Содержание

Введение……………………………………………………………………….3

1. Содержание понятия инвалидность……………………………………….5

2.Особенности социальной реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата…………………………………...6

2.1 Патология опорно-двигательного аппарата……………………………..6

2.2 Технологии социальной реабилитации……………………………….....9

3. Социально-средовая реабилитация инвалидов с нарушениями слуха...15

3.1 Патология слуха………………………………………………………….15

3.2Социальная реабилитация инвалидов с нарушениями слуха…………16

4.Инвалиды с нарушением зрения…………………………………………19

4.1Социальная реабилитация инвалидов с нарушениями зрения………...21

Заключение…………………………………………………………………...24

Список литературы…………………………………………………………..26

**Введение**

Процесс социальной адаптации личности – это сложнейшее общественное явление, которое включает в себя различные стороны жизнедеятельности человека. Выделяется два класса адаптивных процессов. Первый связан с событиями, вызвавшими изменение социального статуса человека. Здесь требуется овладение новой социальной ролью, а также включение человека в новую для него социальную среду. Второй класс адаптивных процессов определяется событиями, обусловленными изменениями социальной среды, динамикой общественного развития. Для инвалида адаптивные процессы связаны, в первую очередь, с новой для него социальной ролью индивида и нахождением нового места в обществе в соответствии со своим статусом. Причем, следует учитывать, что социальная среда, как правило, враждебна инвалиду и условия для своевременной и успешной адаптации отсутствуют. Задержки и срывы в этом процессе ведут к снижению устойчивости семей инвалидов, росту заболеваемости, психологическому феномену, определяемому как формирование статуса инвалида. Социальная реабилитация – самый надежный путь и условие к успешной социальной адаптации инвалида.

Актуальность проблемы: Здоровый человек приспосабливается к окружающей среде. Для инвалидов же особенность этих сфер жизнедеятельности состоит в том, что их надо приспосабливать к нуждам инвалидов. Чтобы инвалид смог адаптироваться в среде, нужно сделать среду его обитания максимально для него доступной, т.е. приспособить среду к возможностям инвалида, чтобы он чувствовал себя на равных со здоровыми людьми и на работе, и дома, и в общественных местах.

Целью данной курсовой работы является освещение проблем социальной реабилитации инвалидов и технологии социальной реабилитации инвалидов. Объектом является технологии социальной реабилитации

Предметом является сущность технологий социальной реабилитации

**1.Содержание понятия инвалидность.**

Социальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями — одна из наиболее важных и трудных задач современных систем социальной помощи и социального обслуживания. Неуклонный рост числа инвалидов, с одной стороны, увеличение внимания к каждому из них — независимо от его физических, психических и интеллектуальных способностей, с другой стороны, представление о повышении ценности личности и необходимости защищать ее права, характерное для демократического, гражданского общества, с третьей стороны, — все это предопределяет важность социально-реабилитационной деятельности.

Согласно Декларации о правах инвалидов (ООН, 1975 г.) 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.

В Рекомендациях 1185 к реабилитационным программам 44-й сессии Парламентской Ассамблеи 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.

**2.Особенности социальной реабилитации инвалидов с**

**нарушениями функций опорно-двигательного аппарата**

2.1 Патология опорно-двигательного аппарата является следствием врожденного дефекта, последствий травм, дегенеративно-дистрофических изменений в костно-мышечной системе.

В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности двигательные нарушения представляются достаточно дифференцированно. Выделяются двигательные расстройства:

- вследствие полного или частичного отсутствия одной или более конечностей, включая ампутации.

- вследствие отсутствия одной или более дистальных частей конечностей

- в связи с отсутствием или нарушением произвольной подвижности четырех конечностей

- вследствие отсутствия или нарушения подвижности нижних конечностей

- в связи с нарушением произвольной подвижности верхней и нижней конечности на одной стороне

- вследствие нарушения мышечной силы нижних конечностей

- в связи с нарушением двигательных функций одной или обеих нижних конечностей.

Следствием этих нарушений являются ограничения жизнедеятельности в сфере самообслуживания и передвижения.

Способность к самообслуживанию – способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены.

Способность к самообслуживанию включает:

- удовлетворение основных физиологических потребностей, управление физиологическими отправлениями.

- соблюдение личной гигиены.

- одевание и раздевание верхней одежды.

- приготовление пищи

- выполнение повседневных бытовых потребностей

- пользование постельным бельем и другими постельными принадлежностями

- стирка, чистка, ремонт белья, одежды

- пользование бытовыми приспособлениями и приборами

- уборка помещения

Параметрами при оценке ограничений способности к самообслуживанию могут являться:

- оценка нуждаемости во вспомогательных средствах, возможности коррекции способности к самообслуживанию с помощью вспомогательных средств и адаптации жилища;

- оценка нуждаемости в посторонней помощи при удовлетворении физиологических и бытовых потребностей;

- оценка временных интервалов, через которые возникает подобная нуждаемость(1 раз в сутки): длительные интервалы(1 раз в сутки), короткие(несколько раз в сутки), постоянная нуждаемость.

Способность к самостоятельному передвижению – способность самостоятельно передвигаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамках выполняемой бытовой, общественной. проственной.ьно передвигаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамкх выполняемой бытовой, обфессиональной деятельности.

Способность к самостоятельному передвижению включает:

- самостоятельное перемещение в пространстве: ходьба на ровной местности в среднем темп (4-5 км/ч на расстояние, соответствующее средним физиологическим возможностям)

- преодоление препятствий: подъем и спуск по лестнице, ходьба по наклонной плоскости (с углом наклона не более 30 градусов)

- сохранение равновесия тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, возможность стоять, сидеть, вставать, садиться, сохранять принятую позу и изменять положение тела (повороты, наклоны туловища вперед, в стороны)

- выполнение сложных видов передвижения и перемещения : опускание на колени и подъем, перемещение на коленях, ползание, увеличение темпа передвижения

- пользование личным и общественным транспортом

Параметрами при оценке способности к передвижению могут являться:

- расстояние, на которое может передвигаться человек

- темп ходьбы (в норме 80-100 шагов в минуту)

- коэффициент ритмичности ходьбы (в норме 0,94-1.0)

- длительность двойного шага (в норме 1-1.3 с.)

- скорость передвижения (в норме 4-5 км/ч)

- нуждаемость и возможность использования вспомогательных средств)

Оба вида ограничений жизнедеятельности у инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата взаимосвязаны, хотя и можно говорить о преобладании ограничений способности к самообслуживанию при патологии верхних конечностей, а об ограничениях а об ограничениях способности к передвижению – при повреждениях верхних конечностей. Вместе с тем известно, что инвалид с поражением нижних конечностей вследствие травмы позвоночника имеет ограничения жизнедеятельности не только в сфере способности к передвижению. У него имеются в связи с этим и ограничение способности к самообслуживанию.

Если ограничить рассмотрение способности инвалида к передвижению в пределах квартиры, ограниченной жилой среды, то здесь можно говорить о способности инвалида к перемещению в небольшом жизненном пространстве.

**2.2 Технологии социальной реабилитации**

Проблемы осуществления самообслуживания и самостоятельного передвижения решаются в ходе социально-бытовой реабилитации.

Организация социально-бытовой реабилитации связана с рядом методических подходов, которые лежат в основе технологии этой формы реабилитации.

На этапе первичного освидетельствования инвалида в бюро медико-социальной экспертизы специалист по социальной работе по согласованию с клицинистом – экспертом выявляет тип дефекта и связанные с ним ограничения жизнедеятельности. Вслед за этим он изучает вопрос о нуждаемости инвалида в приспособлениях и вспомогательных устройствах для осуществления относительно независимого существования в быту.

На следующем этапе выявляется ситуация о наличии условий в жилище инвалида для относительной бытовой независимости.

В ходе осуществления технологии социально-бытовой реабилитации полученная специалистом по социальной работе так называемая социальная информация включается в индивидуальную программу реабилитации инвалида.

Сам процесс социально-бытовой реабилитации инвалидов должен предусматривать ряд последовательных смысловых технических составляющих.

Осуществление социально-бытовой реабилитации должно начинаться с социально-бытовой ориентации, в ходе которой специалист по социальной работе ориентирует инвалида в его возможностях к проживанию в каких-либо конкретных условиях, раскрывает перспективу его способностей к осуществлению жизнедеятельности, показывает необходимость приложения определенных усилий.

Осуществление социально-бытовой реабилитации инвалида с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата предусматривает обучение его приемам восстановления утраченных навыков по социально-бытовому самообслуживанию.

Специалисту, обучающему инвалида социально-бытовым навыкам, необходимо знать назначение приспособления и механизм его действия, уметь его использовать. При этом обучающий должен знать особенности анатомического дефекта, лежащего в основе инвалидности, физиологические функции отдельных групп мышц. Специалист, обучающий инвалида, должен пользоваться медицинскими рекомендациями, учитывающими целенаправленность воздействия приспособления на пораженный сустав (конечность, орган).

Важной составляющей социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата является социально-бытовая адаптация, которая представляет собой процесс приспособления инвалида к условиям жизнедеятельности с помощью специальных вспомогательных устройств и приспособлений для стабилизации жизни с имеющимся дефектом к новым, сложившимся условиям.

Заключительным этапом социально-бытовой реабилитации инвалида является социально-бытовое устройство – проживание его в квартире со специально созданными бытовыми условиями, которые отвечают всем потребностям инвалида.

При организации социально-бытовой реабилитации инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата необходимо исходить из следующих принципиальных положений.

1. Предусмотреть возможность использования инвалидом обыденного хозяйственно-бытового оборудования и кухонной утвари путем обучения (переобучения).
2. Оснастить имеющееся оборудование, утварь элементарными специальными приспособлениями (насадками, рычагами) для использования его инвалидом.
3. оборудовать квартиру новыми специальными адаптивными техническими средствами с учетом потребностей инвалида, основательно приспособить жилищные условия к потребностям инвалида с учетом типа дефекта.

Реализация указанных положений будет различаться в зависимости от локализации анатомического дефекта (повреждение верхних либо нижних конечностей). Вместе с тем вне зависимости от локализации повреждений необходимо предусмотреть последовательность технологии социально-бытовой реабилитации.

При осуществлении первого положения необходима ориентация не только инвалида, но и членов его семьи на возможность приспособления поврежденных кистей рук к пользованию обыденным хозяйственно-бытовым оборудованием и кухонной утварью. Специалист по социальной работе должен не только ориентировать, но и обучить инвалида непосредственно и опосредованно через вовлечение членов семьи навыкам пользования холодильником, плитой и т.д.

Специальные приспособления на хозяйственно-бытового оборудование устанавливаются в ванной комнате в виде фиксированных к стене электроприборов, удлиненных ручек к расческам и зубным щеткам, в виде установок автоматической подачи зубной пасты, в виде рычажных кранов для воды. Приспособления должны облегчать инвалидам с повреждениями верхних конечностей также самообслуживание при принятии ванны. Они должны обеспечить инвалиду удобство и безопасность. В ванной необходима установка навесного сиденья, противоскользящей опоры для фиксации ног, поручней для подъема и перемещения в ванне. Необходимы также приспособления для инвалидов с поражением верхних конечностей и в туалете. Они предусматривают различные опоры (настенные, откидные, вертикальные, горизонтальные) к унитазу, устройства для подъема с унитаза.

Для осуществления самостоятельного приготовления пищи необходимы приспособления для мойки и чистки овощей и рыбы, для резки продуктов, для мытья посуды, для открывания банок и бутылок и др.

Специалист по социальной работе должен определять необходимость снабжения инвалида с поражением верхних конечностей специальными приспособлениями для раздвигания занавесок, для поднятия предметов с пола для открывания форточек.

Еще большие проблемы в самообслуживании возникают у инвалидов, прикованных к постели. В этих случаях ограничение самообслуживания связано не с дефектами верхних конечностей, а с невозможностью передвигаться. Вся жизнедеятельность осуществляется в пределах ограниченного пространства. В связи с этим необходимо оборудование такого пространства специальными приспособлениями для приема пищи, чтения, письма. Этой цели может служить надкроватный столик, который оснащается насадками-держателями книг, ручек и т.д. на стене, где стоит кровать, необходим горизонтальный поручень, позволяющий инвалиду самостоятельно сесть в постели.

Для инвалидов с поражением нижних конечностей, ограничение жизнедеятельности которых преимущественно в сфере передвижения, основное значение приобретает специальное оборудование квартиры. Это оборудование должно служить не только передвижению как физиологическому акту, но и обеспечивать возможность выполнять другие функции, связанные с иными видами жизнедеятельности.

Инвалид с повреждениями нижних конечностей нуждается прежде всего в индивидуальных вспомогательных средствах передвижения (трость, костыли, кресло-коляска).

В связи с этим при оборудовании квартиры стационарными устройствами необходимо пересмотреть и то обстоятельство, чтобы они не создавали препятствий для пользования индивидуальными средствами передвижения.

Оборудование квартиры, в которой проживает инвалид с повреждениями нижних конечностей, вынужденный пользоваться креслом-коляской, должно начинаться с прихожей. Необходимо предусмотреть низкое расположение вешалки для одежды и полок. Входная дверь должна иметь ручки, расположенные на доступной для инвалида высоте. Площадь прихожей должна быть достаточной для маневрирования кресла-коляски.

В квартире между помещениями и при выходе на балкон не должно быть порогов. Дверные проемы должны давать возможность проезда кресла-коляски. Вдоль свободных от мебели стен необходима установка горизонтальных поручней.

Туалеты должны иметь достаточную площадь для разворота кресла-коляски. Унитаз необходимо оборудовать настенным горизонтальным поручнем либо опорной рамой. В ванной комнате следует предусмотреть возможность разворота кресла-коляски, установить поручни для перемещения в ванну. В кухне для удобства при приготовлении пищи поставить специальный стол с выемкой для инвалида на коляске.

Существует еще одна проблема для инвалида, пользующегося креслом-коляской, - это перемещение на кровать. Необходимо предусмотреть и это, т.е. оборудовать кровать специальным подъемником, обеспечивающим инвалиду возможность самостоятельного управления с целью перемещения.

Рекомендуемое оснащение, оборудование, предлагаемые технические средства являются общими, они не решают всех проблем удовлетворения потребностей инвалидов с повреждениями опорно-двигательного аппарата. В каждом конкретном случае могут быть иные потребности, в зависимости от особенностей дефекта. Кроме того, вопросы оборудования квартиры, всех ее помещений не решают проблему социально-бытовой реабилитации инвалидов. Вслед за осуществлением оборудования квартиры встает задача обучения инвалида пользованию вспомогательными устройствами и приспособлениями.

Само оборудование квартиры должно отвечать не только требованиям быта в узком смысле этого слова. Инвалид, находящийся постоянно в пределах собственной квартиры, может продолжить образование, заниматься трудовой деятельностью, иметь любительское занятие. В связи с этим и оборудование квартиры должно отвечать конкретным целям, т.е. выходить за узкие рамки социально-бытовой реабилитации.

С целью практической реализации положений о социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата в жилой среде необходимо создание модели жилого помещения, которая содержала бы все жизненно важные блоки для овладения инвалидом предложенными вспомогательными устройствами и реабилитационными техническими средствами с последующим относительно независимым образом жизни.

**3.Социально-средовая реабилитация инвалидов с нарушениями**

**слуха.**

Окружающая среда с ее многочисленными объектами, восприятие которых осуществляется с помощью слуха, для лиц, страдающих глухотой, является нередко малодоступной. Требуются определенные реабилитационные мероприятия, для того чтобы данная категория инвалидов имела равные возможности жизнедеятельности со здоровыми.

Различают врожденную и приобретенную глухоту. Врожденная может быть наследственной либо вызванной заболеваниями внутриутробного периода, резус-конфликом, либо приемом матерью ототоксических веществ во время беременности.

Социально-средовая реабилитация инвалидов с патологией слуха представляется социальными методами обучения, созданием специальных производственных условий, условий труда. Сущность социальной реабилитации инвалидов с нарушениями слуха состоит в приведении окружающей среды в соответствие с потребностями инвалидов, в создании условий для доступа инвалидов к информации, которой располагает здоровое общество.

**3.1** **Патология слуха**

В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности патология слуха подразделяется на:

- глубокое двустороннее нарушение развития слуха и глубокая двусторонняя потеря слуха

- тяжелое двустороннее нарушение слуха, нет восприятия речи

- среднетяжелое нарушение слуха.

- легкое нарушение слуха, распознаются не все элементы обычной речи

Термин «глухой» применяется только к инвалидам, чье слуховое нарушение является настолько тяжелым, что они не воспринимают звуки любой громкости.

Из всех видов ограничений жизнедеятельности для этой категории инвалидов наиболее значимым является ограничение способности к общению.

Параметрами оценки ограничений способности к общению у лиц с нарушениями слуха могут быть:

- способность говорить (плавно произносить слова, понимать речь, произносить и производить вербальные сообщения, передавать смысл посредством речи);

- способность слушать (воспринимать устную речь, вербальные и иные сообщения);

- способность к символической коммуникации – невербальному общению: понимать знаки и символы, коды, читать карты, принимать и передавать информацию.

Инвалиды с выраженной патологией слуха испытывают определенные сложности б обучении. Требуются специальные методы в связи с невозможностью получения а также воспроизведения информации из-за патологии коммуникативных функций. Для этой категории инвалидов существуют специальные школы для глухих и слабослышащих. Чем раньше начато обучение, тем больше вероятности развития речи. Существуют тренажеры для развития слухового, слухо-вибротактильного восприятия, применяется аппаратура для коллективных и индивидуальных занятий.

**3.2 Социальная реабилитация инвалидов с нарушениями слуха**

В целях социально-бытовой и социально-средовой реабилитации инвалидов с нарушениями слуха используется много технических средств. Среди них индивидуальные слуховые аппараты:

- ушные вкладыши каплевидной формы, которая максимально соответствует анатомическим особенностям слухового прохода, что позволяет избежать обратной акустической связи;

- заушные слуховые аппараты с присоединением к дужке очковой оправы;

- система индивидуального прослушивания телерадиоаппаратуры;

- усилитель акустический на телефонную трубку.

Люди, страдающие тугоухостью, постоянно сталкиваются с проблемами адаптации к слуховым требованиям повседневной жизни. Для создания максимального комфорта людям с частичной потерей слуха рекомендуется оснащение бытовых и производственных помещений следующей аппаратурой:

- индикатор телефонного вызова с возможностью подключения комнатного светильника;

- телефонная трубка с усилителем;

- световой сигнализатор дверного звонка;

- будильник со световой, вибрационной индикацией;

- телефон-принтер с памятью со встроенным экраном;

В связи с тем, что в основе причин глухоты лежат вредные условия труда, в реабилитационных целях применяют звукоизоляцию, вибропоглощение, дистанционное управление. Используются и индивидуальные средства защиты: виброгасящие перчатки, обувью ушные шлемы.

Плохо слышащие и глухие испытывают затруднения при пользовании общественным транспортом. Невозможность услышать предстоящую остановку вызывает у инвалидов психологическую напряженность.

Специфические ограничения жизнедеятельности у лиц с нарушениями слуха заключаются в затруднении получения информации (вербальной, звуковой). В связи с этим глухота не только создает проблемы «доступа» к транспорту, сколько ограничивает возможности его использования без дополнительных приспособлений. В связи с этим как реабилитационное мероприятие выступает информационное обеспечение инвалидов с патологией слуха на транспорте, оснащение транспорта для глухих и плохослышащих, которое представлено световым сигнализатором остановки и начала движения, «бегущей строкой» - информацией о наименовании станции, мигающим маяком.

Для действенной реализации программ социальной реабилитации инвалидов с нарушениями слуха представляется важным осуществления субтитрования общественно значимых информационных и других телепередач, выпуск видеопродукции (с субтитрами), адресованной инвалидам.

Для социальной реабилитации инвалидов с патологией слуха важное значение имеет Всероссийское общество глухих, которое располагает широкой сетью реабилитационных учреждений, где осуществляется обучение, трудоустройство и меры по социальной интеграции лиц с данной патологией.

В федеральном законе «О социальной защите инвалидов в РФ» прописаны льготы для лиц, страдающих нарушениями слуха. Инвалиды обеспечиваются необходимыми средствами телекоммуникационного обслуживания, специальными телефонными аппаратами, инвалиды обеспечиваются бытовыми приборами, сурдо- и другими средствами, необходимыми для социальной адаптации. Ремонт указанных приборов и средств производится инвалидам бесплатно или на льготных условиях. Порядок обеспечения инвалидов техническими средствами, облегчающими их труд и быт, определяется Правительством РФ.

**4**. **Инвалиды с нарушением зрения**

Зрение является одной из ведущих функций человека, оно обеспечивает получение более 90% информации о внешнем мире. При частичной или полной утрате зрения человек испытывает большие трудности в самообслуживании, передвижении, ориентации, общении, обучении, трудовой деятельности, т.е. в осуществлении всей полноты жизнедеятельности.

В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности выделяются зрительные нарушения:

- глубокое нарушение зрения обоих глаз;

- глубокое нарушение зрения одного глаза с низким зрением другого;

- среднее нарушение зрения обоих глаз;

- глубокое нарушение зрения одного глаза, другой глаз нормальный.

Нарушения зрения, степень которых может быть уменьшена при помощи компенсирующих средств и которые можно исправить очками или контактными линзами, обычно не считаются зрительными нарушениями.

Главной характеристикой, отражающей тяжесть патологии органа зрения и определяющей ее влияние на жизнедеятельность и социальную достаточность человека, является состояние зрительных функций, основные среди которых острота и поле зрения.

При нарушении остроты зрения снижается различительная способность зрительного анализатора, возможность детального зрения, что ограничивает возможность обучения, получения профессионального образования и участия в трудовой деятельности. При значительном нарушении остроты зрения (вплоть до слепоты) резко ограничиваются и другие категории жизнедеятельности. Лица с концентрическим сужением поля зрения с трудом ориентируются в незнакомой обстановке, несмотря на относительно высокие показатели остроты зрения. Мобильность их значительно ограничена.

Абсолютная или практическая слепота приводит к резкому ограничению основных категорий жизнедеятельности. Абсолютно слепые люди практически утрачивают способность к самообслуживанию и физической независимости.

В связи с дефицитом зрения окружающая среда воспринимается незрячими с помощью других анализаторов. Преобладающей становится информация акустическая, тактильная, кинестетическая, свето-цветовая. Приобретает значение форма и фактура предметов и материального мира в целом. В процессе осязательного восприятия участвуют руки, подошвы ступней, в осязании мелких предметов – язык и губы.

Важную роль в жизнедеятельности слепых играет слух. Слух у них чрезвычайно обострен и реагирует на малейшие акустические нюансы при передвижении в пространстве. В связи с этим при решении реабилитационных задач важен акцент на управлении звуками в среде обитания незрячих. Необходимо выделить и усилить нужные для ориентации звуки и заглушить посторонние помехи и шумы. При формировании среды жизнедеятельности для слепых следует уделять особое внимание акустическим и изоляционным характеристикам строительных материалов и конструкций.

Компенсаторная приспособляемость организма наделяет слепого фоточувствительностью кода, дающей возможность различения не только контуров, но и цвета крупных объектов. Слепой, обладающий таким качеством, по мере приближения к большим предметам чувствует препятствие, иногда может судить о размерах и материале объекта.

На использовании функций кожной чувствительности базируются вспомогательные тифлотехнические средства и приспособления, помогающие слепому при передвижении: звуковые маяки у переходов, на остановках, внутренние и наружные информаторы, рельефные надписи внутри транспортных средств и на вокзалах, электронные системы открывания дверей и др.

Наиболее значимым видом ограничения жизнедеятельности инвалидов с нарушениями зрения является ограничение способности к ориентации – способности определяться во времени и пространстве.

Способность к ориентации осуществляется путем прямого и косвенного восприятия окружающей обстановки, переработки получаемой информации и адекватного определения ситуации.

Способность к ориентации включает:

- способность к определению времени по общепринятым признакам

- способность к определению местонахождения по пространственным ориентирам, запахам, звукам.

- способность правильно местополагать внешние объекты, события и себя самого по отношению к временным и пространственным ориентирам.

- способность к ориентации в собственной личности, схеме тела, различие правого и левого и др.

- способность к восприятию и адекватному реагированию на поступающую информацию, пониманию связей между предметами и явлениями.

4.1 **Социальная реабилитация инвалидов с нарушениями зрения**

Социально-бытовая и социально-средовая реабилитация инвалидов с нарушениями зрения обеспечивается системой ориентиров – осязательных, слуховых и зрительных, которые способствуют безопасности передвижения и ориентировке в пространстве.

Осязательные ориентиры: направляющие поручни, рельефные обозначения на поручнях, таблицы с выпуклыми надписями или шрифтом Брайля, рельефные планы этажей, здания т.п.; изменяемый тип покрытия пола перед препятствиями.

Слуховые ориентиры: звуковые маяки при входах, радиотрансляция.

Зрительные ориентиры: различные специально освещаемые указатели в виде символов и пиктограмм с использованием ярких, контрастных цветов; контрастное цветовое обозначение дверей и т.п.; текстовая информация на таблицах должна быть максимально краткой. Строительные элементы на путях движения у лиц с ослабленным зрением (лестничные клетки, лифты, вестибюли, входы др.) следует оборудовать системой типовых ориентиров-указателей, выполненных на основе цветового, акустического и тактильного контраста с окружающей поверхностью.

Зрительные ориентиры и другая визуальная информация должна быть достаточно продумана, чтобы не допускать их переизбытка, способствующего созданию «тепличных» условий и утрате навыков пространственной ориентировки.

Важное значение для социальной интеграции инвалидов со зрительными расстройствами имеют меры социальной реабилитации. Для реализации этих мер необходимо обеспечение незрячих вспомогательными тифлотехническими средствами:

- для передвижения и ориентировки (трость, системы для ориентации – локаторы лазерные, световые и др.)

- для самообслуживания – тифлосредства культурно-бытового и хозяйственного назначения (кухонные приборы и приспособления для приготовления пищи, для ухода за ребенком и др.)

- для информационного обеспечения, обучения (приборы и приспособления для чтения, письма по Брайлю, системы «говорящая книга», специальные компьютерные устройства и др.)

- для трудовой деятельности – тифлосредства и приспособления, которыми незрячих обеспечивает производство в зависимости от вида трудовой деятельности.

Для лиц с остаточным зрением и слабовидящих необходимы специальные средства коррекции зрения: увеличивающие приставки, лупы, гиперокуляры, телескопические очки, а также некоторые тифлотехнические средства бытового, хозяйственного и информационного назначения.

Применение тифлотехнических средств наряду с другими реабилитационными мероприятиями создает предпосылки для достижения равных со зрячими возможностей и прав для разностороннего развития, повышение культурного уровня, раскрытия творческих способностей незрячих, их активного участия в современном производстве и общественной жизни.

Инвалиды с патологией зрения испытывают определенные трудности при необходимости самостоятельного пользования транспортом. Для слепых важны не столько технические приспособления, сколько адекватная информация – вербальная, звуковая (ориентирующая, предупреждающая об опасности и др.)

Слабовидящий человек нуждается при пользовании транспортом в изменении величины указателей, усилении контрастности цветовой гаммы, яркости освещения объектов, транспортных элементов, которые позволяют ему использовать, дифференцировать, различать транспортные средства и устройства (световые табло, контрастная окраска пограничных – верхней и нижней – ступеней, края платформы и др.)

Для человека с полной утратой зрения доступ к общественному транспорту возможен лишь с посторонней помощью.

Важную роль в социальной реабилитации слепых и слабовидящих, в улучшении качества их социальной защиты и расширении объема социальных услуг играет в РФ Всероссийское общество слепых, где осуществляется самые различные формы социальной реабилитации, способствующие их интеграции. В системе ВОС имеется широкая сеть производственных предприятий и объединений, где созданы специальные условия организации труда, учитывающие функциональные возможности незрячих.

В федеральном законе «О социальной защите инвалидов в РФ» прописаны льготы для инвалидов с нарушениями зрения. Инвалиды по зрению обеспечиваются бытовыми приборами, тифлосредствами, необходимыми им для социальной адаптации. воляют емц использовать, дифферинцировать, различать транспортные средства и устройства (светр в современном произ**Заключение**

Основные сферы жизнедеятельности человека - труд и быт. Здоровый человек приспосабливается к среде. Для инвалидов же особенность этих сфер жизнедеятельности состоит в том, что их надо приспосабливать к нуждам инвалидов. Им надо помочь адаптироваться в среде: чтобы они свободно могли дотянуться до станка и выполнять на нем производственные операции; могли бы сами, без посторонней помощи выехать из дому, посетить магазины, аптеки, кинотеатры, преодолев при этом и подъемы, и спуски, и переходы, и лестницы, и пороги, и многие другие препятствия. Чтобы инвалид смог все это преодолеть, нужно сделать среду его обитания максимально для него доступной, т.е. приспособить среду к возможностям инвалида, чтобы он чувствовал себя на равных со здоровыми людьми и на работе, и дома, и в общественных местах. Это и называется социальной помощью инвалидам, людям престарелого возраста - всем тем, кто страдает от физических и психических ограничений.

Социальная реабилитация личности - это сложный процесс ее взаимодействия с социальной средой, в результате которого формируются качества человека, как подлинного субъекта общественных отношений.

Одной из главных целей социальной реабилитации является приспособление, адаптация человека к социальной реальности, что служит, пожалуй, наиболее возможным условием нормального функционирования общества.

Однако здесь могут быть крайности, выходящие за рамки нормального процесса социальной реабилитации, связанные в конечном счете с местом личности в системе общественных отношений, с ее социальной активностью.

Главная проблема человека с ограниченными возможностями заключается в его связи с миром, а ограничении мобильности, бедности контактов с окружающими, в ограниченности общения с природой, доступа к культурным ценностям, а иногда – и к элементарному образованию. Эта проблема является не только субъективного фактора, каковым является социальное, физическое и психическое здоровье, но и результатом социальной политики и сложившегося общественного сознания, которое санкционируют существование недоступной для инвалида архитектурной среды, общественного транспорта, отсутствие специальных социальных служб.