Федеральное агентство по образованию

Государственное образовательное учреждение

Высшее профессиональное образование

Астраханский государственный университет

Факультет педагогики и социальной работы

Курсовая работа

по дисциплине: «Содержание и методика педагогической деятельности»:

на тему: Специфика деятельности социального работника с детьми инвалидами в реабилитационных центрах

Выполнил: Мустафина Н.Р.

студентка IV курса

специальность: социальная работа

Проверил Смирнова Р. В.

Астрахань 2009

**Оглавление**

Введение

Глава 1. Теоретические основы деятельности социального работника с детьми-инвалидами

1.1 Дети-инвалиды как объект деятельности социального работника

1.2 Правовой аспект, профессиональная компетентность, методы и формы деятельности социального работника с детьми-инвалидами

Глава 2. Содержание деятельности социального работника с детьми-инвалидами на примере реабилитационного центра

* 1. Опыт работы социального работника с детьми-инвалидами на примере Саратовского областного реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья

Заключение

Список литературы

Приложение

**Введение**

Актуальность темы исследования. Одной из актуальных социально-экономических и демографических проблем современного российского социума является включение детей с ограниченными возможностями в общество. Актуальность этой проблемы объясняется многими обстоятельствами, сложившимися в современной России.

Численность детей-инвалидов с физическими, интеллектуальными, психическими и сенсорными отклонениями среди населения страны неуклонно возрастает. Если в 1995 году численность детей-инвалидов в России составляла 453,7 тыс. человек, то в 2006 году она возросла до 650 тыс. человек, что составляет 1,8% детского населения. Ежегодно в России рождается 50 тыс. детей, признанных инвалидами с детства. Это свидетельствует о том, что в условиях перехода к рыночным отношениям в российском обществе активизировались неблагоприятные объективные условия и субъективные факторы, негативно влияющие на демографическую ситуацию. Во многих регионах ухудшается экологическая обстановка, растет травматизм, ухудшается здоровье населения страны, особенно женщин репродуктивного возраста. Кроме того, переход на платные медицинские услуги, трансформация жизненного уклада россиян, смена ценностных ориентаций и культурно-нравственных устоев общества позволяют предположить, что в этих условиях тенденция к увеличению численности инвалидов может сохраниться и в ближайшие годы.

. Поэтому создание оптимальных условий для успешной адаптации детей-инвалидов является важнейшей социально-экономической и политической задачей всех государственных и общественных структур.

В современном российском обществе наблюдается не только стабильное сокращение числа трудоспособного населения, но и сохраняется тенденция ухудшения его качественного состава на фоне роста инвалидизации детей и молодежи, что становится ощутимым ограничением экономического развития страны. В связи с этим, решение основных социальных проблем детей-инвалидов, в том числе их обучение, трудоустройство и реабилитация позволит во многом изменить не только положение этой группы в обществе, сформировать определенный уровень социокультурной толерантности к ним, но и стабилизировать трудовые ресурсы страны.

Современное российское законодательство, формирующее определенный уровень толерантности к детям-инвалидам отвечает общепризнанным международным стандартам и имеет гуманистическую направленность. В России создается и функционирует сеть реабилитационных учреждений, школ-интернатов, центров социальной помощи семье и ребенку-инвалиду, спортивно-адаптивных школ для инвалидов и т.д. Тем не менее, существующая государственная система реабилитации детей-инвалидов недостаточно эффективно решает их социальные проблемы и требует разработки нового подхода.

Для повышения эффективности решения социальных проблем детей-инвалидов необходим пересмотр подходов к явлению детской инвалидности, согласно сложившейся в регионах ситуации, с учетом их индивидуальных потребностей и типов семьи, видов инвалидности и других факторов.

В настоящее время накоплен достаточно богатый опыт по исследованию детской инвалидности во многих отраслях научного знания, Особое внимание уделяется анализу причин возникновения детской инвалидности, изучению проблем социальной реабилитации и адаптации детей-инвалидов, к условиям социума.

В работах М.С.Бедного, А.А.Баранова, Д.И.Зелинской и Л.И.Балевой дана структурная характеристика этой группы населения. О.В.Гринина изучила основные факторы, влияющие на рост детской инвалидности, Н.А.Иванова раскрыла идеологические и правовые основы социальных проблем детей--инвалидов в период экономических преобразований в стране. Вопросам социально-психологического аспекта социализации детей-инвалидов посвящены исследования Т.А.Добровольской и Н.Б.Шабалиной.. Некоторые вопросы социального и трудового становления детей-инвалидов были изучены отечественными учеными А.А.Дыскиным и Э.И.Танюхиной, Н.В.Куваевой, А.Н.Егоровым, А.Осадчих, а также зарубежными исследователями Дж.Холлом, М.Айшервудом, М.Милисентом, А.Финк и др.

Основные направления социализации и социальной защиты детей- инвалидов нашли свое отражение в работах Н.В.Шапкиной, Э.К. Наберушкиной, Я.А.Кравченко, К.К.Кузьмина, Г.В.Ляпидиевской, Т.Малеевой, С.Васина.

Проблемы доступности мероприятий по охране здоровья и реабилитации детей-инвалидов рассмотрены в работах М.Б.Волковой, Н.И.Кузнецова, Ж.А.Никулиной, М.М Гладковой, О.Н.Аршан.

**Цель исследования:** анализ особенностей деятельности социального работника с детьми-инвалидами

**Объект исследования:** деятельность социального работника

**Предмет исследования:** особенности деятельности социального работника с детьми-инвалидами

Исходя из цели, объекта, предмета исследования были сформулированы следующие **задачи**:

- охарактеризовать детей-инвалидов как объект деятельности социального работника;

- изучить нормативно-правовую базу, формы и методы деятельности социального работника с детьми-инвалидами;

- Раскрыть особенности деятельности социального работника с детьми-инвалидами.

**Глава 1. Теоретические основы деятельности социального работника с детьми-инвалидами**

* 1. **Дети-инвалиды как объект деятельности социального работника**

Согласно «Декларации о правах инвалидов» инвалид – это любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и (или) социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет, его (или ее) физических или умственных возможностей. [ Декларация о правах инвалидов. Принята и провозглашена Генеральной ассамблеей ООН 09.12.1975г. // Народное образование. – 1993. – №5 ].

В Рекомендациях 1185 к реабилитационным программам 44-й сессии Парламентской Ассамблей Совета Европы от 5 мая 1992 г. Инвалидность определяется как ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными, и иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества. Общество обязано адаптировать свои стандарты к особым нуждам людей, имеющих инвалидность, для того чтобы они могли жить независимой жизнью.

Согласно «Конвенции о правах инвалидов» к инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими. [Конвенция о правах инвалидов. Принята и провозглашена Генеральной ассамблеей ООН 24.01.2007 г. // Наша жизнь. – 2007. – №4].

Российское законодательство определяет инвалида как лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. В соответствии с этим законодательством ребенком-инвалидом считается лицо признанное инвалидом, при условии, что возраст лица до 18 лет. [ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 г. № 181].

Таким образом, к категории ребенок-инвалид относятся дети, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушения роста и развития ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

Здоровье детей в России катастрофически ухудшается. Росстат дает крайне тревожную статистику по детской инвалидности. Об этом просто «заходиться от крика» следующая таблица (см. приложение ). Комментируя эти убийственные цифры, Росстат отмечает: из всех мест в санаториях и домах социального обслуживания престарелых и инвалидов, начиная с 1990 г., на детей приходилось от 26 – 28 до 32%, т. е. в среднем треть всех мест. К этим сведениям можно добавить и другие: в 2003 г. в дошкольных учреждениях находилось детей с нарушением слуха – 5,1 тыс. человек, с нарушением речи (при сохранении слуха) – 266,1 тыс. человек, с нарушением зрения – 36,7 тыс. человек, с нарушением интеллекта – 12,3 тыс. человек, с нарушением опорно-двигательного аппарата – 35,7 тыс. человек, с туберкулезной интоксикацией – 48,4 тыс. человек. В дневных общеобразовательных школах училось детей-инвалидов: в 1980/1981 учебном году 278 тыс. человек, в 2003/2004 учебном году 467 тыс. человек. По оперативным данным Минздрава РФ, общая заболеваемость детей до 14 лет с 1996 по 2000 год выросла на 14,5%.. У подростков 15 – 17 лет общая заболеваемость увеличилась за тот же период на 27,9%. Естественно, это ведет к тому, что число детей-инвалидов в стране неуклонно растет. Если в 1996 году на 70 детей в возрасте до 15 лет приходился один ребенок-инвалид, то в 2000 году это уже один из 50 детей. Среди причин инвалидности на первом месте – заболевания нервной системы, на втором – психические расстройства, на третьем – врожденные аномалии. [Шкаровская В Сколько у нас детей-инвалидов // Аргументы и факты №9 (1114). 27 февраля 2002.]..

У ребенка-инвалида определяется **степень нарушения здоровья:**

**1 степень утраты здоровья** определяется при легком и умеренном нарушении функций, которые являются показателем к установлению инвалидности у ребенка, но, как правило, не приводят к необходимости определения у лиц старше 18 лет;

**2 степень утраты здоровья** устанавливается при наличии выраженных нарушений функций органов и систем, которые несмотря на проведенное лечение, ограничивают возможности социальной адаптации ребенка (соответствует 3 группе инвалидности у взрослых );

**3 степень утраты здоровья** соответствует 2 группе инвалидности у взрослого;

**4 степень утраты здоровья** определяется при резко выраженных нарушениях функций органов и систем, приводящих к социальной дезадаптации ребенка при условии необратимого характера поражения и неэффективности лечебных и реабилитационных мероприятий (соответствует 1 группе инвалидности у взрослого)

Каждой степени утраты здоровья ребенка-инвалида соответствует, перечень заболеваний, среди которых можно выделить следующие основные группы:

1) нервно-психические заболевания. Наиболее распространенные заболевания этой группы опухоли нервной системы, эпилепсия, шизофрения и другие эндогенные психозы, умственная отсталость (олигофрения или слабоумие различного генеза, соответствующие стадии идиотии или имбецильности ), болезнь Дауна, аутизм.

2) Заболевания внутренних органов.

3) Поражение и заболевание глаз.

4) Онкологические заболевания.

5) Поражение и заболевание органа слуха.

6) Хирургические заболевания и анатомические дефекты и деформации.

7) Эндокринные заболевания.

Часто в силу своих заболеваний такие дети не могут вести активный образ жизни, сверстники могут избегать общения с ними и включения их в свои игры. Возникает ситуация рассогласованности между необходимостью осуществления нормальной жизнедеятельности ребенка и невозможностью ее полноценной реализации. Социальная депривация углубляется за счет длительного пребывания ребенка в специальных стационарах, санаториях, где ограничен социальный опыт и общение осуществляется между такими же детьми. Следствием этого является задержка развития социальных и коммуникативных навыков, формируются недостаточно адекватное представление об окружающем мире у больного ребенка.

Инвалидность детей значительно ограничивает их жизнедеятельность, приводит к социальной дезадаптации вследствие нарушения их развития и роста, потери контроля за своим поведением, а также способность к самообслуживанию, передвижению, ориентации, общению, трудовой деятельности в будущем.

Таким образом, очевидно, что в силу особенностей детей-инвалидов, их нужд и потребностей, им необходима профессиональная помощь специалиста. Эта помощь должна носить не только медицинский характер, она должна быть комплексной, затрагивать все стороны жизни такого ребенка.

**1.2 Правовой аспект, профессиональная компетентность, методы и формы деятельности социального работника с детьми-инвалидами**

Детская инвалидность - важная социальная проблема, решать которую приходиться каждому обществу. Масштаб детской инвалидности в каждой стране зависит от множества факторов, в том числе социально-экономических, экологических, политических, которые составляют основу для формирования социальной политики государства. По Конституции РФ наша страна является социальным государством, и приоритет социальной политики – защита граждан, в том числе и детей-инвалидов. Политика по отношению к детям- инвалидам направлена на социальную реабилитацию и адаптацию их к современным условиям общественной жизни. Это вопрос основных прав человека, и законодательство должно каждому гарантировать эти права.

В последние 30 лет в мире активно разрабатываются подходы к решению проблем инвалидности. На международном уровне эта работа ведется Комиссией по правам человека и Комиссией социального развития ООН. Приняты «Декларация ООН о правах умственно отсталых лиц», в которой утверждались необходимость максимальной степени осуществимости прав таких инвалидов, их права на надлежащее медицинское обслуживание и лечение, а так же право на образование, обучение, восстановление трудоспособности и покровительства, которое позволяет им развивать свои способности и возможности. Особо оговорено право продуктивно трудиться или заниматься каким-либо другим полезным делом полную меру своих возможностей, с чем связано право на материальное обеспечение и удовлетворительный жизненный уровень.

Особое значение для детей инвалидов имеет норма, утверждающая, что при наличии возможностей умственно отсталый человек должен жить в своей семье или с приемными родителями и участвовать в жизни общества. Семьи таких лиц должны получать помощь. В случае необходимости помещения такого человека в специальное заведение необходимо предусмотреть, чтобы новая среда и условия жизни как можно меньше отличались от условий обычной жизни. [Декларация о правах умственно отсталых лиц: Принята и провозглашена Генеральной ассамблеей ООН 20.11.1971 г. // Народное образование. – 1993. – №5]. «Декларация ООН о правах инвалидов»,

«Конвенция ООН о правах инвалидов», «Всемирная программа действий в защиту инвалидов» и др. Профессионально интересен такой документ как «Декларация независимости инвалидов» (см.приложение 2), так как он отражает позиции людей, которым призваны помогать социальные работники Итоговый документ сформулирован в 1993 году в виде «Стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов». Документ принят рядом стран, в том числе и Россией. В 1989 г. ООН приняла текст Конвенции о правах ребёнка, которая обладает силой закона. В ней закреплено право детей, имеющих отклонения в развитии, вести полноценную и достойную жизнь в условиях, которые позволяют им сохранить достоинство, чувство уверенности в себе и облегчают их активное участие в жизни общества (ст. 23); право неполноценного ребёнка на особую заботу и помощь, которая должна предоставляться по возможности бесплатно с учётом финансовых ресурсов родителей или других лиц, обеспечивающих заботу о ребёнке с целью обеспечения неполноценному ребёнку эффективного доступа к услугам в области образования, профессиональной подготовки, медицинского обслуживания, восстановления здоровья, подготовки к трудовой деятельности и доступа к средствам отдыха, что должно способствовать по возможности наиболее полному вовлечению ребёнка в социальную жизнь и развитии его личности, включая культурное и духовное развитие. [Конвенция о правах ребёнка: Принята и провозглашена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1979г.] В Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах ОНН (ст. 12) зафиксировано право каждого инвалида (как взрослого, так и не совершеннолетнего) на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

В 1948 г. была принята Всеобщая Декларация прав человека. Исходя из этого универсального и общепризнанного документа дети обладают всеми правами человека. Статья 1 Декларации гласит: «Все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах. Они наделены разумом и совестью и должны поступать по отношению друг к другу в духе братства» Здесь основным является отражение принципа равноправия всех членов человеческого сообщества, взрослых и детей, подчеркивается недопустимость дискриминации человека по какой-либо причине. [Всеобщая декларация прав человека. Принята и провозглашена Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948 г.]

Декларация прав ребенка, принятая в 1959 г., гласит: «Ребенку законом и другими средствами должна быть обеспечена специальная защита, предоставлены возможности и благоприятные условия, которые позволили бы ему развиваться физически, умственно, нравственно, духовно, здоровым и нормальным путем, в условиях свободы и достоинства. При издании с этой целью законов главным соображением должно быть наилучшее обеспечение интересов ребенка». [Декларация прав ребенка. Принята и провозглашена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1959 г.].

Эти правила налагают на специалистов по социальной работе серьезные моральные обязательства в обеспечении качества жизни и равноправия детей- инвалидов, устранении препятствий для их полного участия в общественной жизни.

В Российской Федерации права ребенка-инвалида регламентируется ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской федерации» В соответствии с ним целями государственной политики в интересах детей-инвалидов являются: осуществление прав детей-инвалидов, предусмотренных Конституцией РФ, недопущение их дискриминации, упрочение основных гарантий прав и законных интересов детей, а также восстановление их прав в случае нарушений; формирование правовых основ гарантий прав ребенка; содействие физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию детей-инвалидов,; законодательное обеспечение прав ребенка; поддержка семьи в целях обеспечения воспитания, отдыха и оздоровления детей-инвалидов, защиты их прав, подготовки их к полноценной жизни в обществе. [ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации от 24.07.1998 №124-ФЗ].

В Российской Федерации права инвалидов зафиксированы в таких важнейших документах как: "Декларация прав и свобод человека и гражданина", принятая Верховным Советом РСФСР 22.11.1991 г. (ст. 26, 28). Конституция Российской Федерации, принятая всенародным голосованием 12.12.1993 г. (ст. ст. 2, 6, 7, 17, 38-42, 45, 46, 55, 72); "Закон об основных началах социальной защищенности инвалидов в СССР", принятый Верховным Советом СССР 11.12.1990 г.; Основы Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, принятые Верховным Советом Российской Федерации 22.07.1993 г.; Указы Президента Российской Федерации "О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов среды жизнедеятельности" от 2.10.1992 г., Постановления Министров Правительства Российской Федерации от 1993 г. "О научном и информационном обеспечении инвалидности и инвалидов" и др. [Холостова Е. И. Социальная работа с инвалидами, М., 2001].

Для эффективного выполнения своей деятельности, защиты прав и интересов детей-инвалидов специалист по социальной работе должен изучить и всегда иметь под рукой вышеперечисленные нормативно-правовые акты.

Теперь можно перейти к профессиональной компетенции социального работника в деятельности с детьми инвалидами.

Опираясь на исследования А.К. Марковой, изучавшей профессиональную компетентность учителя, и анализ специфических особенностей труда специалиста по социальной работе, можно выделить пять компонентов (блоков), присущих профессиональной компетентности в социально-реабилитационной деятельности:

1) наличие опыта эффективной практической деятельности в области социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья;

2) профессиональные специальные и психологические знания, навыки и умения в области работы с детьми-инвалидами.

3) профессиональные психологические позиции, установки, психологическая компетентность;

4) личностные особенности, обеспечивающие овладение профессиональными знаниями и умениями;

5) результаты труда, т. е. те изменения в психическом и личностном развитии детей, которые возникают под влиянием деятельности социального работника

Названные компоненты являются не только психологическими предпосылками профессиональной компетентности, но и наработками, которые совершенствуются в ходе практической деятельности специалиста

Опыт профессиональной деятельности в области социальной реабилитации детей-инвалидов. Нравственные личностные свойства, которыми должен обладать специалист по социальной реабилитации — основа для приобретения высоких профессиональных качеств. Но профессиональная зрелость и профессиональная компетентность, как показывает жизнь, возникают у специалиста любого профиля только на практике. Чтобы стать профессионалом, ему необходимо определенное время для социально-профессиональной адаптации, для «вхождения» в профессию и выработку соответствующего профессионального мировоззрения, осознания гражданских прав, обязанностей и социальной ответственности за свои действия в соответствующей должности. Период профессионального становления у каждого человека не одинаков, но он имеет место у каждого, кто начинает выполнять свои профессиональные обязанности.

Профессиональные знания, профессиональная эрудиция — это совокупность сведений о специфике труда специалиста по социальной реабилитации и его взаимодействии с ребенком, отягощенным дефектом развития, о профессиональных особенностях личности самого специалиста, особенностях психического и личностного развития ребенка в норме и в патологии, его возрастных особенностях и другие.

Профессиональные умения — это способы, технологии воздействия специалиста по социальной реабилитации на ребенка с учетом его первичных и вторичных нарушений в развитии, которые выполняются им на высоком уровне. Профессиональные умения образуют «техники» в его труде. Они составляют три большие группы, в число которых входят: умения, касающиеся постановки задач и организации ситуации; умения, относящиеся к применению специальных приемов воздействия на ребенка и умения анализировать свои действия.

Первая группа умений: умение увидеть в отношениях с ребенком проблему и оформить ее в виде социально-реабилитационной задачи; умение при формулировании задачи ориентироваться на ребенка как активного развивающего соучастника социально-реабилитационного процесса, имеющего собственные мотивы и цели; умение конкретизировать задачи в поэтапные и оперативные; принимать оптимальные решения в условиях неопределенности, гибко перестраивать цели и задачи с учетом изменяющихся условий и ситуаций; умение предвидеть близкие и далекие последствия принимаемых социально-реабилитационных воздействий.

Вторая группа умений: в эту группу включают три подгруппы умений.

Подгруппа «чему учить»: умение работать с содержанием учебного материала. Это осведомленность в новых концепциях социально-реабилитационной работы, умение выделять в них ключевые идеи и использовать на практике, осуществлять связи с другими специалистами.

Подгруппа «кого учить»: умение изучать с помощью психодиагностических средств состояние отдельных психических функций (памяти, внимания, мышления, речи и др.), личностных качеств и личности в целом, изучать реальные возможности развития для каждого конкретного ребенка, умение выявлять не только наличный уровень, но и зону ближайшего развития ребенка, предвидеть возможные и типичные затруднения; умение проектировать и формировать у детей отсутствующие уровни деятельности и личностные качества; умение расширять поле для самоорганизации детей, разрабатывая для них индивидуальные программы.

Подгруппа «как учить»: умение отбирать и применять различные методические приемы и технологии в работе с ребенком; учитывать затраты сил детей и своих собственных при решении конкретной задачи; применять дифференцированный и индивидуальный подходы; умение организовывать самостоятельную работу детей.

Третья группа умений: умение использовать психологические и специальные знания и осведомленность в науке и передовом опыте на практике; умение хронометрировать, фиксировать, регистрировать процесс и результаты своего труда; умение соотносить возникающие трудности детей с недочетами в своей работе; умение видеть слабые и сильные стороны своего труда,' оценивать свой индивидуальный стиль, анализировать и обобщать свой опыт; умение строить планы совершенствования своей деятельности.

Профессиональные психологические позиции — это устойчивые системы отношений специалиста по социальной реабилитации к ребенку, к себе, к коллегам, определяющие его поведение. Профессиональная позиция тесно связана с мотивацией, с осознанием смысла своего труда.

Психологическая компетентность — это комплекс знаний и умений по психологии, необходимый для решения профессиональных задач в социально-реабилитационной деятельности. Знания по психологии призваны помочь специалисту по социальной реабилитации разобраться в сложных проблемах взаимоотношений с ребенком и найти необходимый выход из сложившейся ситуации, привести к пониманию интеграции знаний и методов из различных областей научного и практического знания с целью решения проблем подготовки ребенка к безболезненному вхождению в социальную среду. Психологическая компетентность специалиста по социальной реабилитации предполагает:

— знание закономерностей психического и личностного развития ребенка с учетом возрастных, индивидуальных различий и патологических изменений, умение адекватно оценивать состояние детей, их настроение, поведение;

— знание психологии взаимоотношений и взаимодействий ребенка в группе;

— умение адекватно эмоционально откликаться на психическое состояние ребенка и его поведение;

— умение выбирать по отношению к каждому ребенку такую форму социально-психологического и педагогического воздействия, которая бы отвечала его индивидуальным особенностям и потенциальным возможностям;

— обладание педагогическим тактом и умением следовать требованиям педагогической этики по отношению к ребенку, имеющему ограниченные возможности.

Психологическая компетентность в деле пропаганды и просвещения общества предполагает проявление способности формировать у населения положительное общественное мнение по отношению к детям, имеющим ограниченные возможности.

Психологические качества личности. К ним относят особенности познавательной (профессиональное мышление, наблюдательность, рефлексия, самооценивание) и мотивационной (целеполагание, мотивационная направленность личности и др.) сфер личности.

Кроме названных качеств специалисту по социальной реабилитации для становления профессиональной компетенции важны:

— наблюдательность, зоркость, профессиональный слух, понимание сущности ситуации, способность по внешним признакам понять переживания ребенка или подростка;

— оптимизм — подход к ребенку с верой в его потенциальные возможности, резервы его личности, в успех своего дела;

. — находчивость — умение легко перестраивать трудную ситуацию в простую, придать ей положительную эмоциональную окраску и позитивную направленность;

— рефлексия — обращенность сознания на самого себя, учет представлений подростков, родителей и коллег о своей деятельности.

Специалист по социальный реабилитации должен обладать также знаниями, умениями и навыками, которые позволят ему выполнять следующие действия:

1. Оценивать социальную ситуацию развития, в которой оказался ребенок с ограниченными возможностями, определять ее положительные и негативные воздействия на его развитие и при необходимости оказывать помощь в выборе средств, форм или детских специализированных учреждений, необходимых для нормального развития такого ребенка.

2. Организовывать взаимодействие различных специалистов: врачей, дефектологов, педагогов-предметников и других с целью разработки и реализации единой стратегии и тактики использования реабилитационных технологий, общих требований и подходов в целенаправленном развитии личности ребенка.

3. Разрабатывать на основе исходной медицинской и психологической информации индивидуальные планы социальной реабилитации ребенка-инвалида с учетом специфических особенностей развития и последствий инвалидности и обеспечивать их выполнение.

4. Реализовывать на практике основные направления, подходы и технологии социальной реабилитации и прогнозировать последствия их применения, создавать оптимальные ситуации и условия для наиболее эффективного течения социальной реабилитации ребенка с ограниченными возможностями в зависимости от характера инвалидности и ее последствий.

5. Получать с помощью психодиагностических и других средств обратную информацию о результатах социально-реабилитационных воздействий на психическое и личностное развитие ребенка и использовать данную информацию для выбора адекватных решений.

6. Выполнять профилактические функции. В этих целях формировать у детей общую, педагогическую и психологическую культуру, желание применять санитарно-гигиенические знания, знания по психологии и педагогике в интересах собственного развития с учетом каждого возрастного этапа.

Показателем профессиональной компетентности труда специалиста по социальной реабилитации являются зримые сдвиги в психическом и личностном развитии ребенка. Взрослея, такой ребенок должен постепенно приобретать способность управлять своими желаниями, ставить цели, направленные на преобразование самого себя.

Но результативные показатели не равноценны: среди них более важными являются обучаемость (способность к самообучению) и воспитуемость (способность к саморазвитию), то есть основанием для оценки являются обученность и воспитанность ребенка, его способность к вхождению в социальную среду. Рассмотренные составляющие профессиональной компетентности специалиста по социальной реабилитации могут стать своеобразной программой его профессионального самосовершенствования, роста компетентности и личностного роста.

Профессионально компетентный специалист по социальной работе при работе с детьми-инвалидами должен применять наиболее оптимальные и эффективные методы и формы в работе с ними.

Цель социального работника — наиболее полное развитие у ребенка с ограниченными возможностями духовных и физических сил посредством использования его сохранных функций, возникающих потребностей и интересов, его собственной активности и создания соответствующих внешних и внутренних условий, в которых они могут наиболее эффективно проявляться.

Чтобы реализовать названную цель специалист по социальной работе должен владеть средствами и методами воздействия на ребенка.

**К средствам** реабилитационного воздействия относятся различные виды деятельности (игровая, учебная, трудовая и др.), психологической помощи (психолого-профилактическая и просветительская работа, психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия), специальной помощи (игротерапия, арттерапия или терапия искусством — музыкотерапия, библиотерапия, танцевальная терапия, проективный рисунок, сочинение историй, сказкотерапия, куклотерапия); предметы материальной и духовной культуры (технические приспособления и оборудование, необходимые для ребенка с ограниченными возможностями, литература, произведения искусства, аудиовизуальные технические средства, средства массовой информации и др.).

Все многообразие методов, используемых в работе с детьми-инвалидами можно объединить в три группы:

1. Методы организации социально-реабилитационного процесса и познавательной деятельности детей. К ним относятся словесные (рассказ, беседа, работа с книгой), наглядные (метод примера) и практические (упражнения, приучение и др.) методы.

2. Методы стимулирования мотивации и активности детей в реабилитационном процессе. Любая деятельность протекает эффективно, если у ребенка есть желание ее выполнять, имеются мотивы, побуждающие его быть активным. В целях подкрепления усилий ребенка действовать применяются различные методы стимулирования, среди которых наиболее распространенными являются: соревнование, поощрение и наказание.

3. Методы контроля эффективности социально-реабилитационногопроцесса. Контроль направлен на получение информации о результатах реабилитационных воздействий за определенный промежуток времени. Он необходим для того, чтобы внести коррективы в программу социальной реабилитации ребенка. Методы контроля — это способы, с помощью которых определяется результативность социальной реабилитации. Наиболее распространенными методами контроля в социальной реабилитации выступают наблюдение за деятельностью детей и методы психодиагностики. Чрезвычайно важно, чтобы у ребенка в процессе социальной реабилитации сформировались основы самоконтроля, позволяющие ему самому оценивать успешность выполняемых действий.

Основная форма организации социальной реабилитации детей — реабилитационное (коррекционное) занятие, проводимое в условиях реабилитационного центра. Оно может осуществляться в индивидуальной или групповой формах. В первом случае взаимодействие осуществляется один на один с ребенком при отсутствии посторонних лиц. Во втором случае специалист работает с группой детей, которые взаимодействуют не только с ним, но и между собой. Группа облегчает процесс осознания своих чувств, установок, мыслей, желаний и поступков. В группе легче происходит самораскрытие, возрастает уверенность в себе.

Индивидуальное взаимодействие удобно тем, что быстрее снимаются психологические барьеры, которые могут возникать у ребенка в присутствии других детей. В то же время оно не эффективно в выработке навыков общения и межличностного взаимодействия. Противопоказаниями для организации процесса социальной реабилитации в условиях группы могут быть сильно выраженная эмоциональная возбудимость и эмоциональная неуравновешенность ребенка, трудный характер, низкий уровень интеллектуального развития.

Кроме реабилитационных занятий, которые могут проходить в виде тренинга, учебного занятия, в социально-реабилитационной практике используются и другие формы: кружки и секции различного профиля, проведение различных вечеров, встреч, дискотек, экскурсий, работа в мастерских и т. д.

В данной главе были даны определение ребенка-инвалида, им считается ребенок, имеющий значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушения роста и развития ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем. Основные характеристика данной категории населения как объекта деятельности социального работника.

Были проанализированы основные правовые документы регламентирующие деятельность социального работника с детьми-инвалидами и гарантирующие их права и свободы.

Были описаны средства, формы и методы которые должен применять социальный работник при осуществлении своей деятельности с детьми-инвалидами.

**Глава 2.Содержание деятельности социального работника с детьми-инвалидами на примере реабилитационного центра**

* 1. **Опыт работы социального работника с детьми-инвалидами на примере Саратовского областного реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями**

Саратовский областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями является учреждением государственной системы социальной защиты населения, осуществляющим медицинскую, психологическую и социальную адаптацию детей и подростков с отклонениями в интеллектуальном и физическом развитии от рождения и до 16 лет.

Центр разрабатывает специальные методики и социальные технологии, основанные на достижениях в области медицины, психологии, социологии и педагогики, использует индивидуальные программы реабилитации детей с ограниченными возможностями.

В структуре центра

1. Отдел разработки программ социальной реабилитации.

2. Медико-реабилитационный отдел.

3. Отдел психолого-педагогической помощи.

4. Отделение дневного пребывания.

5. Стационарное отделение.

6. Социально-реабилитационный отдел

7. Отдел правовой защиты

8. Летний стационар-лагерь «Лесной».

Рассмотрим опыт деятельности отдельного центра.

Отделение диагностики семей и разработки программ социальной реабилитации обеспечивает разработку индивидуальных программ реабилитации, своевременное внесение в нее корректив. Специалисты отдела фактически являются социальными кураторами семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями. Проблемы, возникающие в семье: медицинские, психологические, юридические, и т.д., решаются работниками отдела с привлечением специалистов из других подразделений центра. Специалисты по социальной работе осуществляют научно-практическую связь с региональными учреждениями социальной защиты, здравоохранения и образования.

Социальный работник осуществляет деятельность по реализации следующих мероприятий:

выявление семейных потребностей и ресурсов;

координация диагностического обследования;

информирование семей о доступных источниках поддержки;

координация и мониторинг оказываемых услуг.

Отделение обслуживает около 2000 детей-инвалидов и подростков с ограниченными возможностями города Саратов.

Медицинская реабилитация, проводимая в Центре, включает в себя медикаментозную терапию, физиотерапию, ручной, аппаратный и подводный массаж, лечебную физкультуру с использованием специальных тренажеров и мягких модулей, ароматерапию, занятия на стабилометрическом комплексе, СКЕНАР-терапию, магнитотерапию. Ярким примером сочетания достижений космической медицины и реабилитологии являются скафандры - лечебные костюмы «Адели». Лечебный комплекс "Адели" представляет собой оригинальную систему фиксаторов и амортизаторов, прикрепленных к специальной одежде, состоящей из шапочки, курточки, шорт, наколенников и ботинок. Натяжение амортизаторов позволяет устранить порочные положения частей тела, нормализовать мышечный тонус за счет растяжения спастичных мышц и создания облегчающих условий для их антагонистов. Создавая правильные взаимоотношения между частями тела и устраняя порочные установки, костюм пособствует формированию правильной схемы взаиморасположения частей тела и схемы движений, что является основой для формирования моторики.

Метод коррекции с помощью ЛК "Адели" - ДИПРОКОР (метод динамической проприоцептивной коррекции) предложен профессором К. А. Семеновой в 1993 году совместно с фирмой "Аюрведа" и успешно используется на базе 18 больницы г.Москвы. Новизна метода заключается в принципиально новом подходе к осуществлению восстановления нарушенных функций мозга путем воздействия на анти гравитационную систему с помощью специальных тяг ЛК "Адели", направленно корригируя этим афферентный поток импульсов, поступающий от мышц, суставов, связок, что и оказывает соответствующее нормализующее действие на структуры ЦНС, контролирующие движения и речь. Методика применяется при всех формах ДЦП за исключением двойной гемиплегии. Эффективность методики по мнению авторов - до 70%. Выраженность положительного эффекта ЛК "Адели" зависит от степени тяжести заболевания, наличия функциональных или органических контрактур в суставах конечностей (особенно тазобедренных и голеностопных), наличия патологических синергии и мотивации к становлению движений. Курс лечения - 15-20 дней, повторяют до 5-7 раз в течение года в зависимости от показаний. Первоначально больной находится в костюме до 20-30 минут. Постепенно время увеличивают до 1,5-2 часов в день с перерывами по 5-10 минут (в зависимости от индивидуальной переносимости). Это метод применяется совместно с лечебной физкультурой, физиотерапией и лечебным массажем.

Наряду с реабилитацией больных с патологией нервной системы и опорно-двигательного аппарата ОРЦ занимается восстановительным лечением больных с бронхолегочной патологией.

К методам реабилитации таких больных можно отнести прерывистую нормобарическую гипокситерапию. Прерывистая нормобарическая гипокситерапия- это один из новых не медикаментозных методов профилактики, лечения и реабилитации в медицине.

Дыхание воздухом с пониженным содержанием кислорода является мощным фактором, повышающим сопротивляемость организма к неблагоприятным условиям окружающей Среды. При дыхании газовыми смесями, в состав которых входит 10 и менее процентов кислорода, существенно повышается радиорезистентность. При гипокситерапии раскрываются резервные капилляры, происходит выброс в кровяное русло ранее депонированных эритроцитов, увеличивается объем циркулирующей крови, минутный объем кровообращения. Происходит централизация кровообращения, при котором жизненно важные органы (мозг, сердце, почки) имеют преимущество в кровообращении за счет других органов и тканей.

Галотерапия применяется для лечения, профилактики и реабилитации больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких, с целью реабилитации больных с острыми рецидивирующими и затяжными заболеваниями органов дыхания, заболеваниями ЛОР-органов; с целью профилактики заболеваний органов дыхания у лиц с факторами риска. Галотерапия улучшает дренажную функцию бронхов, способствует уменьшению воспалительной реакции слизистой верхних и нижних дыхательных путей и элиминации патогенных микроорганизмов, повышению общей неспецифической и иммунологической реактивности организма. Благодаря действию сухого аэрозоля хлорида натрия, в процессе галотерапии отмечается положительная динамика симптомов, свидетельствующих об улучшении дренажной функции дыхательных путей: облегчается отделение мокроты, снижается ее вязкость, облегчается кашель, изменяется аускультативная картина в легких.

Медицинская реабилитация проводится в стационарном отделении Центра, располагающим 35 кроватями. За год курс стационарной реабилитации проходит более 400 детей. Эффективность реабилитации достигает 80-90%.

Структура психолого-педагогический отдела представлена:

- круглосуточным стационаром (40 мест);

-дневным отделением (75 мест).

Сотрудники: 14 воспитателей, 8 учителей-дефектологов, 3 логопеда, 3 педагога-психолога.

Основная задача: оказание комплексной психолого-педагогической помощи детям, имеющим нарушения умственного или физического развития.

Направления работы:

1. Разработка и реализация индивидуальных и групповых программ психолого-педагогической реабилитации и реабилитации детей-инвалидов в отделениях ОРЦ.

2. Организация образовательно-реабилитационного процесса с целью реализации специальных программ по сенсорному, физическому, умственному, эстетическому, нравственному и трудовому воспитанию детей.

3. Моделирование инновационных и применение адаптированных коррекционно-развивающих программ (включая реабилитацию с использованием компьютерных программ), направленных на обучение, воспитание и социальную адаптацию детей с сохранным интеллектом, задержкой психического развития, умственной отсталостью, нарушением опорно-двигательного аппарата, выраженными речевыми дефектами.

Основным направлением работы социального отдела является социально-культурная реабилитация. Специалисты отдела организовали спортивно-оздоровительную работу на стадионе "Локомотив", в городе работают 9 кружков, ведется большая культурно-массовая работа, организовываются походы в театры, музеи, цирк, семейные выезды на природу.

Методическая работа направлена на составление программ для реабилитационного лагеря "Лесной» и разработку методических пособий для вожатых и воспитателей.

На стадионе "Локомотив" проводятся спортивно-оздоровительные индивидуальные и групповые занятия по специальным комплексам, разработанным с учетом заболевания ребенка. Дети с различными нарушениями функций занимаются вместе с детьми из семей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Занятия дают не только физическое развитие, направленное на коррекцию нарушений, но и общение, необходимое каждому ребенку. На базе отделения "Локомотив" проводятся праздники и выезды на природу, которые сплачивают не только детей-инвалидов, но и их родителей.

Дети, имеющие диагноз ДЦП, участвуют в многокилометровых пробегах и других соревнованиях ("веселые старты", дартс, армреслинг, легкая атлетика, пулевая стрельба, плавание и т.д.), что также способствует процессу социализации и росту личности ребенка-инвалида.

Летний реабилитационный лагерь "Лесной" является структурной единицей Областного реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями. Помимо детей-инвалидов, в лагере отдыхают дети из неблагополучных, социально-незащищённых семей Саратовской области. В четыре смены проходят реабилитацию 1200 детей и подростков.

Реабилитационный лагерь "Лесной" по своей сущности является медико-социально-педагогическим комплексом, который работает по трем основным направлениям: медицинскому; психологическому; социально-педагогическому.

Оздоровление невозможно без создания соответствующего климата в детском коллективе, без организации разнообразной творческой деятельности, дающей возможность духовного, интеллектуального и физического развития, удовлетворения его разнообразных потребностей. Таким образом, в лагере осуществляется лечебно-профилактическая, учебно-познавательная, трудовая, игротерапевтическая и социокультурная деятельность. Каждая смена проходит в форме сюжетно-ролевой игры.

Услуги, оказываемые специалистом по социальной работе совместно с другими специалистами детям-инвалидам:

1. Диагностика психофизиологического развития детей и выявление психофизиологических особенностей развития детей.

2. Определение реальных возможностей и реабилитационного потенциала. Проведение социологических исследований по изучению семейных потребностей и ресурсов.

3. Медицинское обслуживание детей-инвалидов. Оказание квалифицированной медицинской помощи детям с ограниченными возможностями в процессе реабилитации. Консультирование детей-инвалидов врачами различных специальностей и предоставление широкого комплекса лечебных процедур (ЛФК, массаж, ФТО и др.). Бесплатное медикаментозное лечение.

4. Патронажное обслуживание детей-инвалидов на дому.

5. Социальная поддержка семей, имеющих детей-инвалидов.

6. Социальный патронаж, включающий в себя социальную диагностику, первичное консультирование по юридическим вопросам.

7. Помощь в обучении на дому детей с тяжелой степенью заболевания в возрасте 7-9 лет. Организация досуга детей и их семей.

8. Психологическая поддержка детей-инвалидов и их семей осуществляется посредством:

- психодиагностики детей и их родителей, психотерапии и психокоррекции с использованием современных психотехнологий;

 - адаптации поведения в условиях групповой работы (тренинги);

- разработки индивидуальных реабилитационных программ для продолжения психологической реабилитации в домашних условиях;

- проведения обучающих семинаров для родителей с целью повышения их психологической компетентности;

- консультирования родителей, дети которых проходят курс реабилитации в стационарном отделении Центра.

Предоставляются консультации (для школьных психологов и социальных педагогов, специалистов различных социальных институтов, занимающихся проблемами нетипичных детей) по вопросам: правового характера и оказания помощи в составлении документов, психологической и социальной реабилитации детей-инвалидов; выбора профессии; организации компьютерного обучения детей с ограниченными возможностями в домашних условиях.

Организациям, сотрудничающим с центром, предоставляются сведения о новых социальных технологиях и программах реабилитации детей с ограниченными возможностями, оказывается содействие в повышении квалификации и в разработке методик социальной поддержки детей-инвалидов.

Наряду с указанными услугами Центр формирует банк данных информационно-справочного характера, в котором содержится информация о школах и детских дошкольных учреждениях, где осуществляется обучение и воспитание детей-инвалидов; об учебных заведениях, в которых проводится профессиональная подготовка и переподготовка инвалидов; о действующей нормативной системе социальной защиты детей-инвалидов.

Изучив деятельность Саратовского областного реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями можно сделать вывод, что основными направлениями деятельности социального работника с детьми-инвалидами являются:

координация диагностического обследования;

информирование семей о доступных источниках поддержки; координация и мониторинг оказываемых услуг.

В структуре психолого-педагогического отдела социальный работник разрабатывает и реализует индивидуальные и групповые программы реабилитации детей-инвалидов; организует образовательно-реабилитационный процесс; моделирует инновационные коррекционно-развивающие программы

В социальном отделе социальный работник реализует мероприятия по социально-культурной реабилитации

Совместно с другими специалистами оказывает юридическую помощь, психологическую поддержку, организует медицинское обслуживание, проводит патронаж семей, имеющих детей-инвалидов, организует досуг детей и их семей.

**Заключение**

Дети-инвалиды вследствие своих физических, психических, ограничений часто бывают исключены из жизни общества. Часто их дезинтеграция связана не только с отклонениями в здоровье, но и с тем, что социальное окружение ребенка-инвалида, само общество не признает таких людей полноправными членами социума, не дают им возможности реализовать себя как личность.

В последние десятилетия положение инвалидов стало немного улучшаться об этом свидетельствует принятый в 1995 году ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», ФЗ « О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», в 2007 Генеральная Ассамблея ООН приняла Конвенцию о правах инвалидов, развертывание сети реабилитационных учреждений , все это говорит о том , что отношение общества к инвалиду постепенно меняется.

Неуклонный рост числа инвалидов, с одной стороны, увеличение внимания к каждому из них – независимо от его психических, физических, интеллектуальных возможностей, с другой стороны, представление о повышении ценности и необходимости защищать его права, характерное для демократического, гражданского общества, с третьей стороны, - все это предопределяет важность социально-реабилитационной деятельности в социальной работе с инвалидами.

**Список литературы**

1. Всеобщая декларация прав человека. Принята и провозглашена Генеральной ассамблеей ООН 10. 12. 1948 г. // Наша жизнь - 2005

2. Декларация о правах инвалидов. Принята и провозглашена Генеральной ассамблеей ООН 09.12.1975г. // Народное образование. – 1993. – №5

3. Декларация о правах умственно отсталых лиц: Принята и провозглашена Генеральной ассамблеей ООН 20.11.1971 г. // Народное образование. – 1993. – №5

4. Конвенция о правах инвалидов. Принята и провозглашена Генеральной ассамблеей ООН 24.01.2007 г. // Наша жизнь. – 2007. – №4

5. Конвенция о правах ребёнка: Принята и провозглашена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1979 г.

6. ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1005 г. № 181-ФЗ

7. Ахатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы, М., 2003

8. Долгушин А. Лечение занятостью – новая сфера социальной работы. //Социальная работа. №1, 2002

9. Курбатов В. В. Технология социальной работ. – Ростов на Дону. 2007

10. А. Осадчик. Законодательная основа социальной политики инвалидов.// Социальная работа, №1 январь, 2002. – С 47-51

11. Павленок П.Д. Основы социальной работы. – М., 2006. – С 294-300

12. Стенсмо К. Социальная педагогика. – Барнаул, 1995

13. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация – М.: 2002

14. Холостова Е.И. Технология социальной работы. – М.: 2001

15. Шкаровская В Сколько у нас детей-инвалидов // Аргументы и факты №9 (1114). 27 февраля 2002.

**Приложение**

Численность детей-инвалидов до 16 лет, получающих социальные пенсии

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
| Всего, тыс. человек | 53 | 91 | 155 | 454 | 514 | 564 | 597 | 592 | 675 | 658 | 642 | 544 |
| На 10 тыс. детей | 16,5 | 26,2 | 43,1 | 136,6 | 159,9 | 179,7 | 197,5 | 203,8 | 205,7 | 208,1 | 210,1 | 199,0 |

Источник: Российский статистический ежегодник. 2004. – М., 2004.