**Введение**

Актуальность данной работы объясняется тем, что работа с инвалидами относится к категории сложнейших вопросов в социальной работе. Проблема социальной адаптации инвалидов - проблема приспособленности инвалидов к полноценной жизни в обществе здоровых людей приобрела в последнее время особую важность. Это связано с тем, что в новом тысячелетии стали существенно меняться подходы к людям, которые по воле судьбы родились или стали инвалидами. Профессиональная сфера социальной работы возникла в мире около 100 лет назад, а у нас в стране — с 1991 г. Вопросы медико-социальной и трудовой реабилитации людей с ограниченными возможностями невозможно решить без участия социальных работников и специалистов в области социальной работы. В Российской Федерации как минимум свыше 8 млн. человек официально признаны инвалидами. В перспективе ожидается дальнейший рост числа этой категории населения, в том числе и в долевом выражении". (18. – С.147).

Несмотря на рост числа инвалидов в России еще ничтожно мало учреждений, которые ведут работу по оказанию им социальной, социально-медицинской, материальной, социальной и другой помощи. Одной из важнейших проблем инвалидов является их не включенность в общественное производство, так как только часть регионов активно занимается открытием рабочих мест, что негативно сказывается на их материальном положении и психологическом состоянии. В последнее время специалисты разных профессиональных направлений ведут разработку технологии социального, социально-медицинского, социально-психологического сопровождения инвалидов. Идет активное обсуждение опыта работы ведущих социально-реабилитационных центров в специальных журналах, на конференциях и других научно-практических форумах. Однако, до сих пор существует необходимость постоянного и целенаправленного изучения проблем инвалидов как на государственном, так и региональном уровне, в том числе и университетском. Инвалид в России сталкивается также с такими проблемами как одиночество, так как их общение ограничивается рамками родительской семьи или ближайших родственников, невозможность продолжить обучение и другое. Государство, обеспечивая социальную защищенность инвалидов, призвано создавать им необходимые условия для индивидуального развития, реализации творческих и производственных возможностей и способностей путем учета их потребностей в соответствующих государственных программах, предоставления социальной помощи в предусмотренных законодательством видах в целях устранения препятствий в реализации инвалидами прав на охрану здоровья, труд, образование и профессиональную подготовку, жилищных и иных социально-экономических прав. Сегодня инвалиды относятся к наиболее социально незащищенным категориям населения. Наиболее актуальными задачами социальной политики в отношении инвалидов являются обеспечение им равных со всеми другими гражданами Российской Федерации возможностей в реализации прав и свобод, устранение ограничений в их жизнедеятельности, создание благоприятных условий, позволяющих инвалидам вести полноценный образ жизни, активно участвовать в экономической, социальной и политической жизни общества, выполнять свои гражданские обязанности.

Объектом исследования курсовой работы является социальная работа с инвалидами. Предметом – проблемы социальной работы с инвалидами. Цель данной работы: Изучить проблемы социальной работы с инвалидами.

Исходя, из поставленной цели, ставлю перед собой следующие задачи:

1. Определить понятие инвалидности;
2. Рассмотреть виды инвалидности;
3. Изучить механизм реализации государственной политики в отношении инвалидов;
4. Изучить нормативно-правовую базу по работе с инвалидами;
5. Обозначить основные принципы работы с инвалидами;
6. Рассмотреть особенности работы с инвалидами в социальной среде;
7. Обосновать психологический аспект в работе с инвалидами;
8. Изучить основное содержание и виды реабилитации инвалидов.

Методы исследования: анализ литературы и документов, обобщающих опыт работы центров социального обслуживания с инвалидами. В данной курсовой работе использовались труды учёных: Е.И. Холостовой, М.Э. Бочко; П.В. Павленок; Н.Ф. Дементьевой, Б.А. Долгаева и других.

**ГЛАВА 1. Социальная работа с инвалидами. общие положения**

**1.1 Понятие инвалидности и ее виды**

Термин «инвалид» восходит к латинскому корню (volid – «действенный, полноценный, могущий») и в буквальном переводе может означать «непригодный», «неполноценный». 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 увеченным воинам. Со второй половины ХIХ 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. Наконец, после Второй мировой войны в русле общего движения по формулированию и защите прав человека в целом и отдельных категориях населения в частности происходит формирование понятия «инвалид», относящегося ко всем лицам имеющим физические, психические или интеллектуальные ограничения жизнедеятельности.

В соответствии с Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации", 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. (8).

Ограничение жизнедеятельности лица выражается в полной или частичной утрате им способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью. (17. – С.87).

Сегодня инвалиды относятся к наиболее социально незащищённой категории населения. Их доход значительно ниже среднего, а потребности в медицинском и социальном обслуживании намного выше. Они в меньшей степени имеют возможности получить образование, не могут заниматься трудовой деятельностью. Большинство из них не имеет семьи и не желает участвовать в общественной жизни. Всё это говорит о том, что инвалиды в нашем обществе являются дискриминируемым и сегрегированным меньшинством.

Все инвалиды по разным основаниям делятся на несколько групп:

* По возрасту — дети-инвалиды, инвалиды-взрослые.
* По происхождению инвалидности: инвалиды с детства, инвалиды войны, инвалиды труда, инвалиды общего заболевания.
* По степени трудоспособности: инвалиды трудоспособные и нетрудоспособные, инвалиды I группы (нетрудоспособные), инвалиды II группы (временно нетрудоспособные или трудоспособные в ограниченных сферах), инвалиды II группы (трудоспособные в щадящих условиях труда).
* По характеру заболевания инвалиды могут относиться к мобильным, маломобильным или неподвижным группам.
	1. **Механизм реализации государственной политики в отношении инвалидов**

Государственные структуры, неправительственные организации и общественные объединения, частные инициативы призваны не только охранять здоровье населения и заниматься профилактикой инвалидности, но и создавать условия для реабилитации инвалидов, их интеграции и реинтеграции в общество и профессиональную деятельность.

Эффективным механизмом реализации государственной политики в решении проблем инвалидов в Российской Федерации стали целевые федеральные и региональные программы, объединяющие усилия различных ведомств. В 1994 г. начато финансирование программы «Разработка и производство технических средств реабилитации для обеспечения инвалидов». Создана также федеральная программа «Социальная поддержка инвалидов». В рамках Федеральной комплексной программы «Дети России» предусмотрена программа «Дети-инвалиды».

Реализация федеральных программ должна создать условия, соответствующие требованиям и нормам цивилизованного государства, при которых инвалид, как и любой гражданин, имеет возможность на равных условиях получить образование, трудиться, материально обеспечивать себя и иметь доступ ко всем объектам социальной, производственной и хозяйственной инфраструктуры.

В этих условиях основной задачей социальной работы с инвалидами является объединение усилий как государственных органов, так и общественных и частных инициатив, групп самопомощи для наиболее полного удовлетворения потребностей данной категории населения и самореализации лиц с ограниченными возможностями.

Основными социально-экономическими и социально-демографическими показателями, характеризующими положение инвалидов в обществе, являются: участие в трудовой и общественной деятельности, размеры заработной платы и пенсии, уровень потребления товаров длительного пользования, жилищно-бытовые условия, семейный статус, образование.

Ранее основные усилия государства по повышению уровня жизни инвалидов сводились преимущественно к предоставлению разного рода материальных льгот и дотаций отдельным их категориям. Вместе с тем существовала довольно развитая система специализированных предприятий, использующих труд инвалидов, которые, однако, в условиях рыночной экономики становятся неконкурентоспособными по сравнению с коммерческими структурами. Продолжение социальной политики в отношении инвалидов в предоставлении различных льгот представляется вряд ли возможным в условиях бюджетного дефицита, к тому же оно чревато и рядом негативных последствий — противопоставление здоровых и инвалидов (что, в свою очередь, порождает негативное отношение к последним), а также различных категорий инвалидов друг другу; нежелание некоторых инвалидов участвовать в реабилитационных процессах в связи с иждивенческими настроениями и ожиданием льгот и дотаций.

Развитию социальной работы с инвалидами в целях их интеграции должно способствовать создание сети реабилитационных центров для лиц с ограниченными возможностями, где осуществлялись бы профориентация, профобучение, консультирование по психологическим, правовым и организационным проблемам; предлагалась бы конкретная помощь по обеспечению в трудоустройстве. (18. – С.149).

* 1. **Нормативно-правовая база работы с инвалидами**

Зарубежный и отечественный опыт свидетельствует, что социальную работу с лицами, имеющими инвалидность, необходимо осуществлять на основе и с учетом нормативно-правовой базы документов мирового сообщества (учредительные акты, декларации, пакты, конвенции, рекомендации и резолюции ООН, ВОЗ, МОТ, ЮНЕСКО, ЮНИСЕФ и др.), законодательных актов Межпарламентской Ассамблеи государств — участников СНГ, законов и подзаконных актов Российской Федерации.

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

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

Согласно этой Декларации инвалид — это любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет, его (ее) физических или умственных возможностей.

В соответствии с Декларацией инвалиды имеют неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства; несмотря на происхождение, характер и серьезность увечий или недостатков, имеют те же основные права, что и их сограждане того же возраста, т.е. в первую очередь право на удовлетворительную жизнь, которая должна быть как можно более нормальной и полнокровной.

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

При организации социальных служб для инвалидов необходимо учитывать, что они имеют право на экономическое и социальное обеспечение и удовлетворительный уровень жизни. При этом они имеют право на медицинское, психическое или функциональное лечение, включая использование протезных и ортопедических аппаратов, на восстановление здоровья и положения в обществе, на образование, ремесленную профессиональную подготовку и восстановление трудоспособности, помощь, консультации, услуги по трудоустройству и другие виды обслуживания, которые позволят им максимально проявить свои возможности и способности и ускорят процесс их социальной интеграции или реинтеграции. Инвалиды имеют также право жить в кругу своих семей или в условиях, их заменяющих, и участвовать во всех видах общественной деятельности, связанных с творчеством или проведением досуга. Если пребывание инвалида в специальном учреждении является необходимым, то среда и условия жизни в нем должны как можно больше соответствовать среде и условиям нормальной жизни лиц его (ее) возраста.

В целях привлечения внимания мировой общественности к проблемам инвалидности и изучения потенциальных возможностей этой группы населения, а также изучения возможностей наиболее полно реализовать вклад инвалидов в процесс развития, с 1983 по 1992 гг. проводилось Международное десятилетие инвалидов Организации Объединенных Наций.

По решению ООН 3 декабря считается Международным днем инвалидов. (18. – С.151).

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

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

* осуществляет руководство врачебно-трудовой экспертизой и службой медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;
* участвует в формировании государственной политики в области градостроительства, обеспечивающей доступность объектов инфраструктуры для инвалидов и престарелых граждан;
* оказывает помощь общественным организациям инвалидов в создании рабочих мест для инвалидов и в их трудоустройстве;
* содействует созданию и развитию специализированных предприятии по использованию труда инвалидов и пенсионеров, развитию надомных видов труда и других форм занятости;
* способствует развитию физической культуры и спортивного движения инвалидов как этапа их социальной реабилитации;
* определяет потребность и осуществляет заказы на производство специальных транспортных средств, приспособлений производственного и бытового характера, других технических средств реабилитации инвалидов и ухода за ними;
* обеспечивает организацию протезно-ортопедической помощи населению;
* содействует созданию и совершенствованию деятельности научно-исследовательских, конструкторско-технологических организаций, центров медико-социальной и профессиональной реабилитации инвалидов и иных организаций, учреждений и предприятий, осуществляющих функции социальной защиты населения.

В соответствии с постановлением Совета Министров Правительства Российской Федерации от 23 июля 1993 г. в состав Минсоцзащиты России входит Департамент по делам инвалидов, функциональными обязанностями которого являются:

* разработка комплексной системы социальной защиты инвалидов, включая организацию реабилитации, прямой социальной помощи и поддержки инвалидов, а также проведение медико-социальной экспертизы;
* координация деятельности государственных, общественных и иных организаций инвалидов, направленной на содействие активному участию инвалидов в жизни общества;
* создание на государственной, благотворительной и попечительской основе сети служб реабилитации и социального обслуживания инвалидов;
* подготовка предложений по совершенствованию действующего законодательства по вопросам социальной защиты инвалидов и деятельности их общественных организаций;
* установление принципов организации служб медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов и управление ими;
* организация подготовки кадров в сфере социальной защиты инвалидов.

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан медико-социальная экспертиза устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности граждан, определяет виды, объем и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты, дает рекомендации по трудовому устройству граждан. Медико-социальная экспертиза проводится учреждениями медико-социальной экспертизы системы социальной защиты населения. Рекомендации медико-социальной экспертизы по трудовому устройству граждан являются обязательными для администрации предприятий, учреждений, организаций независимо от формы собственности.

Группа и причины инвалидности устанавливаются в настоящее время в соответствии с советским и российским законодательством. Одно из основных нормативных актов в этой области — Положение о врачебно-трудовых экспертных комиссиях, утвержденное постановлением Совета Министров РСФСР и ВЦСПС от 9 апреля 1985 г. (в соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан врачебно-трудовая экспертиза преобразуется в медико-социальную экспертизу).(7)

Врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК) проводят свою работу по территориальному принципу, и их основными задачами являются:

* определение состояния трудоспособности, постоянной или длительной ее утраты, установление группы и причины инвалидности;
* определение для инвалидов условий и видов труда, работ и профессий, доступных им по состоянию здоровья, а также условий и методов, при помощи которых нарушенная трудоспособность может быть восстановлена или повышена, проверка правильности использования труда инвалидов на работе в соответствии с заключениями комиссий;
* содействие укреплению здоровья населения, предупреждению инвалидности;
* изучение совместно с органами здравоохранения, администрацией предприятий, учреждений, организаций и профсоюзными организациями причин утраты трудоспособности и участие в разработке мероприятий по профилактике инвалидности и восстановлению трудоспособности.

В зависимости от степени нарушения здоровья человека, приводящего к полной или значительной потере профессиональной трудоспособности или существенным затруднениям в жизни, выделяются три группы инвалидности. В зависимости от установленной группы, причины, а при необходимости и времени наступления инвалидности назначаются пенсии, устанавливаются льготы, предоставляются другие виды социального обеспечения и обслуживания.

Первая группа инвалидности устанавливается для лиц с полной постоянной или длительной потерей трудоспособности, нуждающихся в постоянном уходе (помощи или надзоре), в том числе и тех, которые могут быть приспособлены к отдельным видам трудовой деятельности в особо организованных индивидуальных условиях (специальные цехи, работа на дому и др.).

Вторая группа инвалидности дается при полной или длительной потере трудоспособности лицам, не нуждающимся в постоянной посторонней помощи, уходе или надзоре, а также в тех случаях, когда все виды труда на длительный период противопоказаны из-за возможного ухудшения течения заболевания (например, при тяжелых хронических заболеваниях, комбинированных значительных дефектах верхних и нижних конечностей и других повреждениях, значительной потере зрения).

Третья группа инвалидности устанавливается при необходимости перевода лиц по состоянию здоровья на менее квалифицированную работу вследствие невозможности продолжать работу по своей прежней профессии (специальности); при необходимости по состоянию здоровья значительных изменений в условиях работы по своей профессии, приводящих к сокращению объема производственной деятельности; при значительном ограничении возможности трудового устройства лиц низкой квалификации или ранее не работавших; при анатомических дефектах или деформациях, значительно затрудняющих выполнение профессионального труда.

Поскольку в результате лечения, а также под влиянием благоприятных социальных факторов степень утраты трудоспособности может меняться, установлены сроки переосвидетельствования инвалидов: для инвалидов первой группы — один раз в два года, для инвалидов второй и третьей групп — один раз в год. Инвалидность, обусловленная анатомическими дефектами или необратимыми хроническими заболеваниями в любом возрасте, а также мужчинам старше 60 лет и женщинам старше 55 лет, устанавливается бессрочно.

При определении группы инвалидности ВТЭК всегда должна устанавливать причину инвалидности, поскольку от причины инвалидности во многих случаях зависит право на пенсию, ее размер и различные льготы.

В соответствии с Методическими указаниями по определению причин инвалидности, утвержденными приказом Министерства социального обеспечения РСФСР от 25 декабря 1986 г., ВТЭК устанавливает следующие причины инвалидности:

* общее заболевание;
* трудовое увечье;
* профессиональное заболевание;
* инвалидность с детства;
* ранение (контузия, увечье), полученные при защите СССР (РФ);
* ранение (контузия, увечье), полученные при исполнении обязанностей военной службы;
* заболевания, связанные с пребыванием на фронте;
* увечье, полученное в результате несчастного случая, не связанного с исполнением обязанностей военной службы;
* заболевание, не связанное с пребыванием на фронте (заболевание получено в период прохождения военной службы);

заболевание, полученное при исполнении обязанностей воинской службы.

Утверждены также дополнительные инструкции, рекомендации и положения о порядке установления причинной связи инвалидности у участников Великой Отечественной войны; с пребыванием на фронте у лиц, проходивших службу в составе Вооруженных Сил СССР; а также воинов, выполнявших интернациональный долг в Республике Афганистан; лиц, утративших трудоспособность вследствие стихийных бедствий или катастроф; заболеваний, инвалидности и смерти лицам, подвергшимся радиационным воздействиям, что предусматривает введение дополнительных льгот для инвалидов по пенсионному обеспечению, протезированию, медицинскому обслуживанию, санаторно-курортному лечению, по труду, обеспечению жилой площадью, проезду на транспорте и др. Социальное обслуживание инвалидов регулируется Федеральным законом «О социальном обслуживании граждан пожилого возрастал инвалидов», принятым Государственной Думой 17 мая 1995 г. Преамбула закона констатирует, что социальное обслуживание является одним из направлений деятельности по социальной защите населения, устанавливает экономические, социальные и правовые гарантии для граждан пожилого возраста и инвалидов, исходя из необходимости утверждения принципов человеколюбия и милосердия. (18. – С.136). Социальное обслуживание представляет собой деятельность по удовлетворению потребностей граждан пожилого возраста и инвалидов в социальных услугах. Социальное обслуживание включает в себя совокупность социальных услуг: уход; организация питания; содействие в получении медицинской, правовой, социально-психологической и натуральных видов помощи, в профессиональной подготовке, трудоустройстве, организации досуга; содействие в организации ритуальных услуг и других услуг, которые предоставляются гражданам пожилого возраста и инвалидам на дому или в учреждениях социального обслуживания независимо от форм собственности.

* 1. **Основные принципы работы с инвалидами**

Деятельность в сфере социального обслуживания строится на следующих принципах:

* соблюдение прав человека и гражданина;
* предоставление государственных гарантий в сфере социального обслуживания;
* обеспечение равных возможностей в получении социальных услуг и их доступности для граждан пожилого возраста и инвалидов;
* преемственность всех видов социального обслуживания;
* ориентация социального обслуживания на индивидуальные потребности граждан пожилого возраста и инвалидов;
* приоритет мер по социальной адаптации граждан пожилого возраста и инвалидов;
* ответственность органов государственной власти, органов местного самоуправления и учреждений, а также должностных лиц за обеспечение прав граждан пожилого возраста и инвалидов в сфере социального обслуживания.

Государство гарантирует человеку возможность получения социальных услуг на основе принципа социальной справедливости независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и других обстоятельств.

Право на социальное обслуживание, осуществляемое в государственном, муниципальном и негосударственном секторах системы социального обслуживания, имеют граждане пожилого возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) и инвалиды (в том числе дети-инвалиды), нуждающиеся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию и (или) к передвижению.

Социальное обслуживание осуществляется по решению органов социальной защиты населения в подведомственных им учреждениях либо по договорам, заключаемым органами социальной защиты с учреждениями социального обслуживания иных форм собственности.

При получении социальных услуг граждане пожилого возраста и инвалиды имеют право на:

* уважительное и гуманное отношение со стороны работников учреждений социального обслуживания;
* выбор учреждения и формы социального обслуживания в порядке, установленном федеральным органом социальной защиты населения субъектов Российской Федерации;
* информацию о своих правах, обязанностях и условиях оказания социальных услуг;
* согласие на социальное обслуживание;
* отказ от социального обслуживания;
* конфиденциальность информации личного характера, ставшей известной работнику учреждения социального обслуживания при оказании социальных услуг;
* защиту своих прав, в том числе в судебном порядке.

В соответствии с указанным Федеральным законом «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» определяются следующие формы социального обслуживания:

1. социальное обслуживание на дому, включая социально-медицинское обслуживание;
2. полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания;
3. стационарное социальное обслуживание в стационарных учреждениях социального обслуживания (домах-интернатах, пансионатах и других учреждениях социального обслуживания независимо от их наименования);
4. срочное социальное обслуживание в целях оказания неотложной помощи разового характера остро нуждающимся в социальной поддержке;
5. социально-консультативная помощь, направленная на адаптацию граждан пожилого возраста и инвалидов в обществе, ослабление социальной напряженности, создание благоприятных отношений в семье, а также обеспечение взаимодействия личности, семьи, общества и государства.

Данная форма ориентирована на психологическую поддержку, активизацию усилий пожилых людей и инвалидов в решении собственных проблем. В качестве одной из мер предусмотрена помощь в обучении, профессиональной ориентации и трудоустройстве инвалидов.

Данный Федеральный закон регламентирует порядок оплаты надомного, полустационарного и стационарного обслуживания в государственных и муниципальных учреждениях социального Обслуживания. В ст. 36 Закона перечислены права социальных работников и льготы для специалистов сферы социального обслуживания.

К государственным учреждениям социально-бытового обслуживания инвалидов относятся дома-интернаты для престарелых и инвалидов, положение о которых утверждено приказом Министерства социального обеспечения РСФСР от 27 декабря 1978 г. В соответствии с данным приказом «дом-интернат» является медико-социальным учреждением, предназначенным для постоянного проживания престарелых и инвалидов, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании. В доме-интернате для осуществления лечебно-трудовой и активирующей терапии создаются лечебно-производственные (трудовые) мастерские, а в доме-интернате, расположенном в сельской местности, кроме того, и подсобное хозяйство с необходимым инвентарем, оборудованием и транспортом.

Другое учреждение данного типа — психоневрологический интернат, определяемый как медико-социальное учреждение, предназначенное для постоянного проживания престарелых и инвалидов, страдающих психическими хроническими заболеваниями и нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании. В психоневрологический интернат принимаются лица с умственной отсталостью в степени выраженной дебильности, имбецильности и идиотии, а также лица, страдающие затяжными формами психических заболеваний, состояние которых характеризуется отсутствием острой психической симптоматики, наличием слабоумия или грубых проявлений психического дефекта.

В целях дальнейшего совершенствования системы социально-бытового обслуживания и в соответствии с приказом Минсоцзащиты России от 20 июля 1993 г. создаются центры социального обслуживания, которые являются учреждениями социальной защиты населения, осуществляющими на территории города или района организационную и практическую деятельность по оказанию различных видов социальной помощи престарелым гражданам, инвалидам и другим группам населения, нуждающимся в социальной поддержке. Структура центра предусматривает наличие различных подразделений социального обслуживания, в том числе отделения дневного пребывания престарелых и инвалидов, социальной помощи на дому, службы срочной социальной помощи и др.

Основными задачами центра социального обслуживания, действующего совместно с государственными и общественными организациями (органами здравоохранения, образования, миграционной службы, комитетами Общества Красного Креста, ветеранскими организациями, обществами инвалидов и т.д.), являются:

* выявление престарелых, инвалидов и других лиц, нуждающихся в социальной поддержке;
* определение конкретных видов и форм помощи лицам, нуждающимся в социальной поддержке;
* дифференцированный учет всех лиц, нуждающихся в социальной поддержке, в зависимости от видов и форм требуемой помощи, периодичности ее предоставления;
* предоставление различных социально-бытовых услуг разового или постоянного характера лицам, нуждающимся в социальной поддержке;
* анализ уровня социально-бытового обслуживания населения города, района, разработка перспективных планов развития этой сферы социальной поддержки населения, внедрение в практику новых видов и форм помощи в зависимости от характера нуждаемости граждан и местных условий;
* привлечение различных государственных и негосударственных структур к оказанию социально-бытовой помощи нуждающимся и координация их деятельности.

Отделение социальной помощи на дому создаётся для осуществления постоянного или временного (до 6 месяцев) социально-бытового обслуживания в надомных условиях пенсионеров и инвалидов, нуждающихся в посторонней помощи вследствие частичной утраты способности к самообслуживанию; отделение дневного пребывания предназначено для бытового, медицинского, культурного обслуживания пенсионеров и инвалидов, организации их отдыха, привлечения к посильной трудовой деятельности и поддержания активного образа жизни; служба срочной социальной помощи оказывает неотложную помощь разового характера, направленную на поддержание жизнедеятельности граждан, остро нуждающихся в этом. К основным направлениям деятельности службы наряду с предоставлением бесплатного горячего питания или продуктовых наборов, одежды, обуви и других предметов первой необходимости относится также предоставление необходимой информации и проведение консультаций по вопросам социальной помощи, содействие в получении временного жилья и оказание экстренной психологической помощи, в том числе по «телефону доверия». (18. – С.152).

Особое внимание в законодательстве уделяется помощи детям-инвалидам. Разработана система льгот и дотаций семьям, имеющим детей-инвалидов, созданы специальные учреждения для таких детей, в частности дом-интернат для детей с физическими недостатками, предназначение которого — предоставить постоянное проживание детям, нуждающимся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании, а также осуществлять их социально-трудовую адаптацию с одновременным обучением по программе общеобразовательной школы. Эти же задачи выполняют детские дома-интернаты для умственно отсталых детей.

Вместе с тем вся эта система не в состоянии в настоящее время компенсировать и преодолеть трудности, с которыми сталкивается инвалид, особенно на первых этапах адаптации к новым условиям существования и жизнеобеспечения. Как правило, для большинства из них инвалидность связана с ухудшением материального положения, утратой прежних социальных связей и статуса; это положение усугубляется ощущением оторванности от внешнего мира, психологической подавленности и одиночества. Психологические проблемы при этом испытывают не только инвалиды, но и их близкие, родственники.

**ГЛАВА 2. Проблемы и особенности социальной работы с инвалидами**

**2.1. Особенности работы с инвалидами в социальной среде**

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, 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 установлено, что из 200 семей с нетрудоспособными членами в 39,6% имеются инвалиды. (13. – С.12).

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, 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.

Наибольшая нуждаемость в социальной защите 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. (13. – С.12). 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, 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 инвалидом, нуждающихся в помощи социального работника, необходимо использовать специально разработанную методику.

**2.2 Психологический аспект в работе с инвалидами**

Психологический аспект отражает как личностно-психологическую ориентацию самого инвалида, так и эмоционально-психологическое восприятие проблемы инвалидности обществом. Инвалиды относятся к категории так называемого маломобильного населения и являются наименее защищенной, социально уязвимой частью общества. Это связано, прежде всего, с дефектами их физического состояния, вызванного заболеваниями, приведшими к инвалидности, а также с имеющимся комплексом сопутствующей соматической патологии и с пониженной двигательной активностью, характерными для большинства инвалидов. Кроме того, в значительной степени социальная незащищенность этих групп населения связана с наличием психологического фактора, формирующего их отношение к обществу и затрудняющего адекватный контакт с ним. Психологические проблемы возникают при изолированности инвалидов от внешнего мира, как вследствие имеющихся недугов, так и в результате неприспособленности окружающей среды для инвалидов на кресло-колясках, при разрыве привычного общения в связи с выходом на пенсию, при наступлении одиночества. Все это ведет к возникновению эмоционально-волевых расстройств, развитию депрессии, изменениям поведения. С наступлением инвалидности возникают реальные трудности как субъективного, так и объективного характера, связанные с адаптацией к новым жизненным условиям. Инвалиду во многом затруднен доступ к образованию, трудоустройству, культурным и спортивным мероприятиям; общественный транспорт практически не приспособлен для инвалидов — все это еще в большей степени способствует возникновению у них ощущения оторванности от мира. Инвалид как бы обособлен от общества, остается один на один со своими собственными проблемами. Замкнутое пространство, ограниченность общения приводят к возникновению у инвалидов нервных расстройств, что вносит дополнительные трудности в их обслуживание. Помочь инвалиду преодолеть это состояние, приспособиться к новой среде жизнеобитания и призвана социальная работа, и в первую очередь, в области реабилитации. (18. – С.154).

**3. Основное содержание и виды реабилитации инвалидов**

Под реабилитацией понимается система мероприятий, цель которых — быстрейшее и наиболее полное восстановление здоровья больных и инвалидов и возвращение их к активной жизни и общественно полезному труду. Реабилитация больных и инвалидов представляет собой комплексную систему государственных, медицинских, психологических, социально-экономических, педагогических, производственных, бытовых и других мероприятий.

Медицинская реабилитация направлена на полное или частичное восстановление или компенсацию той или иной нарушенной или утраченной функции или на замедление прогрессирования заболевания.

Право на бесплатную медицинскую реабилитационную помощь закреплено законодательствами о здравоохранении и труде. Предусмотрено пенсионное обеспечение в случае утраты трудоспособности; право граждан на материальное обеспечение предусмотрено на весь срок нетрудоспособности.

Реабилитация в медицине является начальным звеном системы общей реабилитации, ибо заболевший человек прежде всего нуждается в медицинской помощи. По существу, между периодом лечения заболевшего человека и периодом его медицинской реабилитации, или восстановительного лечения, нет четкой границы, так как лечение всегда направлено на восстановление здоровья и возвращение к трудовой деятельности, однако мероприятия по медицинской реабилитации начинаются в больничном учреждении после исчезновения острых симптомов заболевания — для этого применяются все виды необходимого лечения — хирургическое, терапевтическое, ортопедическое, курортное и др. (18. – С.154).

Заболевший либо получивший травму, увечье человек, ставший временно нетрудоспособным или инвалидом, получает не только лечение — органы здравоохранения и социальной защиты, профессиональные союзы, органы образования (если это ребенок), предприятия и организации, где работал больной, принимают необходимые меры к восстановлению его здоровья, осуществляют комплексные мероприятия по возвращению его к активной жизни, возможному облегчению его положения.

Все другие формы реабилитации — психологическая, педагогическая, социально-экономическая, профессиональная, бытовая — проводятся наряду с медицинской.

Психологическая форма реабилитации — это воздействие на психическую сферу больного, на преодоление в его сознании представления о бесполезности лечения. Эта форма реабилитации сопровождает весь цикл лечебно-восстановительных мероприятий.

Педагогическая реабилитация — это мероприятия воспитательного характера, направленные на то, чтобы больной ребенок овладел необходимыми умениями и навыками по самообслуживанию, получил школьное образование. Очень важно выработать у ребенка психологическую уверенность в собственной полноценности и создать правильную профессиональную ориентацию. По отношению к взрослым проводятся мероприятия, предусматривающие их подготовку к различным доступным им видам деятельности, создающие также уверенность в том, что приобретенные знания в той или иной области окажутся полезными в последующем трудоустройстве.

Социально-экономическая реабилитация — это целый комплекс мероприятий: обеспечение больного или инвалида необходимым и удобным для него жилищем, находящимся вблизи места работы, поддержание уверенности больного или инвалида в том, что он является полезным членом общества; денежное обеспечение больного или инвалида и его семьи путем выплат по временной нетрудоспособности или инвалидности, назначения пенсии и т.п.

Профессиональная реабилитация предусматривает обучение или переобучение доступным формам труда, обеспечение необходимыми индивидуальными техническими приспособлениями для облегчения пользования рабочим инструментом, приспособление прежнего рабочего места больного или инвалида к его функциональным возможностям, организацию для инвалидов специальных цехов и предприятий с облегченными условиями труда и сокращенным рабочим днем и т.д. (18. – С.155).

В реабилитационных центрах широко используется метод трудовой терапии, основанный на тонизирующем и активизирующем воздействии труда на психофизиологическую сферу человека. Длительная бездеятельность расслабляет человека, снижает его энергетические возможности, а работа повышает жизненный тонус, являясь естественным стимулятором. Нежелательный психологический эффект дает и длительная социальная изоляция неработающего человека.

Трудовая терапия как метод восстановительного лечения имеет, важное значение для постепенного возвращения больных к обычному жизненному ритму. Большую роль трудовая терапия играет при заболеваниях и травмах костно-суставного аппарата, предотвращая развитие стойких анкилозов (неподвижность суставов).

Особое значение трудовая терапия приобрела при лечении психических болезней, которые часто являются причиной длительной изоляции больного от общества. Трудовая терапия облегчает взаимоотношения между людьми, снимая состояние напряженности и беспокойства. Занятость, концентрация внимания на выполняемой работе отвлекают пациента от его болезненных переживаний. Значение трудовой активизации для душевнобольных, сохранения их социальных контактов в ходе совместной деятельности так велико, что трудовая терапия как вид медицинской помощи раньше всех была использована в психиатрии. (Кроме того, трудовая терапия позволяет приобрести определенную квалификацию.) Положение инвалидов, работающих на конкретных рабочих местах, решается в регионах, на предприятиях в рамках действующего законодательства и локальных правовых актов. Одним из примеров такого решения проблем занятости инвалидов на региональном уровне, в частности, является принятие в 1997 году по инициативе областной службы занятости губернатором Челябинской области постановления от 30.07.97. №563 «О мерах по обеспечению занятости инвалидов и других категорий граждан, особо нуждающихся в социальной защите», устанавливающего на территории области для всех организаций с численностью работников свыше 30 человек обязательную трехпроцентную квоту для приема на работу инвалидов. При наличии законодательной базы по введению квоты для приема на работу инвалидов (федеральные законы «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и «О занятости населения в Российской Федерации») на уровне региона был принят нормативно-правовой акт, регулирующий механизм и порядок установления квоты – постановление губернатора Челябинской области от 01.12.97. №789 «Об утверждении Временного порядка квотирования рабочих мест для трудоустройства инвалидов» (в ред. Постановления губернатора области от 08.10.1998. №508). (11. – С.117-122).

В результате была значительно расширена база рабочих мест для трудоустройства инвалидов. Рабочие места, предоставляемые ежемесячно работодателями, не выполняющими установленную квоту, составляют областной специализированный банк вакансий для инвалидов, который содержит в настоящее время от 600 до 800 вакансий. Финансовые средства, поступающие от работодателей, не выполняющих установленную квоту, являются дополнительным источником для создания рабочих мест для инвалидов. Проблема занятости инвалидов должна решаться путем разработки и реализации региональных программ занятости инвалидов, объединяющих все финансовые ресурсы региона. В Челябинской области политика занятости инвалидов нашла отражение в областной межведомственной «Программе профессиональной реабилитации и содействия занятости инвалидов», реализовавшейся в 1998–2000 годах и в разрабатываемой в настоящее время аналогичной программе на 2001– 2003 годы. В этих программах, на основе реальных потребностей инвалидов (по данным индивидуальных программ реабилитации инвалидов) и реальных источников финансирования, во взаимодействии с заинтересованными ведомствами, общественными организациями инвалидов и решается проблема трудовой занятости инвалидов в регионе. В 1998–2000 году органами медико-социальной экспертизы области было разработано 5 196 ИПР с соответствующими рекомендациями по профессиональной реабилитации и показаниями по трудоустройству, из них 14 – для инвалидов I группы, 139 – II группы и 5 043 – III группы. Все эти инвалиды являются потенциальными клиентами службы занятости, кроме тех, конечно, кто выберет самостоятельный поиск работы. Приводим результаты разработки органами медикосоциальной экспертизы области индивидуальных программ реабилитации инвалидов в 1998–2000 годах. Органы Государственной службы занятости в решении проблем содействия трудоустройству инвалидов используют наряду с так называемыми «пассивными» направлениями (поддержание доходов инвалидов – пособия по безработице, материальная помощь) и «активные» направления политики занятости (трудоустройство на квотированные, новые, созданные с участием службы занятости рабочие места, профессиональная ориентация и профессиональное обучение, участие в общественных работах, содействие предпринимательству). Бытовая реабилитация — это предоставление инвалиду протезов, личных средств передвижения дома и на улице (специальные вело- и мотоколяски, автомашины с приспособленным управлением и др.). В последнее время большое значение придается спортивной реабилитации. Участие в спортивно-реабилитационных мероприятиях позволяет относительно здоровым детям преодолевать страх перед больным ребенком, формировать культуру отношения к слабому, корректировать иногда гипертрофированные потребительские тенденции и, наконец, включать ребенка в процесс самовоспитания, приобретения навыков вести самостоятельный образ жизни, быть достаточно свободным и независимым.

Социальный работник, проводящий реабилитационные мероприятия с клиентом, который получил инвалидность в результате общего или профессионального заболевания, травмы или ранения, должен использовать комплекс этих мероприятий, ориентироваться на конечную цель — восстановление личного и социального статуса инвалида — и учитывать метод взаимодействия с клиентом, предполагающий:

* апелляцию к личности клиента;
* его партнерство с социальным работником в реализации целей реабилитации;
* разносторонность усилий, направленных на различные сферы жизнедеятельности инвалида и на изменение его отношения к себе и своему недугу;
* единство воздействий биологических (медикаментозное лечение, физиотерапия и т.д.) и психосоциальных (психотерапия, трудовая терапия и др.) факторов;
* определенную последовательность — переход от одних воздействий и мероприятий к другим.

Целью реабилитации больных и инвалидов должна быть не только ликвидация болезненных проявлений, но и выработка у них качеств, помогающих более оптимально приспособиться к окружающей среде.

В этой связи особое значение при проведении реабилитационных мероприятий приобретает экспертиза трудоспособности и рационального трудоустройства.

Такое восприятие реабилитации позволило М.М. Кабанову определить ее как динамическую систему взаимосвязанных компонентов (медицинских, психологических, социальных), направленных на достижение конечной цели (восстановление статуса личности) особым методом, стержневым содержанием которого является обращение (апелляция) к личности больного. (18. – С.156).

При проведении реабилитационных мероприятий необходимо учитывать психосоциальные факторы, приводящие в ряде случаев к эмоциональному стрессу, росту нервно-психической патологии и возникновению так называемых психосоматических заболеваний, а зачастую — проявлению девиантного поведения. Биологические, социальные и психологические факторы, взаимно переплетаются на различных этапах адаптации больного к новым условиям жизнеобеспечения.

При разработке реабилитационных мероприятий необходимо учитывать как медицинский диагноз, так и особенности личности в социальной среде. Этим, в частности, объясняется необходимость привлечения к работе с инвалидами социальных работников и психологов в самой системе здравоохранения, ибо граница между профилактикой, лечением и реабилитацией весьма условна и существует для удобства разработки мероприятий.

Тем не менее реабилитация отличается от обычного лечения тем, что предусматривает выработку совместными усилиями социального работника, медицинского психолога и врача, с одной стороны и клиента и его окружения (в первую очередь семейного) — с другой стороны, качеств, помогающих оптимальному приспособлению клиента к социальной среде. Лечение в данной ситуации — это процесс, больше воздействующий на организм, на настоящее, а реабилитация больше адресуется личности и как бы устремлена в будущее.

Задачи реабилитации, а также ее формы и методы меняются в зависимости от этапа. Если задача первого этапа — восстановительного. — профилактика дефекта, госпитализация, установление инвалидности, то задача последующих этапов — приспособление индивидуума к жизни и труду, его бытовое и трудовое устройство, создание благоприятной психологической и социальной микросреды. Формы воздействия при этом разнообразны — от первоначального активного биологического лечения до «лечения средой», психотерапии, лечения занятостью, роль которых возрастает на последующих этапах. Формы и методы реабилитации зависят от тяжести заболевания или травмы, особенности клинической симптоматики особенностей личности больного и социальных условий.

Таким образом, социальный работник обязан учитывать, что реабилитация — это не просто оптимизация лечения, а комплекс мероприятий, направленных не только на самого клиента, но и на его окружение — в первую очередь на его семью. В этой связи важное значение для реабилитационной программы имеют групповая (психо)терапия, семейная терапия, трудовая терапия и терапия средой. Терапия как определенная форма вмешательства (интервенции) в интересах клиента может быть рассмотрена как метод лечения, влияющий на психические и соматические функции организма; как метод влияния, связанный с обучением и профессиональной ориентацией; как инструмент социального контроля; как средство коммуникации. В процессе реабилитации происходит изменение ориентации — от медицинской модели (установка на болезнь) к антропоцентрической (установка на связь индивида с социальной средой). В соответствии с этими и решается, кем и какими средствами, а также в рамках каких государственных учреждений и общественных структур должна осуществляться терапия.

**Заключение**

Итак, из всего вышеизложенного можно сделать следующие выводы.

Социальная поддержка и реабилитация инвалидов, - процесс сложный, противоречивый. Он включает взаимодействие общества, семьи, личности родителей и ребенка-инвалида. В целях их социальной защиты принимаются законы, выделяются средства на организацию лечения, реабилитации, образования и досуга, предпринимаются меры по безбарьерному доступу в различные структуры и обеспечению информацией. Для людей с ограниченными возможностями здоровья предусматриваются дополнительное питание, летний отдых и т.п. Однако любых усилий государства будет недостаточно, если не проводить целенаправленную социальную работу с самими инвалидами и их семьями, имея в виду возможную активизацию их жизнедеятельности и обеспечение посильной интеграции в общество. Деятельность в сфере социального обслуживания строится на следующих принципах: соблюдение прав человека и гражданина; предоставление государственных гарантий в сфере социального обслуживания; обеспечение равных возможностей в получении социальных услуг и их доступности для граждан пожилого возраста и инвалидов; преемственность всех видов социального обслуживания; ориентация социального обслуживания на индивидуальные потребности граждан пожилого возраста и инвалидов; приоритет мер по социальной адаптации граждан пожилого возраста и инвалидов; ответственность органов государственной власти, органов местного самоуправления и учреждений, а также должностных лиц за обеспечение прав граждан пожилого возраста и инвалидов в сфере социального обслуживания.

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, нуждающийся в посторонней помощи.

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

Под реабилитацией понимается система мероприятий, цель которых — быстрейшее и наиболее полное восстановление здоровья больных и инвалидов и возвращение их к активной жизни и общественно полезному труду. Реабилитация больных и инвалидов представляет собой комплексную систему государственных, медицинских, психологических, социально-экономических, педагогических, производственных, бытовых и других мероприятий.

Проблема всесторонней профессиональной реабилитации и занятости инвалидов, включения их в активную общественную жизнь является актуальной для всего мирового сообщества. Для России она обострена как в силу отсутствия ее практического решения, так и по причине неблагоприятной динамики роста численности инвалидов с учетом факторов современной экономической ситуации.

**Список использованной литературы**

1. Всеобщая декларация прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.) // "Библиотечка Российской газеты", выпуск N 22-23, 1999 г.
2. Конвенция Международной организации труда N 159 о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов (Женева, 20 июня 1983 г.), Рекомендация Международной Организации Труда от 20 июня 1983 г. N 168 о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов // Международная Организация Труда. Конвенции и рекомендации. 1957-1990, том 2.
3. Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей (Нью-Йорк, 30 сентября 1990 г.) //Дипломатический вестник", 1992 г., N 6, с.10.
4. Декларация о правах умственно отсталых лиц –М., Юристъ, 2001.
5. Декларация о правах инвалидов (утв. Резолюцией тринадцатой сессии Генеральной Ассамблеи ООН 3447(XXX) от 9 декабря 1975 г.) // Текст Резолюции размещен на сервере ООН в Internet (http://www.un.org)
6. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (Нью-Йорк, 19 декабря 1966 г.) // Ведомости Верховного Совета СССР", 1976 г., N 17(1831).
7. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года N 5487-I // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации от 19 августа 1993 г., N 33 ст. 1318
8. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" // Собрание законодательства Российской Федерации от 27 ноября 1995 г. N 48, ст. 4563.
9. Постановление Правительства РФ от 13 августа 1996 г. N 965 "О порядке признания граждан инвалидами" // СЗ РФ от 19 августа 1996 г. N 34, ст. 4127
10. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида / Пер. с англ. – М.: Педагогика, 2001.
11. Бочко М.Э. Занятость инвалидов в регионе: проблемы, пути решения // Вестник Челябинского Университета – 2007. - №1. С117-122
12. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан. -М., 1991, 135 с.
13. Дементьева Н.Ф., Шаталова Е.Ю., Соболь А.Я. Организационно-методические аспекты деятельности социального работника. В кн.; Социальная работа в учреждениях здравоохранения. — М., 1992, (Департамент проблем семьи, женщин и детей МСЗ РФ. Центр общечеловеческих ценностей).
14. Долгалев Б.А., Ладикова В.Н. Социально- психологические проблемы инвалидов//Человек: его сущность, развитие и проблемы. Вып. 1/Под ред. В.С. Кукушина. Ростов н/Д., 2000.
15. Деятельность психолога в службах медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов / Метериалы всероссийской научно-практической конференции в Санкт-Петербурге 25-28 сентября 2002г. – М., 2002.
16. Основы социальной работы: Учебник/Отв. ред. П. Д. Павленок. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ИНФРА – М, 2004. – (Серия «Высшее образование»). – С.196.
17. Правовая защита семей, воспитывающих детей-инвалидов / Сб. норм. актов / Сост. О.В. Павленко, Д.А. Туболев, Л.К. Грачев. - М., 2006.
18. Социальная работа: теория и практика: Учеб. пособие/Отв.ред. д.и.н., проф. Е.И.Холостова, д.и.н., проф. А.С. Сорвина. – М.: ИНФРА-М, 2002. С.427