причем около 80% из них составляют лица с последствиями повреждений опорно-двигательного аппарата.

Основные принципы медицинской реабилитации наиболее полно изложены одним из ее основоположников Ренкером (1980):

1. Реабилитация должна осуществляться, начиная с самого возникновения болезни или травмы и вплоть до полного возвращения человека в общество (непрерывность и основательность).

2. Проблема реабилитации должна решаться комплексно, с учётом всех её аспектов (комплексность).

3. Реабилитация должна быть доступной для всех кто в ней нуждается (доступность).

4. Реабилитация должна приспосабливаться к постоянно меняющейся структуре болезней, а также учитывать технический прогресс и изменения социальных структур (гибкость).

С учётом непрерывности выделяют стационарный, амбулаторный, а в некоторых странах (Польша, Россия) — иногда ещё и санаторный этапы медицинской реабилитации.

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

1. Медицинский аспект — включает вопросы лечебного, лечебно-диагностического и лечебно-профилактического плана.

2. Физический аспект — охватывает все вопросы, связанные с применением физических факторов (физиотерапия, ЛФК, механо -и трудотерапия), с повышением физической работоспособности.

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

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

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

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

**2.2 Правовое обеспечение социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья**

С целью оказания квалифицированной помощи инвалидам, социальный работник обязан знать правовые, ведомственные документы, определяющие статус инвалида, его права на получения различных льгот и выплат и другое. Общие права инвалидов сформулированы в Декларации ООН «О правах инвалидов». Вот несколько выдержек из этого правового международного документа:

-«Инвалиды имеют право на уважение их человеческого достоинства»;

-«Инвалиды имеют те же гражданские и политические права, что и другие лица»;

-«Инвалиды имеют право на меры, предназначенные для того, чтобы дать возможность приобрести как можно большую самостоятельность»;

-«Инвалиды имеют право на медицинское, техническое или функциональное лечение, включая протезные и ортопедические аппараты, на восстановление здоровья и положения в обществе, на образование, ремесленную профессиональную подготовку и восстановление трудоспособности, на помощь, консультации, на услуги по трудоустройству и другие виды обслуживания»;

-«Инвалиды должны, быть защищены от какой бы то ни было эксплуатации».

Приняты фундаментальные законодательные акты об инвалидах и в России. Особое значение для определения прав и обязанностей инвалидов, ответственности государства, благотворительных организаций, частных лиц имеют законы «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» (1995 г.), «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995 г.).

Еще раньше, в июле 1992 г. Президент Российской Федерации издал Указ «О научном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов». В октябре того же года были изданы указы «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов», «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности».

 Этими нормотворческими актами определяются отношения общества, государства к инвалидам и отношения инвалидов с обществом, государством. Следует заметить, что многие положения этих нормотворческих актов создают надежное правовое поле жизнедеятельности и социальной защищенности инвалидов в нашей стране.

В Законе «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» сформулированы основные принципы социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов: соблюдение прав человека и гражданина; предоставление государственных гарантий в сфере социального обслуживания; равные возможности в получении социальных услуг; преемственность всех видов социального обслуживания; ориентация социального обслуживания на индивидуальные потребности граждан пожилого возраста и инвалидов; ответственность органов власти всех уровней за обеспечение прав граждан, нуждающихся в социальном обслуживании и др. (ст. 3 Закона).

Социальные услуги предоставляются всем гражданам пожилого возраста и инвалидам независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и других обстоятельств (ст. 4 Закона).

Социальное обслуживание осуществляется по решению органов социальной защиты населения в подведомственных им учреждениях либо по договорам, заключенным органами социальной защиты с учреждениями социального обслуживания иных форм собственности (ст. 5 Закона).

Социальные услуги оказываются исключительно с согласия людей, нуждающихся в них, особенно когда речь идет о помещении их в стационарные учреждения социального обслуживания. В этих учреждениях, с согласия обслуживаемых может быть организована и трудовая деятельность на условиях трудового договора. Лица, заключившие трудовой договор, получают право на ежегодный оплачиваемый отпуск продолжительностью 30 календарных дней.

Законом предусматриваются различные формы социального обслуживания, в том числе:

социальное обслуживание на дому (включая социально-медицинское обслуживание);

полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания граждан в учреждениях социального обслуживания;

стационарное социальное обслуживание в домах-интернатах, пансионатах и других стационарных учреждениях социального обслуживания;

срочное социальное обслуживание (как правило, в ситуациях, не терпящих отлагательства: организация питания, обеспечение одеждой, обувью, ночлегом, срочное предоставление временного жилья и т.п.)

социальная, социально-психологическая, медико-социальная консультационная помощь.

Все социальные услуги, входящие в федеральный перечень гарантированных государством услуг, могут быть оказаны гражданам бесплатно, а также на условиях частичной или полной оплаты.

Бесплатно оказываются следующие социальные услуги:

1) одиноким гражданам (одиноким супружеским парам) и инвалидам, получающим пенсию в размере ниже прожиточного минимума;

2) гражданам пожилого возраста и инвалидам, имеющим родственников, но получающим пенсии ниже прожиточного минимума;

3) пожилым людям и инвалидам, проживающим в семьях, среднедушевой доход которых ниже прожиточного минимума.

Социальные услуги на уровне частичной оплаты оказываются лицам, чей среднедушевой доход (или доход их родственников, членов их семей) составляет 100-150% прожиточного минимума.

Социальные услуги на условиях полной оплаты оказываются гражданам, проживающим в семьях, среднедушевой доход которых превышает на 150% прожиточный минимум.

На 1 января 2005 г. в полной или частичной оплате социальных услуг нуждались все без исключения граждане пожилого возраста и инвалиды более половины субъектов Российской Федерации, где оплата труда всего трудоспособного населения была менее 150% прожиточного минимума. Ниже черты бедности находятся более 80% населения страны. Особенно высока бедность в таких регионах, как Новгородская, Псковская, Ивановская, Кировская, Пензенская, Саратовская, Оренбургская, Читинская области; республики Марий Эл, Чувашия, Калмыкия, Адыгея, Дагестан, Ингушетия, Кабардино-балкарская, Карачаево-черкесская, Северная Осетия, Удмуртия, Республика Алтай, Тыва.

Понятно, что администрации этих регионов страны не в состоянии обеспечить не только оплату социальных услуг для пожилых и инвалидов, но и социальные пособия по безработице, бедности и другие, предусмотренные законодательством. Все население этих регионов от мала до велика, получает доход ниже прожиточного минимума и нуждается в социальных пособиях. Все расходы на оплату социальных услуг пожилым и инвалидам вынуждены брать на себя федеральные органы.

В Законе «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» система социального обслуживания поделена на два основных сектора — государственный и негосударственный.

Государственный сектор образуют федеральные и муниципальные органы социального обслуживания.

Негосударственный сектор социального обслуживания объединяет учреждения, деятельность которых основана на формах собственности, не относящихся к государственной или муниципальной, а также лиц, осуществляющих частную деятельность в сфере социального обслуживания. Негосударственными формами социального обслуживания занимаются общественные объединения, в том числе профессиональные ассоциации, благотворительные и религиозные организации.

Существенные вопросы социальной зашиты инвалидов получили правовую базу в Законе «О социальной защите инвалидов в российской Федерации». Закон определяет полномочия органов государственной власти (федеральных и субъектов Российской Федерации) в области социальной защиты инвалидов. Он раскрывает права и обязанности органов медико-социальной экспертизы, которая на основании комплексного обследования человека устанавливает характер и степень заболевания, приведшего к инвалидности, группу инвалидности, определяет режим труда работающих инвалидов, разрабатывает индивидуальные и комплексные программы реабилитации инвалидов, дает медико-социальные заключения, принимает решения, обязательные для государственных органов, предприятий и организаций независимо от формы собственности.

Закон устанавливает условия оплаты медицинских услуг, оказываемых инвалидам, возмещения затрат, произведенных самим инвалидом, его отношения с реабилитационными органами социальной защиты инвалидов.

Закон обязывает все органы власти, руководителей предприятий и организаций создавать условия, позволяющие инвалидам свободно и самостоятельно пользоваться всеми общественными местами, учреждениями, транспортом, беспрепятственно передвигаться на улице, в собственном жилище, в общественных учреждениях и т. д.

Законом предусматриваются льготы на внеочередное получение жилья, соответствующим образом оборудованного. В частности, инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, предоставляется скидка не менее 50% с квартирной платы и оплаты коммунальных услуг, а в жилых домах, не имеющих центрального отопления, — со стоимости топлива. Инвалидам и семьям, имеющим в своем составе инвалидов, предоставляется право на первоочередное получение земельных участков для индивидуального жилищного строительства, садоводства, ведения подсобного и дачного хозяйства (ст. 17 Закона).

Особое внимание Закон уделяет обеспечению занятости инвалидов. Закон предусматривает финансово-кредитные льготы специализированным предприятиям, применяющим труд инвалидов, а также предприятиям, учреждениям и организациям общественных объединений инвалидов; установление квот для приема на работу инвалидов, в частности, организациям независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, численность работников в которых составляет более 30 человек (квота для приема на работу инвалидов устанавливается в процентах к среднесписочной численности работников, но не менее 3%). Общественные объединения инвалидов и их предприятия, организации, уставный капитал которых состоит из вклада общественного объединения инвалидов, освобождаются от обязательного квотирования рабочих мест для инвалидов.

Закон определяет правовые нормы для решения таких существенных вопросов занятости инвалидов, как оборудование специальных рабочих мест, условия труда инвалидов, права, обязанности и ответственность работодателей в обеспечении занятости инвалидов, порядок и условия признания инвалида безработным, государственное стимулирование участия предприятий и организаций в обеспечении жизнедеятельности инвалидов.

Обстоятельно рассмотрены в Законе вопросы материального обеспечения и социально-бытового обслуживания инвалидов, Предусматриваются существенные льготы и скидки за оплату коммунальных услуг, за приобретение инвалидных приспособлений, инструментов, техники, оплату санаторно-курортных путевок, за пользование общественным транспортом, приобретение, технический уход за личным автотранспортом и т. д.

Помимо федеральных законов социальным работникам необходимо знать ведомственные документы, в которых даются обоснованные толкования применения тех или иных законов или их отдельных статей.

Социальному работнику также необходимо знать и проблемы, не решенные законодательством или решенные, но не реализуемые в практической деятельности. Например, Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» не допускает производства транспортных средств, не имеющих приспособлений для свободного пользования инвалидами городскими видами транспорта, или сдачу в эксплуатацию жилья, в котором не предусмотрены приспособления для свободного пользования этим жильем инвалидами (ст. 15 Закона). Но много ли автобусов, троллейбусов на улицах городов России, оборудованных специальными подъемниками, с помощью которых инвалиды, передвигающиеся на колясках, могли бы самостоятельно подниматься в автобус или троллейбус? Как десятки лет назад, так и сегодня, в эксплуатацию сдаются жилые дома без всяких приспособлений, позволяющих инвалиду беспрепятственно выехать на коляске из своей квартиры, воспользоваться лифтом, спуститься по пандусу на прилегающий к подъезду тротуар и т. д. и т. п. Данные положения Закона ‹‹0 социальной защите инвалидов в Российской Федерации» попросту игнорируются всеми, кто по закону обязан создавать необходимые условия для нормальной жизнедеятельности инвалидов.

Действующее законодательство практически не защищает права инвалидов детства на достойное и обеспеченное существование. В законодательстве инвалидам детства предусмотрены такие размеры социальной помощи, которые прямо-таки толкают их на любую работу, в том числе и «на работу», которую обсуживает криминал – попрошайничество, поскольку на инвалидную пенсию человек, лишенный всего необходимого с детства, прожить не в состоянии.

Но даже если решены финансовые проблемы, полностью переустроена среда жизнедеятельности инвалидов, они не смогут воспользоваться предоставленными благами без соответствующей техники и приспособлений. Нужны протезы, слуховые аппараты, особого устройства очки, тетради для записывания текстов, книги для чтения, коляски, автомобили для передвижения и др.

Таким образом, нужна специальная промышленность для изготовления инвалидной техники и аппаратуры. Такие предприятия в стране есть. Они в значительной мере удовлетворяют разнообразные потребности инвалидов. Но в сравнении с западными образцами инвалидной техники наши, отечественные, во многом проигрывают: и тяжелее, и менее долговечны, и больших габаритов, и менее удобны в эксплуатации.

**2.3 Проблема социальной реабилитации инвалидов и основные пути, и способы её решения сегодня**

Социально-демографическая структура общества, оставаясь всегда неоднородной, предполагает выделение в ней нескольких обобщенных людских когорт, которые могут быть представлены, с одной стороны, группой непосредственных производителей-потребителей материальных, общественно-политических, духовных ценностей, с другой — условно их «чистыми» потребителями (негативного или позитивного типа).

Каждая из выделенных когорт по-своему целесообразна, необходима для гармонизации социально-общественного развития, а уменьшение-увеличение их общего количества, относительно некой критической величины, становится значимым неблагоприятным фактором угрозы несохранения социально-духовного, экономического неблагополучия любой людской популяции. По данным литературы хорошо понятен смысл присутствия в обществе когорты производителей-потребителей (взрослое, работоспособное население, трудовой ресурс общества) от численности, которой во многом зависит стабильность и развитие населения страны в целом, но значимость когорты «чистых» потребителей требует некоторого дополнительного обсуждения.

По своей социально-демографической принадлежности «чистые» потребители, как на это было уже указано ранее, делятся на два переходящих друг в друга типа (положительный и отрицательный). К положительным «чистым» потребителям можно отнести: детей различных возрастных групп, кормящих матерей и женщин, находящихся в отпуске по беременности, многодетных матерей, лиц старших возрастных групп, вынужденных мигрантов, служащих непроизводственной сферы, представителей службы правоохраны, военнослужащих и некоторых других групп населения.

К условно «отрицательным» «чистым» потребителям, в свою очередь принадлежат: лица, страдающие тяжелыми формами хронических заболеваний, имеющие генетические уродства и дефекты развития, переживающие последствия тяжелых травм, увечий, ранений (группа инвалидов), лица с явно девиантными формами общественного поведения (преступники, бродяги, нищие, проститутки, наркоманы, альфонсы, гомосексуалисты, просто «гении»), психические больные и некоторые другие малые группы населения. Как уже было сказано выше, одну, вероятно, большую по численности, группу «чистых» потребителей, с «отрицательным» социальным значением, составляют лица, чья социальная активность ограничена наличием серьезных расстройств соматического и психического здоровья, обозначенные демографами как инвалиды. Социальная активность, духовная жизнь этой группы людей, в зависимости от характера их установки на жизнь в окружающем обществе может приближаться по своему внутреннему смыслу, значению либо к деятельности основной общественной группы производителей-потребителей, либо все более приобретать черты резко отклоняющегося, девиантного поведения по отношению к другим людям, все более отягощая общество, государство дополнительными затратами на свое содержание (быстро переходящее к паразитарности) и, более того, коррекцию их правового и нравственного поведения.

Таким образом, инвалидизация ведет за собой не только стойкое биологическое снижение основных показателей здоровья того или иного человека, но и заставляет его активно и быстро решать вопрос о перспективе, характере, направлении во взаимодействии с государством на ближайшем и отдаленном отрезке предстоящей жизни, предполагая перемещение инвалида либо в когорту производителей-потребителей общественных ценностей, либо в группу криминалов, «паразитирующих» на теле народа, наций, государства. Следовательно, если в сегодняшней, по своей сути, тактической работе с инвалидом по программе реабилитации успешно решается вопрос о скорейшей компенсации возникающего у него дефекта здоровья, то ее другая, важнейшая (стратегическая) часть, активный возврат инвалида в общественное производство, пока лишь скорее подразумевается, чем представляется в хорошо осмысленном, развернутом виде, нанося невольный, отсроченный урон успешному развитию в дальнейшем народному хозяйству страны. Об этом свидетельствует не только весь сегодняшний опыт реабилитационной работы с инвалидами, но и данные научной литературы, где именно этот фрагмент социальной работы до сих пор не получил серьезного обсуждения.

Начало проведения стратегической реабилитационной работы должно уже через короткое время привести к росту востребования труда инвалидов в общественном производстве, особенно в тех его областях, которые будут переданы под «домашнее производство», составляя специализированный сегмент внутреннего и внешнего рынка страны, особый рынок рабочих мест, Современная экономическая ситуация в России не позволит подставить уже созданный внутренний рынок рабочих мест по группы инвалидов и потребует комплексной работы по его созданию. Существующим же центрам, отделениям реабилитационной работы с инвалидами должны быть

переданы функции социально-психологической, профориентационной, воспитательной работы с инвалидами, направленные на скорейшее введение инвалида в общественно полезный труд в соответствующих отраслях «домашней промышленности».

Изложенная точка зрения на дальнейшее развитие системы социальной реабилитации для инвалидов требует конкретизации и уточнения в своем содержании с учетом реальных процессов реформирования народного хозяйства в каждом отдельном регионе страны, доведения ее выводов до процедур обсуждения в думских кабинетах, на заседаниях федеральных и региональных правительственных организаций, профсоюзов и общественных организаций России. По существующим статистическим данным в г. Новосибирске и Новосибирской области на январь 1998 года зарегистрировано: 50 574 инвалидов по всем районам города, 38 401 инвалидов, проживающих в районах области, 11 320 инвалидов, выявленных по наиболее крупным промышленным центрам Новосибирской области. Приведенный факт однозначно указывает на ту реальную рабочую силу, которую представляют собой инвалиды, особенно те из них, которых можно отнести к взрослой группе.

Таким людям наиболее подходят условия работы не на производстве, а в домашних условиях, что, соответственно, делает актуальным скорейшее решение вопроса о создании в Новосибирской области ранее упоминаемого домашнего производства («домашней промышленности»). Специфика в организации последней будет во многом определяться реальными возможностями ее потенциальных участников. По своему ассортименту товары, производимые данными людьми, могут быть представлены в виде следующего списка. Продуктами группового производства инвалидов с детства могут стать: различные игрушки и сувениры (особенно традиционных промыслов россиян), выращенные ими овощи, фрукты, ягоды, грибы, цветы и промышленные растения, печатная продукция, книги, различные дидактические материалы, пособия для повышения качества обучения в коррекционных классах общеобразовательных и специализированных школ, выращенные домашние и промышленные животные, птицы, рыбы, выпеченные хлебобулочные изделия, тара для фасовки пищевых и непищевых продуктов, корма, биологически активных пищевых добавок, медикаментов и т. д.

Производство игрового инвентаря, спортивных снарядов, гончарных изделий, посуды, простых бытовых инструментов, резных деревянных изделий, ликероводочных изделий, прохладительных напитков в виде небольших партий, по народной рецептуре, печатных наборов для издания книжной продукции массового спроса, переплетение книг, работа по созданию продукции компьютеров, если последние имеют специальную клавиатуру, изготовление самой специальной клавиатуры и другие изделия могли бы стать базовыми направлениями в развитии «домашней промышленности» с участием лиц инвалидов по зрению.

Таким образом, вне зависимости от тяжести, характера (вида) инвалидности, каждой из выделенных групп людей может быть найдено место в новом виде монопольного, инвалидного, промышленного производства.

Учитывая то обстоятельство, что основными группами заболеваний, приводящими к инвалидности население Новосибирской области, чаще всего, становятся болезни системы кровообращения, злокачественные заболевания и травмы, прогрессирование которых продолжается, хотя и медленно, после получения человеком инвалидности, грозя возможными обострениями, при развертывании «домашней промышленности» необходимо предусмотреть создание подвижной медицинской коррекционно-профилактической службы, с задачей максимального снижения риска появления рецидивов перечисленных выше заболеваний и травм при работе с промышленным оборудованием в домашних условиях, тем более, что основная часть производимой всеми группами инвалидов продукции будет создаваться в их квартирах, в местах их концентрации, часто просто неприспособленных для оптимального размещения основных промышленных узлов будущих производств.

Не исключена возможность того, что в ее ведение могут быть переданы уже работающие инвалидные производства, часть пустующих площадей некоторых государственных предприятий, ряд учреждений соцкультбыта, конечно, часть жилой площади на квартире у инвалида.

Сам процесс развертывания «домашней промышленности» не потребует вложения больших денежных средств, но будет предполагать создание особой областной, муниципальной службы ее сервиса со своими складами, транспортом, местами реализации, сбыта готовой продукции, источниками пополнения расходных средств и материалов, оборудования и приборов, мест быстрого ремонта последних, опирающейся в своей деятельности на специализированные фонды, банки, страховые компании, службы системы жизнеобеспечения г. Новосибирска и наиболее крупных промышленных городов Новосибирской области. Для осуществления успешной работы по организации и запуску в работу «домашней промышленности», кроме разработки и реализации соответствующих бизнес-планов, необходимо создание профессионально-ориентированных программ воспитательной работы с инвалидами и творческих коллективов, способных к их выполнению, возбуждая этим самым у будущих рабочих «домашней промышленности» позитивную мотивацию на предстоящий труд и помогая их быстрому приобщению к последнему. Постоянно действующим центром подобной методолого-методической, воспитательной работы может стать Областной центр социальной реабилитации для инвалидов и его персонал, усиленный совместной работой с сотрудниками научно-исследовательских и учебных институтов, университетов, академий г. Новосибирска.

Профессиональная квалификация названного коллектива уже сейчас достаточно велика и способна начать немедленный курс воспитания-обучения умственно сохранных инвалидов г. Новосибирска и области, с целью подготовки их к работе на «домашнем производстве». Основным содержанием подобного начального подготовительного курса станет:

1. Повышение их общего образовательного уровня;

2. Развитие умений и навыков эффективного использования своего потенциала интуитивного, ассоциативного и гипотетического мышления;

3. Развитие навыков коммуникабельности;

4. Обсуждение проблем конфликтов и способов быстрого, легкого выхода из конфликтной ситуации;

5. Развитие таланта инвалида, его гиперспособностей (включая проскопию), общего уровня духовности, здоровья;

6. Развитие всех видов памяти;

7. Развитие руки (мелкие сенсорно-кинетические движения);

8. Развитие красноречия;

9. Оказание помощи в определении социально-ролевой функции индивида на будущем производстве (учитель, педагог, воспитатель, наставник);

10. Развитие чувствования состояния другого человека;

11. Развитие знаний, навыков взаимопомощи в случае возникновения новых соматических и психических заболеваний с широким использованием средств и методов народной медицины;

12. Обучение методам адекватной оценки собственных физиологических, психических возможностей при вхождении в любые формы общественно-полезной деятельности. Каждый из приведенных разделов обучающей программы, ранее в отдельности, уже доказал свою воспитательно-педагогическую значимость для предстоящей жизни человека, а иллюстрации его эффектов неоднократно приводились в научной литературе. Об этом прямо или косвенно писали: К. К. Платонов (1986), И. В. Бушмарин (1992), Е. Ю. Ветрова (1992), В. В. Николаева (1987), А. А. Криулина (1989), Г. Е. Леевик (1989), Н. В. Рождественская (1996), В..В. Зеньковский (1995) и многие другие. Одновременно с обучением инвалидов навыкам общественно-полезного труда и развертыванием «домашней промышленности» необходимо начать создание материально-технической базы будущих инвалидных производств. Ее комплектация может осуществляться под взятие инвалидом у государства или частного лица льготной ссуды, кредита, через включение последнего в активную реализацию какого-либо инновационного проекта, под залог части его имущества, лизинговой формы использования оборудования, приборов, компьютеров или в какой-либо другой форме. Существенную помощь в этом деле инвалиду могут оказать специализированные государственные и частные учреждения, фирмы, банки, участвующие в сопровождении деятельности современной потребительской кооперации, принципы которой были подробно описаны в классических экономических работах В. С. Немчинова (1969), А. В. Чаянова (1925, 1991).

Подводя итог сказанному, можно говорить о том, что главным направлением современной работы по социальной реабилитации инвалидов становится не дальнейшее совершенствование уже существующей службы их социальной защиты, имеющейся социальной и реабилитационной медицинской помощи, хотя деятельность и в этих аспектах сохраняет свою актуальность, имея хорошую перспективу своего совершенствования в обеспечении защиты инвалида от отрицательного воздействия факторов природной и социальной среды, а развитие их социально-производственной активности, степени их вовлеченности в общественно-полезный труд, уменьшение числа инвалидов, делающих основой своей предстоящей деятельности мотив сохранения жизни любой ценой. Развитие «домашней промышленности» сегодня есть во многом ключевой момент, с использованием труда инвалидов, стабилизации российской экономики, особенно на территориях России, расположенных за Уралом.

Таким образом, рациональное трудовое устройство инвалидов на рабочее место (как это написано в сборнике методических рекомендаций под редакцией В. Н. Стрижакова «Информационно-методическое обеспечение процесса реабилитации инвалидов» в 1997 году) в различных отраслях «домашней промышленности», в условиях развития рыночной экономики правового российского государства, базирующееся на общих принципах реабилитации, с постоянным использованием для поддержки этого важного направления, как бы завершающего курс его реабилитации, уже существующей нормативно-правовой базы федерального и регионального уровней, есть важнейшая цель рационального реформирования всей существующей системы реабилитации инвалидов в России, а в ее Западно-Сибирском регионе (на примере г. Новосибирска) и их выживания.

**Заключение**

В результате проделанной работы мы пришли к выводу, что социальная реабилитация инвалидов имеет программу реабилитационных мероприятий, позволяющих индивиду не только адаптироваться к своему состоянию, но в наиболее оптимальной ситуации выработать навыки самопомощи и создания сети социальных связей.

Проанализировав научную литературу о социальной реабилитации инвалидов, мы выяснили, что социальная реабилитация направлена на то, чтобы помочь инвалидам не только приспособиться к окружающей их среде, но и оказывать воздействие на их непосредственное окружение и на общество в целом, что облегчает их интеграцию в общество.

Также мы выявили, что для нашей страны проблема оказания помощи лицам с ограниченными возможностями принадлежит к числу наиболее важных и актуальных, так как рост численности инвалидов выступает в качестве устойчивой тенденции нашего социального развития, и пока нет данных, свидетельствующих о стабилизации положения или об изменении этой тенденции.

Проведя это исследование, мы выявили содержание понятий "инвалидность ", "инвалиды", "реабилитация", формы и методы решения социальных проблем инвалидов, правового обеспечения социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Поставленные нами задачи были выполнены.

Таким образом, мы приходим к итоговому выводу, что социальная реабилитация инвалидов является восстановлением способностей к социальному функционированию.

**Список литературы**

1. Башяева Т. В, Развитие восприятия у детей. Форма, цвет, звук. Популярное пособие для родителей и педагогов. — Ярославль: Академия развития, 1997. — 240с.

2. Бурланчук Л. Ф. Введение в проективную психологию. — Киев: Ника-Центр, 1997. —128с.

3. Бушмарин И. В. Роль творческого труда в современной экономике развитых капиталистических стран. — В сб.: Население и трудовые ресурсы: проблемы и решения, зарубежный опыт. — М.: Наука, 1992. — 159с.

4. Ветрова Е. Ю. Характер труда и ценностные ориентации населения промышленно развитых стран. — Сб.: Население и трудовые ресурсы: проблемы и решения, зарубежный опыт.— М.: Наука, 1992.— 139с.

5.Восстановление трудоспособности: Хроника ВОЗ. 1969. Т. 23а. — 255 с.

6. Вуджек Т. Тренировка ума. — СПб: Питер Пресс. 1996. — 228с.

7. Дементьева Н. Ф., Устинова Э. В. Роль и место социальных работников в обслуживании инвалидов и пожилых людей. Тюмень, 1995. —135с.

8. Игры — обучение, тренинг, досуг — М.: Новая школа, 1994. — 338с.

9. Жулковска Т., Ковалева А.И., Луков В.А. «Ненормальные» в обществе: Социализация людей с ограниченными интеллектуальными возможностями: Науч. монография.-Москва-Щецин: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2003. – 432 с.

10. Зеньковский В. В. Психология детства. — Екатеринбург: Деловая книга, 1995.—347с.

11.Кавокин С. Н.Указ. соч. —54с.

12. Ковалева А.И. Личность и общество: Лекции по социологии: Учебное пособие / Моск. гуманит. -социальн. академия. Кафедра социологии. – М.: Социум, 2001. – 104с.

13.Комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями вследствие заболеваний нервной системы. Методические рекомендации. М.; СПб., 1998. Т. 2. —256 с.

14. Криулина А. А. Групповая дискуссия в учебном процессе. — В сб.: Тезисы 7-го Всесоюзного съезда общества психологов СССР. — М: Совместное издательство АН СССР. Общества психологов СССР. 1989. —126с.

15. Леевик Г. В. Методики профессиональной ориентации молодежи с ограниченной трудоспособностью.—138с.

16. Немчинов В. С. Планирование и народхозяйственные балансы. — Избранные произведения. Т. 5. — М.: Наука, 1968. — 430с.

17.Российская энциклопедия социальной работы: В 2 т. М., 1997. Т. 2. —285c.

18.Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации / Под ред.

А. И. Осадчих. М., 1999.Т. 1. —235 с.

19.Социально-демографическое развитие в Западной Европе. М., 1992. —164с.

20.Теория социальной работы: Учебник / Под. ред. проф. ТЗЗ Е.И. Холостовой. – М.: Юрист, 2001. – 334с.

21.Трудотерапия как метод реабилитации инвалидов. М., 1998. —115 c.

22.Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" от 24 ноября 1995 г . № 181-ФЗ —248с.

23.Философия и методология социальной работы: /Учебное пособие / Смирнова Е.Р., Ярская В.Н.; Сарат. гос. техн. ун-т, Саратов, 1997. -104с.

24.Холостова Е.И, Дементьева Н.Ф.Социальная реабилитация. Учебное пособие.2-е изд. – М: Издательско-торговая корпорация “Дашков и Ко’’, 2003 -340с.

25. Хралыпина Л.П. Основы реабилитации инвалидов. М.,1996. —146 с.