**Введение**

В современных социально-экономических условиях актуальной проблемой нашего общества является восстановление детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательной и общественной жизни общества.

Сегодня дети – инвалиды относятся к наиболее социально незащищенным категориям населения. Их доход значительно ниже среднего, а потребности в медицинском и социальном обслуживании намного выше. Они не имеют возможности получить образование, не могут заниматься трудовой деятельностью. Многие дети – инвалиды не имеют семей и не могут участвовать в общественной жизни. Государство, обеспечивая социальную защищенность инвалидов, призвано создавать им необходимые условия для индивидуального развития, творческих возможностей и способностей.

Под понятием «инвалидность» (от лат. invalidus) понимается «постоянное или длительное, значительное ограничение возможности трудоспособности, вследствие различных заболеваний или полученных травм.»[[1]](#footnote-1)

Инвалидность – понятие биологическое, социальное, медицинское и правовое.

Различают в зависимости от степени потери трудоспособности, три группы инвалидности. Первую группу устанавливают тем, у которых наступила полная потеря трудоспособности и, которые нуждаются в постоянном уходе, помощи и надзоре. Вторую группу определяют тем, у которых наступила полная нетрудоспособность, но они не нуждаются в постоянном постороннем уходе. Третью группу инвалидности определяют людям со значительными ограничениями возможностей деятельности и самообслуживания.

Инвалидность с детства устанавливают, когда она наступила до достижения ребенком 16 летнего возраста. Если раньше, то инвалидность устанавливается в связи с общим заболеванием или увечьем. [[2]](#footnote-2)

Эта классификация инвалидности положена в основу законодательства РФ, определяющего право, характер и объем социально-медицинского обеспечения.

В последнее десятилетие в связи с увеличением доли детей – инвалидов в составе населения страны активно обсуждаются различные аспекты проблем их медико-социальной реабилитации.

Как известно, с ухудшением общего состояния здоровья, снижаются резервные возможности организма, меняется характер человека. Современное общество ставит перед собой целью обеспечить достойное качество жизни каждому члену социума. Осознание своей неполноценности детьми – инвалидами делает их более уязвимыми и беззащитными. Поэтому одной из важнейших задач социальной работы с детьми – инвалидами является их не только социальная, но и медико-психологическая реабилитация

**Целью** настоящей работы является изучение особенностей социальной работы с детьми – инвалидами в сфере здравоохранения.

Для достижения этой цели в настоящей работе поставлены следующие задачи:

1. Изучение правовых основ законодательства по социально-медицинскому обеспечению и реабилитации детей инвалидов;

2. Изучение социальных проблем детей – инвалидов.

3. Выявление особенностей социальной работы с детьми – инвалидами в учреждении здравоохранения.

**Объект исследования** – дети – инвалиды.

**Предмет** исследования – особенности социальной работы с детьми инвалидами в учреждении здравоохранения.

**Методы:**

**–**изучение законодательства и литературы по данной проблеме;

**–**анализ документов**.**

**1. Теоретические основы социальной работы в учреждениях здравоохранения**

**1.1 Сущность социальной работы**

**Социальная работа** – это «специфический вид профессиональной деятельности, оказание государственного и негосударственного содействия человеку с целью обеспечения культурного, социального и материального уровня его жизни, предоставление индивидуальной помощи человеку, семье или группе лиц». [[3]](#footnote-3)

Социальная работа – универсальный социальный институт: ее носители оказывают помощь всем индивидам независимо от социального статуса, национальности, религии, расы, пола, возраста и иных обстоятельств. Единственный критерий в этом вопросе – потребность в помощи и невозможность своими силами справиться с жизненным затруднением.

**Объектом** социальной работы являются индивиды, семьи, группы, общности, находящиеся в трудной жизненной ситуации. **Трудная жизненная ситуация** – это такая ситуация, которая нарушает или грозит нарушить, возможности нормального социального функционирования указанных объектов. Важно также добавить, что самостоятельно, без внешней помощи, сами индивиды справиться с этой ситуацией не в силах.

Социальные проблемы тех, кому помогает социальный работник, зависят также от их принадлежности к определенной социально-демографической группе. Так, специфические трудности встречают людей в пожилом и старческом возрасте. Возможности справиться с ними, разумеется, различны у человека состоятельного или бедняка, у того, кто окружен любящей семьей, или у того, кто одинок, однако возрастные физиологические и социальные изменения настигают всех. Женщины и дети традиционно выделяются в особые категории клиентов социальной работы, так как объективные обстоятельства их положения составляют для них угрозу социального риска. Дети слабы, несамостоятельны и зависимы, что повышает их потребность в помощи и опасность стать жертвой со стороны взрослых. Женщины в силу выполнения своих репродуктивных функций также находятся в уязвимом положении. Для нас сегодня непривычной кажется мысль, что есть особая потребность в помощи у социально-демографической категории мужчин, которые встречаются с особыми трудностями, обусловленными именно их принадлежностью к мужскому полу. Однако это именно так, и андрологические проблемы (прежде всего медицинские и медико-социальные) начинают изучаться специально для оказания мужчинам квалифицированной помощи.

Принято также выделять клиентов – людей с особыми проблемами. Сущность, проявления и потребность во вмешательстве у таких людей зависят как раз от того, какова их особенность, какого типа проблемы затрудняют их жизнедеятельность. Так, инвалиды или лица с ограниченными возможностями нуждаются в специальной помощи со стороны государства, так как их физические, психические или интеллектуальные возможности препятствуют их нормальной жизни в этом обществе. Поэтому необходимо приспосабливать архитектуру и транспорт для инвалидов с ограничениями подвижности, создавать безопасные условия труда и проживания для тех, кто не вполне контролирует свое поведение, обеспечивать надзор и уход для тех, кто не в состоянии самостоятельно управлять своей жизнедеятельностью, и прилагать всевозможные усилия, чтобы интегрировать инвалидов в общество.

Однако помимо инвалидов особые нужды есть у безработных, у тех, кто участвовал в военных действиях и сейчас страдает от последствий посттравматического стрессового синдрома, у многодетных семей и у родителей, чьи дети испытывают трудности в обучении.

Итак, социальная работа ведется на уровне индивида, семьи, группы, общности людей, объединенных по территориальному, производственному признаку, по признаку сходной проблемы, или в пределах всего общества. Однако, оказывая помощь, социальный работник должен знать, на что направлена эта помощь, чего он хочет добиться в процессе своей деятельности, какова его цель и как он представляет себе идеальный результат своей работы.

**Основными субъектами** социальной работы являются **социальные работники –** люди, профессионально осуществляющие данную работу. Психологически они характеризуются прежде всего альтруистической, гуманистической направленностью, преимущественно нравственной мотивацией.

Центральной характеристикой таких индивидов, которые выбрали своим жизненным предназначением оказание профессиональной или добровольческой социальной помощи, является милосердие, деятельная любовь к людям. Другим, не менее важным компонентом деятельности этого субъекта являются его профессиональные умения и навыки, знание методов и технологий оказания социальной помощи. Качествами, необходимыми для определения профессиональной пригодности к ведению социальной работы, принято считать, опираясь на многолетний опыт, накопленный в системах социального обслуживания зарубежных стран, следующие:

– высокий уровень интеллектуального развития;

– хорошая саморегуляция, навыки самодисциплины;

– способность проявлять терпимость;

– настойчивость;

– способность помогать людям в трудных ситуациях;

– физическая сила, выносливость;

– способность к перенесению больших психологических и моральных нагрузок;

– здравый смысл, умение четко мыслить;

– чуткость, эмпатичность.

Следует заметить также, что имеются противопоказания к занятию социальной работой, и среди них экстремизм любого толка – от политического до религиозного.

**Специфические принципы социальной работы** определяют основные правила деятельности в сфере оказания социальных услуг населению.[[4]](#footnote-4)

*Принцип универсальности* требует исключить дискриминацию при оказании социальной помощи по любым признакам идеологического, политического, религиозного, национального, расового, возрастного характера. Содействие должно оказываться каждому клиенту по единственной причине – его потребности в помощи.

*Принцип охраны социальных прав* гласит, что оказание помощи клиенту не может быть обусловлено требованием к нему отказаться от своих социальных прав или от части их. Например, в соответствии с действующим законодательством нельзя связывать помощь, оказываемую многодетной семье, с требованием к ней ограничить свою детородную активность.

*Принцип социального реагирования* подразумевает осознание необходимости принимать меры по выявленным социальным проблемам, действовать в соответствии с конкретными обстоятельствами социальной ситуации индивидуального клиента, а не ограничиваться только стандартным набором мероприятий, ориентированных на «среднего» потребителя социальных услуг.

*Принцип профилактической направленности* предполагает предпринимать усилия по превенции возникновения социальных проблем и жизненных затруднений клиентов или по предупреждению отягощения уже возникших проблем. Практика показывает, что предупредить социальное бедствие всегда легче, чем впоследствии прилагать усилия для ликвидации его многообразных последствий.

*Принцип клиентоцентризма* означает признание приоритета прав клиента во всех случаях, кроме тех, где это противоречит правам и интересам других людей. Важнейшая цель деятельности социального работника – обеспечение способности его клиента к социальному функционированию, создание благоприятных условий для его социального самочувствия и развития его личности. Потребности государства и общества удовлетворяются в результате его деятельности лишь опосредованно.

В рамках данного принципа можно рассматривать суверенность и автономность клиента, которой вправе принимать или не принимать помощь социальных работников, вправе выбирать тот или иной вид помощи или сценарий разрешения своих жизненных проблем, должен получать полную информацию относительно работы с ним, а также имеет право оградить свою личную жизнь от постороннего вмешательства в той мере, в какой это не наносит ущерба правам и интересам других лиц.

*Принцип опоры на собственные силы* подчеркивает субъектную роль клиента, его активную позицию в разрешении своих проблем. Вряд ли кто-либо может вместо самого человека разрешить его жизненные затруднения, устранить конфликтную ситуацию, наладить отношения с близкими людьми. Социальный работник должен консультировать клиента в выборе стратегии выхода из кризиса, оказывать ему психологическую помощь, побуждать к самопомощи, содействовать объединению людей со сходными проблемами для совместного преодоления трудностей. Разумеется, в этом случае речь идет о клиентах, достаточно дееспособных с точки зрения своих интеллектуальных, психических и физических ресурсов. Люди с ограниченными возможностями, дети, престарелые, не имеющие потенциала самопомощи, разумеется, имеют право получать помощь, не проявляя при этом собственной активности.

*Принцип максимизации социальных ресурсов* исходит из того, что каждая социальная система с неизбежностью выделяет минимум средств на оказание социальной помощи своему населению. Правда, реальная величина этих средств зависит прежде всего от социально-экономических возможностей государства и от представлений общества о том, что входит в необходимый социальный минимум для индивида. Поэтому социальные ресурсы Германии или Швеции, например, с их устойчивой экономикой и традиционно высоким уровнем жизни отличаются от уровня обеспеченности социальной помощи в нашей стране с ее трудностями в экономике и предельно аскетическими привычками населения. Однако действие принципа проявляется повсюду: социальные работники должны прилагать усилия для привлечения дополнительных возможностей оказания помощи клиенту помимо гарантированного минимума путем обращения в неправительственные, добровольческие, благотворительные учреждения, организации самопомощи и взаимопомощи клиентов, использовать другие не запрещенные законом способы.

*Принцип конфиденциальности* связан с тем, что в процессе деятельности социальному работнику становится доступной информация о клиенте, которая, будучи разглашена, может принести вред ему или его близким, дискредитировать и опорочить их. Это сведения о болезнях, негативных привычках, психических заболеваниях, семейных конфликтах, криминальном прошлом или настоящем. Такая информация может использоваться только в профессиональных целях; она не должна разглашаться, кроме случаев, предусмотренных законом и связанных с возможностью насилия, нанесения ущерба какому-либо лицу, прежде всего детям.

*Принцип толерантности* обусловлен тем, что социальная работа ведется с самыми различными категориями клиентов, в том числе с личностями, которые могут не внушать симпатии специалисту. Социальный работник не может сортировать клиентов на «хороших» и «плохих», «удобных» и «неудобных». Каждый, кто нуждается в помощи, должен получить ее.

Основные **направления и формы** социальной работы:

– организационные;

– социологические;

– социально-психологические;

социально-педагогические;

социально-медицинские:

социально-экономические;

социально-экологические и др.

**Методы социальной работы** многообразны и классифицируются по:

– направлениям и формам социальной работы (организационные; социологические; социально – психологические; социально – педагогические; социально – медицинские; социально – экономические; социально – экологические и др.);

– по объектам социальной работы (индивидуальные, групповые, общинные);

– по субъектам социальной работы (применяемые отдельным специалистом, коллективом социальной службы, органом управления социальной работы).

Таким образом, сущностью социальной работы является профессиональная деятельность по оказанию государственного и негосударственного содействия человеку с целью обеспечения культурного, социального и материального уровня его жизни, предоставление индивидуальной помощи человеку, семье или группе лиц.

**1.2 Учреждения здравоохранения и их виды**

Здравоохранение представляет собой важнейшую отрасль социально-культурной деятельности, основной целью которой является осуществление мер по охране здоровья населения. Отечественная система здравоохранения состоит из государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. [[5]](#footnote-5)

К *государственной системе* здравоохранения относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические учреждения и организации, создаваемые Министерством здравоохранения и социального развития РФ, министерствами субъектов РФ, государственными предприятиями, учреждениями и организациями.

К *муниципальной системе* здравоохранения относятся находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические учреждения. Финансирование деятельности муниципальных учреждений осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов (территориальных фондов обязательного медицинского страхования) и иных разрешенных источников.

К *частной* системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой.

Ведущее место в структуре учреждений здравоохранения занимают *лечебно-профилактические учреждения.* К ним относятся:

· амбулаторно-поликлинические (амбулатории, городские поликлиники, здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты, косметологические лечебницы, центральные районные поликлиники и т.д.);

· больничные (городские больницы, детские больницы, центральные районные больницы, частные лечебницы и т.д.);

· диспансеры (врачебно – физкультурные, кардиологические, кожно – венерологические, наркологические, онкологические, противотуберкулезные, психоневрологические и т.д.);

· учреждения охраны материнства и детства (родильные дома, дома ребенка, ясли, молочные кухни);

· станции скорой и неотложной медицинской помощи и переливания крови;

· санаторно-курортные учреждения (санатории, детские санатории, курортные поликлиники, грязелечебницы, санатории – профилактории).

**Таким образом,** отечественная система здравоохранения состоит из государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

**1.3 Основные направления социальной работы в учреждениях здравоохранения**

В настоящее время во многих учреждениях здравоохранения предусмотрена ставка специалиста по социальной работе для выпускников средних учебных заведений (наркологические, психиатрические, онкологические клиники, хосписы, детские клиники, учреждения родовспоможения).[[6]](#footnote-6)

Система социальной работы в государственном здравоохранении включает профилактику, диагностику, лечение, сохранения здоровья и реабилитацию. [[7]](#footnote-7) Эта система действует на разных этапах, начиная от составления программ здравоохранения до работы в больницах общего типа или специализированных.

Существует два типа социальной работы в учреждении здравоохранения – патогенетический и профилактический.

Патогенетическая работа включает в себя мероприятия по организации медико-социальной помощи, проведение медико-социальной экспертизы, социальную работу в отдельных областях медицины и здравоохранения.

Профилактическая работа подразумевает проведение мероприятий по предупреждению социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья, формированию здорового образа жизни, обеспечению социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Профилактическая социальная работа в учреждении здравоохранения подразделяется на два типа: [[8]](#footnote-8)

Задача *первичной* профилактики – предупреждение развития у человека патологических состояний, т.е. проведение социально-экономического анализа, формирование у населения представлений о здоровом образе жизни, активной жизненной позиции по отношению к своему здоровью. *Вторичная* профилактика направлена на предупреждение дальнейшего прогрессирования болезни и предусматривает комплекс лечебных и профилактических мероприятий, а также решение целого ряда социальных задач.

Приоритетным **направлением** социальной работы в учреждении здравоохранения является реабилитация больных, т.е. комплекс медицинских, социально-экономических, педагогических мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, полное или частичное восстановление нарушенных функций организма, повышение адаптационных ресурсов человека, его социальной активности. Степень восстановления социальной активности человека и его адаптационных ресурсов является своеобразным итогом социальной работы. Отсутствие в штате многих лечебных учреждений социальных работников в настоящее время объясняет тот факт, что реабилитацию больных осуществляют медицинские работники.

Важным направлением социальной помощи следует считать создание благоприятных условий и реальных возможностей для поддержания здоровья и благополучия тех, кто временно оказался в затруднительном положении экономического или социального характера (предоставление рабочих мест, организация производства на дому и т.д.).

В России пока нет развитой системы социальной работы в учреждениях здравоохранения, которая могла бы эффективно помогать преодолевать трудности различным категориям больных и их родственников. Не в лучшем положении и сами работники медицины.

Практика и исследовательская, прогностическая работа социального работника в учреждениях здравоохранения за рубежом органично опирается не только на диагнозы врачей, показания лабораторных экспертиз, но и на психолого-социологические исследования, соответствующую экспертизу социального положения и психологического состояния больного и его близких, ситуаций в их семьях.

Прежде всего, выясняется общественное мнение и отношение к болезни клиента со стороны его близких и родных. Оно обычно выясняется путем бесед с родственниками по программе стандартизированного интервью. В этой связи выясняются важные вопросы относительно того, кто может наилучшим образом оказать больному материальную и психологическую моральную поддержку.

В работе с больными используются данные о специфике поведения их различных групп в типичных ситуациях, а также сведения о социальном статусе, образе жизни, профессии клиента, его семье. Учитывается и комплекс возможностей медицинского учреждения, его профессионально-квалификационная, техническая и технологическая оснащенность.

Перед социальным работником сферы здравоохранения стоят следующие **задачи:**

1) обеспечить оптимальную связь больного с его социальным окружением;

2) оптимизировать самопомощь и поддержку близких больному в кризисной ситуации;

3) обеспечить связь работников медицинского учреждения с семьей и близкими больного;

4) оказать поддержку родным и близким в ситуациях трагического исхода болезни клиента.

**Таким образом,** медико – социальная помощь населению включает не только такие направления деятельности, как первичная медико-санитарная помощь и реабилитация больных хроническими заболеваниями со стойкой утратой трудоспособности, оказание медицинских услуг по уходу за престарелыми, инвалидами, но и решение социально-бытовых, юридических, воспитательных, психологических и ряда других проблем, выполнение которых невозможно без наличия в штате учреждения здравоохранения социальных работников.

**2. Особенности социальной работы с детьми-инвалидами в учреждении здравоохранения**

**2.1 Международные правовые акты и российское законодательство, регламентирующие права детей-инвалидов**

К категории *детей-инвалидов* относятся дети до 18 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушений развития и роста ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контроля за своим поведением, обучения, общения, трудовой деятельности в будущем.[[9]](#footnote-9)

Конституция Российской Федерации (ч. 4 ст. 15) признает приоритет общепризнанных принципов и норм международного права. Права детей-инвалидов закреплены в Декларации прав ребенка (резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1959 года); Конвенции о борьбе с дискриминацией в области образования (принята Генеральной Ассамблеей ООН 14 декабря 1960 года; ратифицирована Указом Президиума Верховного Совета СССР от 2 июля 1962 года); Декларации о правах умственно-отсталых лиц (резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 20 декабря 1971 года); Декларации о правах инвалидов (резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 9 декабря 1975 года); Конвенции о правах ребенка (резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1989 года; ратифицирована Постановлением Верховного Совета СССР от 13 июня 1990 года); Всемирной декларации об обеспечении выживания, зашиты и развития детей (резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 30 сентября 1990 года); Стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов (приняты Генеральной Ассамблеей ООН 20 декабря 1993 года, резолюция 48/96).

Начиная с 90-х годов прошлого века, в России было принято более 300 нормативных правовых актов, направленных на защиту интересов детей-инвалидов. После принятия Конституции Российской Федерации эти права были закреплены в Семейном кодексе Российской Федерации, Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, а также в Законе Российской Федерации от 10 июля 1992 года №3266–1 «Об образовании», в Федеральном законе от 10 декабря 1995 года №195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации», в Федеральном законе от 24 июля 1998 года №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», в Федеральном законе от 17 июля 1999 года №178-ФЗ «О государственной социальной помощи» и других. Особое значение имеет Федеральный закон от 24 ноября 1995 года №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», определяющий государственную политику, в том числе и в области социальной защиты детей-инвалидов.[[10]](#footnote-10)

Дети-инвалиды имеют *льготы:* [[11]](#footnote-11)

– 50%-ную скидку на проезд по железной дороге, на авиалиниях, в автобусах междугородного сообщения на период с 1 октября по 15 мая;

– дети-инвалиды, их родители, опекуны, попечители и социальные работники пользуются правом бесплатного проезда на всех видах городского транспорта (кроме такси);

– детям-инвалидам и сопровождающим их лицам предоставляется право бесплатного проезда к месту лечения (обследования) в автобусах пригородных и междугородних внутрирегиональных маршрутов;

– дети-инвалиды и сопровождающие их лица имеют право бесплатного проезда один раз в год к месту лечения и обратно;

– дети-инвалиды, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания, являющиеся сиротами или лишенные попечительства родителей, по достижении 18 – ти лет обеспечиваются жильем вне очереди;

– семьям, имеющим детей-инвалидов, предоставляется скидка на квартирную плату не ниже 50% (в общественном жилом фонде).

При установлении ВТЭК лицам старше 18 – ти лет инвалидности с детства 1 или 2 группы они, как и дети-инвалиды в возрасте до 18 – ти лет, приобретают право на получение социальной пенсии в размере минимальной пенсии по старости.

Гражданам, ставшим инвалидами в возрасте до 20 лет, пенсия назначается независимо от стажа работы.

Вместе с тем ряд основополагающих требований международных актов в отношении детей-инвалидов пока еще не нашёл своего отражения в российском законодательстве. По-прежнему отсутствует нормативно-правовое регулирование интегрированного образования и ранней коррекционно-педагогической помощи детям с отклонениями в развитии, патронатного семейного воспитания, независимого контроля за соблюдением прав детей. Кроме того, и законодательная база, определяющая деятельность органов местного самоуправления, не соответствует задачам защиты прав детей.

В то же время совершенствование законов само по себе не решает проблему, поскольку сегодня остро стоит вопрос о неудовлетворительном исполнении действующего законодательства органами государственной власти Российской Федерации, и это является основной причиной массовых нарушений прав детей-инвалидов. Помимо этого, в законах часто отсутствуют механизмы их реализации.

**Таким образом,** в настоящее время существует настоятельная необходимость изменить и дополнить нормы федерального законодательства, регламентирующего права детей-инвалидов, выработать механизмы неукоснительного исполнения уже принятых законов и в целом скорректировать государственную политику в отношении детства.

**2.2 Специфика социальных проблем детей-инвалидов и их семей**

В жизни детей с ограниченными возможностями и в семьях, в которых они воспитываются, возникает много трудностей и проблем. Узнав о рождении ребенка с каким-либо заболеванием, родители испытывают подчас противоположные чувства – от недоверия и нежелания соглашаться с мнением врачей до полного отчаяния.

С появлением ребенка-инвалида все семейные функции в целом, образ жизни деформируются. Многие родители уходят в себя, возводя своего рода стену между собой и окружающим миром, социальным окружением – ближним и дальним.[[12]](#footnote-12)

Ребенок с ограниченными возможностями большую часть времени проводит дома, и, естественно, семейный климат, степень психологического комфорта самым прямым образом отражается на качестве и эффективности его реабилитации.

Однако очень много семей испытывают экономические трудности, а некоторые живут за чертой бедности. Для многих семей детское пособие по инвалидности является единственным доходом. Например, когда ребенка воспитывает только мать, и в силу того, что она постоянно должна заниматься своим ребенком, она не может устроиться на постоянную работу. Но это пособие не может быть достаточным для обеспечения достойного уровня жизни ребенка-инвалида.

Важным и трудно преодолимым барьером для инвалида является пространственно-средовой. Даже в тех случаях, когда лицо с физическими ограничениями имеет средства передвижения (протез, кресло-коляска), сама организация жилой среды и транспорта не является пока дружественной к инвалиду. Недостает оборудования и приспособлений для бытовых процессов, самообслуживания, свободного передвижения. Дети с сенсорными нарушениями испытывают дефицит специальных информационных средств, извещающих о параметрах окружающей среды. Для лиц с интеллектуально-психическими ограничениями отсутствуют возможности ориентироваться в среде, безопасно передвигаться и действовать в ней. [[13]](#footnote-13)

Значительное место в жизни детей-инвалидов и семей, в которых они воспитываются, занимают проблемы получения информации. Инвалидам затруднён доступ к получению информации как общего плана, так и имеющий непосредственное значение для них (исчерпывающие сведения о своих функциональных нарушениях, о мерах государственной поддержки инвалидов, о социальных ресурсах их поддержки). Это вызвано, как правило, экономическими причинами. Например, не все родители детей – инвалидов могут купить компьютер; некоторые дети испытывают дефицит специальных носителей информации (телепередачи с сурдопереводом, книги брайлевского шрифта, диски для слепых и т.д.).

Дети-инвалиды имеют трудности с получением образования, хотя законы Российской Федерации и её субъектов гарантируют им обязательное обучение независимо от степени физической и / или психической недостаточности с момента ее обнаружения, при этом продолжительность основного общего образования устанавливается специальными образовательными стандартами и не может быть менее девяти лет. Также гарантируется бесплатность обучения; свободный доступ к образованию любого уровня; обучение с возможно минимальной изоляцией от общества. На практике же инвалиды сталкиваются с трудностями, если желают получить качественное образование и приобрести престижную профессию.

Из-за своей патологии подростки-инвалиды с ограниченными возможностями имеют крайне узкий доступ к рабочим местам или не имеют вообще.

В условиях нашей страны барьер между личностью инвалида и продуктивным трудом может обусловливаться и отсутствием трудовой мотивации с его стороны. По данным отечественных и зарубежных экспертов, трудовая деятельность доступна примерно 2/3 всех инвалидов, работает же не более 11% из них. Это вызвано не столько отсутствием специальных рабочих мест, сколько доминирующей ориентацией на получение льгот и пособий вместо труда. К сожалению, формирование современной трудовой мотивации и трудовой этики в нашем обществе блокируется тем обстоятельством, что нередко инвалидная пенсия является более солидным источником дохода, чем заработная плата работающего. И очень часто бывает, что родители вынуждены содержать всю жизнь детей с отклонениями. Такое положение обусловлено не столько ограниченностью их индивидуальных физических или интеллектуальных ресурсов, сколько неразвитым характером рынка труда для лиц с особыми нуждами. В условиях российской рыночной экономики адаптация рабочих мест для таких инвалидов рассматривается работодателем как невыгодная и нежелательная.

В ряде случаев инвалид абсолютно не способен к трудовой деятельности, даже самой простой. Однако в других ситуациях инвалидам предоставляются (или оказываются доступны) рабочие места, требующие низкой квалификации, предусматривающие монотонный, стереотипный труд и невысокую заработную плату. При таких условиях ребенок-инвалид практически обречён на убогое существование.[[14]](#footnote-14)

Дети – инвалиды, как правило испытывают трудности в общении. Расстройство общения – одна из наиболее трудных социальных проблем детей-инвалидов – является следствием физических ограничений, эмоциональной защиты самоизоляции, выпадения из учебного или трудового коллектива, дефекта получаемой информации. Восстановление нормальных для возраста и социального статуса коммуникацией является одной из наиболее важных целей социальной реабилитации инвалида.[[15]](#footnote-15)

Наибольшую распространенность в среде детей – инвалидов имеют сердечно-сосудистые заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта и костно-суставной системы. По своему соматическому состоянию многие дети инвалиды не могут себя обслужить самостоятельно, передвигаться, поддерживать контакты с окружающими. Это не только отягощает их жизнь, но и усложняет уход персонала за ними. Такие дети с трудом приспосабливаются к новым условиям пребывания, болезненно переносят любые изменения режима в условиях проживания. Даже незначительные перемены в быту приводят к выраженной декомпенсации хронической, соматической патологии и снижению защитных сил. Контингент психической патологии со временем усиливает симптомы негативного ряда. Это необратимые снижения интеллекта и памяти, сужение круга интересов, утраты побуждений к какой-либо деятельности.

Поэтому такие дети остро нуждаются в мероприятиях медико-социальной реабилитации.

В личности ребенка-инвалида идет постоянная борьба между социальным и биологическим. Если общество оставляет его без внимания и заботы, то он попадает под власть физических недугов, которые определяют его характер, отношения с людьми, семейное положение, уровень образования, карьеру, в общем, весь жизненный путь. Если же социум берет человека под свою опеку, то влияние инвалидности отступает на задний план.

**Таким образом,** основными социальными проблемами детей-инвалидов и семей, в которых они воспитываются, является экономические, жилищно-бытовые, коммуникативные, проблемы с обучением и трудоустройством. Со многими из рассмотренных проблем ребенок и семья не могут справиться самостоятельно. Они прибегают к помощи специалиста, в лице которого очень часто выступает социальный работник, в том числе и социальный работник учреждения здравоохранения.

**2.3 Направления и формы социальной работы с детьми – инвалидами в учреждении здравоохранения**

Главными **направлениями** социальной работы с детьми – инвалидами является: повышение эффективности профилактической работы по предупреждению детской инвалидности и обеспечение максимального восстановления здоровья детей-инвалидов, их реабилитация.

*Профилактика* – это «сознательная, целенаправленная, социально организованная деятельность по предотвращению возможных социальных, психолого-педагогических, правовых и других проблем и достижению желаемого результата».[[16]](#footnote-16)

*«Социальная реабилитация* – это динамичная система деятельности, направленная на достижение полного или частичного восстановления личностного и социального статуса больного методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через его личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий».[[17]](#footnote-17) Социальная реабилитация своей главной целью считает восстановление или формирование нормативного, личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального и творческого потенциала.

Работая в этих направлениях, социальный работник учреждения здравоохранения использует следующие формы работы:

1. Социальный патронаж семей, имеющих детей-инвалидов.

*Патронаж* (от фр. рatrоnаgе – покровительство) – «вид социального обслуживания, преимущественно на дому, клиентов группы риска, который заключается в постоянном социальном надзоре, регулярном посещении их жилищ социальными работниками, оказании им необходимой экономической, материально-бытовой и др. помощи, проведении несложных медицинских манипуляц».[[18]](#footnote-18) Социальные патронажи осуществляются социальным работником 1 раз в месяц. Регулярно посещаются дети, неспособные к передвижению, состоящие на учете. В ходе патронажа выявляются социальные проблемы ребёнка и семьи. Социальный работник в сотрудничестве с медиками, психологом, педагогами, представителями общественности помогает семьям решить эти проблемы: оказывает помощь в оформлении документов, необходимых для получения льгот, оказывает помощь в приобретении необходимых ребёнку лекарств, средств передвижения, участвует в организации благотворительности, в проведении праздников для детей – инвалидов, подключает к решению их проблем волонтёров и т.п.

2. Социальный работник создаёт банк данных детей, нуждающихся в технических средствах реабилитации, в дорогостоящих лекарствах, медицинских услугах, которые не могут предоставить лечебные учреждения города. На основании банка данных он организует помощь этим детям.

3. Социальный работник совместно с медицинскими работниками повышает уровень медицинской грамотности родителей по вопросам здорового образа жизни, медицинской реабилитации в домашних условиях, организует проведение конкурсов, праздников, викторин, пропагандирующих заботу о своем здоровье.

4. Социальным работником проводится информационная деятельность:

– оформление стендов о правах детей – инвалидов и гарантиях и льготах для них и их семей;

– выпускает Памятки для семей с детьми – инвалидами с информацией о правах и льготах, об учреждениях города, работающих с детьми – инвалидами, с перечнем предоставляемых услуг.

5. Социальный работник в сотрудничестве с местной администрацией, представителями общественности обеспечивает проведение благотворительных акций, «Круглых столов».

Так, в детской поликлинике г. Беломорска для детей с ограниченными возможностями 1 раз в квартал проводятся «Круглые столы» с привлечением специалистов различных ведомств и служб города. Организованы благотворительные акции – рождественские, новогодние праздники с выдачей новогодних подарков всем детям, Акция Милосердия. В День защиты детей и в Декаду инвалидов ежегодно посещаются семьи тяжелобольных детей-инвалидов с выдачей им продуктовых наборов, предметов первой необходимости.

6. Социальный работник активно привлекает к своей деятельности добровольцев: лиц из числа верующих, представителей Общества Красного Креста и других организаций, которые по убеждению или из чувства сострадания и сочувствия оказывают непосредственную посильную физическую, моральную, психологическую помощь людям, нуждающимся в посторонней помощи. [[19]](#footnote-19)

**Таким образом**, основными направлениями деятельности социального работника с детьми – инвалидами в учреждении здравоохранения являются профилактика и реабилитация. Работая в этих направлениях, социальный работник учреждения здравоохранения выявляет детей – инвалидов, проживающих на территории, находящейся в ведении данного учреждения, осуществляет патронаж семей, в которых воспитываются дети – инвалиды, проводит диагностику социальных проблем детей – инвалидов и их семей, организует сотрудничество различных субъектов социальной работы в оказании помощи детям – инвалидам и их семьям, проводит просветительскую работу.

**Заключение**

Основными социальными проблемами детей-инвалидов и семей, в которых они воспитываются, является экономические, жилищно-бытовые, коммуникативные, проблемы с обучением и трудоустройством. Со многими из рассмотренных проблем ребенок и семья не могут справиться самостоятельно. Они прибегают к помощи специалиста, в лице которого очень часто выступает социальный работник, в том числе и социальный работник учреждения здравоохранения.

Основными направлениями деятельности социального работника с детьми – инвалидами в учреждении здравоохранения являются профилактика и реабилитация. Работая в этих направлениях, социальный работник учреждения здравоохранения выявляет детей – инвалидов, проживающих на территории, находящейся в ведении данного учреждения, осуществляет патронаж семей, в которых воспитываются дети – инвалиды, проводит диагностику социальных проблем детей – инвалидов и их семей, организует сотрудничество различных субъектов социальной работы в оказании помощи детям – инвалидам и их семьям, проводит просветительскую работу.

**Список литературы**

1. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида: Перевод с английского. М.: Педагогика, 1999.

2. Боровая Л.П. Социально-психологическая помощь семьям, имеющих тяжело больных детей. // Социально-педагогическая работа. – 1998. – №6. – С. 59–63.

3. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Роль и место социального работника в обслуживании инвалидов и пожилых людей. М., 2008.

4. Законодательные основы в области оказания помощи детям с психофизическими особенностями в развитии/ Под ред. М.С. Сергеева. М., 2008.

5. Лебединская, О.И., Кошовская Т.В. Роль и место социальных работников в учреждениях здравоохранения // Социальная работа в учреждениях здравоохранения. – М., 2006.

6. Маллер А.Р. Ребенок с ограниченными возможностями: Книга для родителей. М.: Педагогика – Пресс, 1996.

7. Мартыненко, А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. М.: Наука, 1999.

8. Словарь-справочник по социальной работе. М., 1997.

9. Смирнова Е.Р. Толерантность как принцип отношения к детям с ограниченными возможностями. // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1997. – №2. – С. 51–56.

10. Социальная работа в учреждениях здравоохранения. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 2002.

11. Социальная работа: теория и практика: учеб. пособие / Отв. ред. Е.И. Холостова. – М.: ИНФРА-М, 2003.

12. Социальная работа с инвалидами. Настольная книга специалиста / Под ред. Е.И. Холостовой. М.: Институт социальной работы, 2006.

13. Тен Е.Е. Основы социальной медицины: учеб. пособие. – М.: ИНФРА-М, 2003.

14. Холостова Е.И., Н.Ф. Дементьева. Социальная реабилитация. Учебное пособие. М., 2006.

15. Холостова Е.И. Теория социальной работы. М.: Юристъ, 2006.

16. Энциклопедия социальной работы. В 3 т. Т. 1.: пер. с англ. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993.

1. Социальная работа с инвалидами. Настольная книга специалиста / Под ред. Е. И. Холостовой. М.: Институт социальной работы, 2006. С.22. [↑](#footnote-ref-1)
2. Законодательные основы в области оказания помощи детям с психофизическими особенностями в развитии/ Под ред. М.С. Сергеева. М., 2008. С. 15. [↑](#footnote-ref-2)
3. Словарь-справочник по социальной работе. М., 1997. [↑](#footnote-ref-3)
4. Социальная работа: теория и практика: учеб. пособие / Отв. ред. Е. И. Холостова. - М.: ИНФРА-М, 2003. С. 32 33. [↑](#footnote-ref-4)
5. Тен Е. Е. Основы социальной медицины: учеб. пособие. - М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2003. С. 79. [↑](#footnote-ref-5)
6. Тен Е. Е. Основы социальной медицины: учеб. пособие. - М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2003. С. 80. [↑](#footnote-ref-6)
7. Энциклопедия социальной работы. В 3 т. Т.1.: пер. с англ. - М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993. С. 145. [↑](#footnote-ref-7)
8. Социальная работа: теория и практика: учеб. пособие / Отв. ред. Е. И. Холостова. - М.: ИНФРА-М, 2003. С. 227. [↑](#footnote-ref-8)
9. Законодательные основы в области оказания помощи детям с психофизическими особенностями в развитии/ Под ред. М.С. Сергеева. М., 2008. С. 40. [↑](#footnote-ref-9)
10. Законодательные основы в области оказания помощи детям с психофизическими особенностями в развитии/ Под ред. М.С. Сергеева. М., 2008. С. 35. [↑](#footnote-ref-10)
11. Социальная работа с инвалидами. Настольная книга специалиста / Под ред. Е. И. Холостовой. М.: Институт социальной работы, 2006. С.46. [↑](#footnote-ref-11)
12. Боровая Л.П. Социально-психологическая помощь семьям, имеющих тяжело больных детей. // Социально-педагогическая работа. - 1998. - №6. - С. 59-63. [↑](#footnote-ref-12)
13. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида: Перевод с английского. М.: Педагогика, 1999. С. 82. [↑](#footnote-ref-13)
14. Смирнова Е.Р. Толерантность как принцип отношения к детям с ограниченными возможностями. // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - 1997. - №2. - С. 51-56. [↑](#footnote-ref-14)
15. Боровая Л.П. Социально-психологическая помощь семьям, имеющих тяжело больных детей. // Социально-педагогическая работа. - 1998. - №6. - С. 62. [↑](#footnote-ref-15)
16. Холостова Е.И. Теория социальной работы. М.: Юристъ, 2006. С. 217. [↑](#footnote-ref-16)
17. Холостова Е.И., Н.Ф. Дементьева. Социальная реабилитация. Учебное пособие. М., 2006. С. 26. [↑](#footnote-ref-17)
18. Холостова Е.И. Теория социальной работы. М.: Юристъ, 2006. С. 221. [↑](#footnote-ref-18)
19. Лебединская, О. И., Кошовская Т. В. Роль и место социальных работников в учреждениях здравоохранения // Социальная работа в учреждениях здравоохранения. - М., 2006. С. 53. [↑](#footnote-ref-19)