Московский Социально-технологический институт

Курсовая работа.

По предмету: “Технология социальной работы”.

**На тему: “формы и методы социальной работы”.**

студентки 3-го курса

заочного отделения

факультета “Социальной работы”.

Тумановой Елены Владимировны

Астрахань-99

**СОДЕРЖАНИЕ:**

Введение................................................................................................2

**РАЗДЕЛ I. Роль социальных работников в реабилитации инвалидов**.......................................................................................................3

1.1. Реабилитация инвалидов в домах-интернатах общего

типа..................................................................................................3 1.2.Реабилитация инвалидов находящихся в семьях...........................6

**РАЗДЕЛ II. Технология общения работы с инвалидами**.....................7

2.1. Психологические аспекты социальной работы с людьми

с ограниченными возможностями......................................................8

2.2.. Региональный опыт практического решения проблем

инвалидности......................................................................................12

а)Инновационная модель “Центр независимой жизни

для детей с ограниченными физическими и/или умственными

возможностями”;............................................................................13

б)Инновационная модель службы “Персональный ассистент”;..15

в)Инновационная модель службы “Выездной лицей”;.................16

г)Целевая программа реабилитации детей-инвалидов

и членов их семей на базе Реабилитационного центра

“Ивма” города Калуги...................................................................18

**Заключение**...........................................................................................23

Список литературы..............................................................................24

ВВЕДЕНИЕ

Нетрудоспособные граждане в каждой стране составляют предмет заботы государства , которое социальную политику ставит во главу угла своей деятельности. Основной заботой государства по отношению к пожилым людям и инвалидам является их материальная поддержка (пенсии, пособия, льготы и т.д.).Однако нетрудоспособные граждане нуждаются не только в материальной поддержке. Важную роль играет оказание им действенной физической, психологической, организационной и другой помощи.

До 80-х годов в России наиболее очевидная социальная помощь инвалидам оказывалась в домах- интернатах. Эта сложившаяся традиционная форма медико- социальной помощи нетрудоспособным гражданам помимо положительных имеет и отрицательные стороны (монотонный образ жизни, необходимость изменения жизненного стереотипа для пожилого человека и др.). Эти обстоятельства делают дома- интернаты малопривлекательными для инвалидов, заставляя их “ не торопиться” с переездом в дом- интернат. Возможность как можно дольше оставаться в привычных домашних условиях представилась со времени появления должности социального работника в системе учреждений социальной защиты. Именно эти реальные лица стали оказывать социально- бытовые услуги нетрудоспособным гражданам, в которых они постоянно нуждались.

На первых этапах развития социальной помощи нетрудоспособным гражданам акцент был сделан на надомное обслуживание. С учетом этого обстоятельства была разработана квалификационная характеристика социального работника, определены его должностные обязанности. Вместе с тем в реальной социальной помощи нуждаются и инвалиды, находящиеся в домах- интернатах. До последнего времени организация медико- социальной помощи в этих учреждениях возложена преимущественно на медицинских работников, которые в ущерб организации медицинского обслуживания осуществляют несвойственные им функции по социально- бытовой, социально- психологической и социально- средовой адаптации лиц, находящихся в домах- интернатах.

В связи с указанными обстоятельствами возникла необходимость очертить круг обязанностей социальных работников в домах- интернатах и на основании этого показать целесообразность введения этой категории работников в стационарных учреждениях Минсоцзащиты России.

На данном этапе развития социальной помощи нетрудоспособным гражданам , проживающим вне стационарных учреждений, деятельность социальных работников сводится к оказанию социально-бытовых услуг. Между тем функции их гораздо шире. По мере создания института социальных работников со специальным образованием нетрудоспособные граждане получат более квалифицированную и разнообразную социальную помощь и поддержку.

**РАЗДЕЛ** **I**.**РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ.**

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

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

- находящихся в домах- интернатах;

- проживающих в семьях.

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

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

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

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

Задачами этого дома- интерната являются:

- создание благоприятных условий жизни, приближенных к домашним;

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

- организация трудовой занятости инвалидов.

В соответствии с основными задачами дом- интернат осуществляет:

- активное содействие в адаптации инвалидов к новым условиям;

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

- организацию питания с учетом возраста и состояния здоровья;

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

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

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

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

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

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

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

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

В отличие от пожилых людей с относительно ограниченными потребностями, среди которых преобладают витальные и связанные с продлением активного образа жизни, молодые инвалиды имеют потребности в получении образования и трудоустройстве, в реализации желаний в области развлекательного досуга и спорта, в создании семьи и др.

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

Роль социального работника состоит в том, чтобы создать особую среду в доме - интернате и особенно в тех отделениях, где проживают молодые инвалиды. Терапия средой занимает ведущее место в организации образа жизни инвалидов молодого возраста. Основным направлением является создание активной, действенной среды обитания, которая побуждала бы молодых инвалидов на “самодеятельность”, самообеспечение, отход от иждивенческих настроений и гиперопеки.

Для реализации идеи активизации среды можно использовать занятость трудом, любительские занятия, общественно- полезную деятельность, спортивные мероприятия, организацию содержательно- развлекательного досуга, обучение профессиям. Такой перечень мероприятий вне должен осуществляться только лишь социальным работником. Важно, чтобы весь персонал был ориентирован на изменение стиля работы учреждения, в котором находятся молодые инвалиды. В связи с этим, социальному работнику необходимо владение методами и приемами работы с лицами, обслуживающими инвалидов в домах- интернатов. С учетом таких задач, социальный работник должен знать функциональные обязанности медицинского и вспомогательного персонала. Он должен уметь выявить общее, сходное в их деятельности и использовать это для создания терапевтической среды.

Для создания положительной терапевтической среды социальному работнику необходимы знания не только психолого- педагогического плана. Нередко приходится решать вопросы и юридические ( гражданского права, трудового регулирования, имущественные и др.). Решение или содействие в решении этих вопросов будет способствовать социальной адаптации, нормализации взаимоотношений молодых инвалидов, а, возможно, и их социальной интеграции.

При работе с молодыми инвалидами важно выявление лидеров из контингента лиц с положительной социальной направленностью. Опосредованное влияние через них на группу способствует формированию общих целей, сплочению инвалидов в ходе деятельности, их полноценному общению.

Общение, как один из факторов социальной активности, реализуется в ходе трудовой занятости и проведения досуга. Длительное пребывание молодых инвалидов в своего рода социальном изоляторе, каким является дом- интернат, не способствует формированию навыков общения. Оно носит преимущественно ситуативный характер, отличается поверхностью, нестойкостью связей.

Степень социально- психологической адаптации молодых инвалидов в домах- интернатах в значительной мере определяется их отношением к своей болезни. Оно проявляется либо отрицанием болезни, либо рациональным отношением к заболеванию, либо “уходом в болезнь”. Этот последний вариант выражается в появлении отгороженности, подавленности, в постоянном самоанализе, в уходе от реальных событии и интересов. В этих случаях важна роль социального работника как психотерапевта, который использует различные методы отвлечения инвалида от пессимистической оценки своего будущего, переключает кого на обыденные интересы, ориентирует на положительную перспективу.

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

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

Важным разделом деятельности социального работника является трудоустройство инвалида, которое может быть осуществлено (в соответствии с рекомендациями врачебно- трудовой экспертизы) либо в условиях обычного производства, либо на специализированных предприятиях, либо в надомных условиях.

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

При осуществлении реабилитации инвалидов, находящихся в семьях, и тем более живущих одиноко, важную роль приобретает морально- психологическая поддержка этой категории лиц. Крах жизненных планов, разлад в семье, лишение любимой работы, разрыв привычных связей, ухудшение материального положения - вот далеко неполный перечень проблем, которые могут дезадаптировать инвалида, вызвать у него депрессивную реакцию и явиться фактором, осложняющим собственно весь процесс реабилитации. Роль социального работника состоит в соучастии, в проникновении в сущность психогенной ситуации инвалида и в попытке устранить или хотя бы смягчить воздействие ее на психологическое состояние инвалида. Социальный работник должен, в связи с этим, обладать определенными личностными качествами и владеть основами психотерапии.

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

**РАЗДЕЛ II .ТЕХНОЛОГИЯ ОБЩЕНИЯ И РАБОТЫ С ИНВАЛИДАМИ.**

Одним из основных принципов работы с пожилыми людьми и инвалидами является уважение к личности. Необходимо уважать и принимать клиента таким, каким он есть.

Профессиональная компетентность социального работника заключается, безусловно, в знаниях геронтологических и психологических особенностей возраста, учете, принадлежности клиентов к той или иной социальной группе. Потребности, интересы, увлечения, мировоззрение, ближайшее окружение, жилищно- бытовые, материальные условия, уклад жизни клиентов- это, и многое другое, находится в поле зрения подлинного профессионала, что, несомненно, дает возможность выбрать оптимальную технологию социальной помощи, грамотно определить проблему и пути ее решения. Как говорят зарубежные технологи, необходимо открыть “ три ящика стола”: Что случилось? (В чем проблема?). Почему? ( Что явилось причиной?). Как помочь? (Что я могу сделать?). Данный прием помогает социальным работникам, психологам, медикам оказать содействие человеку в адаптации к окружающей действительности, к реальным и непростым условиям внешнего и внутреннего мира.

У пожилых людей и людей с ограниченными возможностями должна быть сформирована надежда быть нужным людям, социуму, быть им уважаемым. Для этого используются различные приемы: выявив проблему, сделать все, чтобы реализовать хотя бы некоторые потребности: помочь установить контакт с родственниками, оформить необходимые запросы и т.д. И, конечно, очень важна конкретная помощь действием: навести порядок в комнате слабослышащей старушки, может быть, доставить ей на дом парикмахера, чтобы доказать, что “возраст - это всего лишь состояние души”, добыть новый слуховой аппарат; повысить, с подключением различных инстанций, мизерную пенсию; пригласить поучаствовать в выставке, в конкурсе творческих работ, подтвердив истину, что “мир не без добрых людей”, и др.

Существенной стороной общения социального работника с клиентом выступает перцепция, то есть восприятие друг друга в качестве партнера по отношениям и установление на этой основе взаимопонимания.

Доминантный субъект общения главенствует в диалоге, стремится овладеть инициативой в беседе; в обращении с просьбами и требованиями, его не беспокоит их умственность и целесообразность. Такой его настрой можно уловить по осанке, мимике, жестам, взглядам, репликам. Порою он бывает напорист в общении, многократно повторяет одно и то же. Социальному работнику необходимо дать такому клиенту возможность выявить свою доминантность.

Недоминантный субъект общения - человек( клиент), постоянно чувствующий себя просителем, очень чувствительный к состоянию партнера- социального работника. Он излишне застенчив в своих просьбах, затрудняется их высказать. Важно помочь ему в общении: стимулировать, поддерживать, предоставлять ему инициативу и возможность выразить себя, изложить свои просьбы.

Мир инвалидов своеобразен. Здесь существуют свои критерии, свои оценки, свои законы. Помочь инвалиду - это прежде всего воспринять и понять его мир, мир человека нуждающегося во внимательном и сердечном отношении.

Психологические аспекты социальной работы с людьми с ограниченными возможностями.

Необходимость интеграции технологий социальной работы и методов прикладной психологии в первую очередь определяется спецификой людей с ограниченными возможностями( ОВ ) как объектов “ социальной терапии”.

Среди проблем людей с ОВ, особенно молодых, чаще всего фигурируют одиночество, низкая самооценка и отсутствие социальной уверенности в себе, депрессия, ощущение стигматизированности и отверженности из-за своих недостатков, психологическая и физическая зависимость, профессиональное самоопределение и трудоустройство, а также мучительная неспособность обсуждать свои трудности. Весьма острыми являются такие проблемы сексуальной и семейной жизни, как установление и развитие взаимоотношений с противоположным полом и возможные медицинские противопоказания к деторождению.

Можно предположить, что острота физических, социально- экономических и, главное, психологических проблем гораздо выше в случае не врожденной, а приобретенной аномалии( инвалидности), становящейся сильным стрессогенным фактором и принципиально меняющей жизненный сценарий человека и, в какой-то степени, его ближайшего окружения.

Одна из основных психологических проблем людей с ОВ- это проблема маргинальности и аутоидентичности, то есть того, к какой группе относит себя такой человек - к “ миру нормальных” или к “миру неполноценных”. Как показывает практика, в большинстве случаев люди по мере возможности стараются скрывать свои недостатки, чтобы предстать в глазах окружающих частью мира “нормальных” людей. Если же это не удается, то человек с ОВ либо уходит в социальную самоизоляцию, либо в процессе коммуникации с нормальными людьми ощущает себя особенно неполноценным из-за гиперопеки и сочувствия с их стороны. В этой связи основными психологическими условиями социальной адаптации человека с ОВ могут являться осознание им реального положения дел и адекватная самооценка, эмоциональная уравновешенность, адекватные межличностные отношения и нахождение своей профессиональной ниши на ранке труда и занятости.

Авторство социальной модели (иногда ее обозначают как “интерактивную модель”, или “модель взаимодействия”) принадлежит главным образом самим людям с ОВ. В фокусе этой модели находиться взаимосвязь между отдельным человеком и окружающей его средой (в том числе обществом), причем ограниченные возможности не рассматриваются как часть человека и как его вина: человек может стараться ослабить последствия своего недуга, но ощущение ограниченности своих возможностей вызвано не недугом, а отношением людей и барьерами, существующими в окружающей среде (архитектурой, социальной организацией, психологическим климатом и пр.). Иначе говоря, ограниченные возможности как проблема есть результат социального и экономического притеснения внутри общества, поэтому людей с ОВ скорее можно рассматривать как притесняемую группу, чем как аномальную или трагическую.

В этой связи концепция независимой жизни рассматривает человека с ОВ и его проблемы в свете его гражданских прав, а не с точки зрения его патологии, и ориентируется на устранение физических и психологических барьеров в окружающей среде с помощью специальных служб, методов и средств. Очевидно, что именно в сфере социальной работы, предполагающей, по определению, профессиональную поддержку, защиту и помощь социально-уязвимым категориям населения, должны быть предоставлены условия для социальной реабилитации, адаптации и интеграции людей с ОВ.

С другой стороны, независимая жизнь представляет собой наличие альтернатив и возможность выбора, который человек с ОВ может сделать с помощью социальных служб, причем критерием независимости является не степень его дееспособности и самостоятельности в условиях отсутствия помощи, а качество жизни в условиях предоставляемой помощи. В свою очередь, понятие помощь включает в себя ее характер, способ оказания, контроль и результат. Иногда бывает трудно принимать помощь, но и не менее трудно ее оказывать.

В связи с вышеизложенным важны не только содержание и технологии социальной работы, но и ее психологическая окрашенность. Одним из самых распространенных и, по-видимому, наиболее адекватных для “помогающих профессий” (типа социальной работы и недирективной консультативной психологии) является гуманистический подход (К.Роджерс и др.). Согласно этому подходу, для нормального существования человека, предполагающего формирование его высокой самоценности, необходимы активизация внутренних ресурсов позитивного развития личности (“личностного роста”), гуманность и возможность выбора. С другой стороны, с позиций экзистенциальной психологии одним из важнейших стремлений личности является обретение смысла своего существования, и для человека важнее не то, что с ним случилось, а свое отношение к случившемуся (В.Франкл).

В этой связи весьма важной задачей социального работника является перевод клиента из позиции *объекта* социального воздействия, предполагающего пассивную общественную и личностную позицию, внешний локус контроля, отказ от самостоятельного принятия решений и зависимость, стереотипичность мышления и поведения и пр., в позицию способного к саморазвитию, активного и креативного *субъекта* социального воздействия. В рамках двусторонних отношений “социальный работник-клиент” последний должен быть стимулирован на активный выбор в виде самостоятельного принятия решений, Возможно, социальному работнику было бы гораздо легче принимать решения самому, но это привело бы к возрастанию неуверенности клиента в своих силах и его зависимости от социального работника. Так, например, в социальных учреждениях интернатного типа нередко возникает “приобретенная беспомощность”: убедившись в своей не способности влиять на решения, которые касаются их судьбы, клиенты, не пытаясь воздействовать на ход событии, впадают в депрессию, что может приводить к росту заболеваемости и смертности. В этой связи социальные работники могут помочь клиентам активнее участвовать в решении повседневных вопросов (например, содействовать созданию советов клиентов и советов их семей как органов коллективного мнения), а также сделать более проницаемыми границы между интернатом ( или семьей) и обществом.

Как показывает практика, одним из наиболее важных и в то же время проблемных вопросов в жизни людей с ОВ является выбор профессии и трудоустройство. Профессиональное самоопределение должно включать в себя два принципиально важных условия: активность субъекта профессионального выбора и обеспечение квалифицированной развивающей помощи со стороны социального работника с целью обоснованного и адекватного выбора профессии. В часто встречающихся случаях, когда затруднения человека с ОВ в профессиональном самоопределении вызваны нерешительностью и неуверенностью в своих силах, особое значение приобретает помощь в осознании и правильной оценке своих особенностей с позиции их профессиональной значимости, а также информация о профессиях, в которых именно такие качества могут обеспечить успешность деятельности. Идеальным результатом представляется формирование у человека с ОВ умения осознанно и самостоятельно планировать свой личный профессиональный маршрут и определять пути его реализации.

В принципе настоящая независимость предполагает независимость не только физическую, сколько психологическую, не взирая на наличие аномалии и степень ее тяжести. Естественно, социальный работник не в состоянии решить все психологические проблемы клиента, но может этому содействовать, применяя методы психологического консультирования, оказания экспресс-психологической помощи, работы с посттравматическим стрессом и осуществляя, фактически, психосоциальную работу, что особенно важно в условиях существующего в стране дефицита практических психологов.

Одним из важнейших факторов успешности медико-социально-психологической реабилитации является ближайшее микросоциальное окружение людей с ОВ. В частности, их семьи по прежнему остаются основными источниками помощи, обычно сопряженной с физическим и эмоциональным стрессами, а перечень разного рода проблем (медицинских, материально-бытовых, психологических, педагогических, профессиональных и др.), возникающих в семье в связи с частичной или полной недееспособности какого-либо из ее членов, бесконечен. С психологической точки зрения очень важно нейтрализовать две часто встречающиеся в семьях крайности в отношении к человеку с ОВ: либо его воспринимают как обузу, усложняющую существование и затрудняющую личное “выживание”, либо на нем сосредотачивается внимание всей семьи и он подвергается гиперопеке. Выступая в различных ролях (консультанта, защитника интересов, помощника и др.), социальный работник может способствовать разрешению возникающих проблем, формированию правильного отношения к недееспособному родственнику и в целом - нормализацией внутрисемейных отношений. Помимо индивидуальной работы с семьей, целесообразно проводить групповые занятия и содействовать объединению семей (и клиентов) со сходными проблемами.

Таким образом, социальная работа с людьми с ОВ своей целью имеет их физическое и, главное, социальное и психологическое благополучие, а с методологической точки зрения представляет собой психосоциальный подход с учетом особенностей личности и конкретной ситуации. Конкретные усилия, согласно социальной модели, должны быть направлены не только на помощь людям в борьбе с их недугами, но и на изменения в обществе: необходимо бороться с негативными установками, рутинными правилами, “ступенями и узкими дверьми” и предоставить для всех людей равные возможности полноценного участия во всех сферах жизни и видах социальной активности.

**РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОГО РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ ИНВАЛИДНОСТИ.**

**1. Философия независимой жизни.**

( На примере Московского клуба инвалидов “ Контакты-1”).

Клуб “Контакты-1” строит свою работу с детьми, имеющими инвалидность, и их родителями по программам, в основе которых лежит социально- политическая модель инвалидности, суть которой сводится к следующему: человек, имеющий инвалидность, имеет равные права на участие во всех аспектах жизни общества; равные права должны быть обеспечены системой социальных служб, выравнивающих ограниченные в результате травмы или заболевания возможности. Инвалидность - не есть медицинская проблема. Инвалидность- это проблема неравных возможностей.

Логичным в этом смысле является использование термина “человек с ограниченными возможностями” вместо слова “инвалид”.Это не просто отказ от устаревшего слова, означающего “больной, нетрудоспособный, бесполезный”. Это отказ от медикализации проблемы инвалидности, ибо инвалид- “больной, нетрудоспособный, бесполезный” нуждается в постоянной опеке и лечении, он находится в зависимости от других. Если же мы посмотрим на инвалидность с точки зрения ограничений в физических, зрительных, слуховых, речевых и умственных возможностях, то мы увидим, что их можно компенсировать при помощи нескольких служб, таких как “Центр независимой жизни”, службы “Персональный ассистент” и транспортной службы.

“Для людей, имеющих инвалидность, быть независимым- значит иметь возможность жить как все; это не значит быть пассивными потребителями поддержки, это значит иметь широкий выбор возможностей и право на то, чтобы принимать на себя ответственность за свою жизнь”.

“Инвалидность - это 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 существующие в нем стандарты к особым нуждам людей, имеющим инвалидность, для того, чтобы они могли жить независимой жизнью”.

В 1992 году клуб инициировал первый в России Центр независимой жизни для детей с ограниченными физическими и умственными возможностями и разработал инновационные модели и программы, в основе которых лежит именно социально- политическая модель инвалидности.

Итак, о ходе работы клуба по трем инновационным моделям: Центр независимой жизни, “Выездной лицей”, и “Персональный ассистент”.

Инновационная модель “Центр независимой жизни для детей с ограниченными физическими и /или умственными возможностями”.

Понятие “независимая жизнь” в концептуальном значении подразумевает два взаимосвязанных момента. В социально- политическом значении независимая жизнь- это право человека быть неотъемлемой частью жизни общества и принимать активное участие в социальных, политических и экономических процессах, это свобода выбора и свобода доступа к жилым и общественным зданиям, транспорту, средствам коммуникации, страхованию, труду и образованию. Независимая жизнь- это возможность самому определять и выбирать, принимать решения и управлять жизненными ситуациями. В социально- политическом значении независимая жизнь не зависит от вынужденности человека прибегать к посторонней помощи или вспомогательным средствам, необходимым для его физического функционирования.

В философском понимании независимая жизнь - это способ мышления, это психологическая ориентация личности, которая зависит от ее взаимоотношений с другими личностями, ее физическими возможностями, системой служб поддержки и окружающей средой. Философия независимой жизни ориентирует человека, имеющего инвалидность на то, что он ставит перед собой такие же задачи, как и любой другой член общества.

Мы все зависим друг от друга. Мы зависим от булочника, который выпекает хлеб, от обувщика и портного, от почтальона и телефонистки. Обувщик или почтальон зависят от врача или учителя. Однако эта взаимозависимость не лишает нас права выбора. Мы сами определяем, что, как, когда принимать те или иные решения.

С точки зрения философии независимой жизни, инвалидность рассматривается с позиций неумения человека ходить, слышать, видеть, говорить или мыслить обычными категориями. Таким образом, человек, имеющий инвалидность, попадает в ту же сферу взаимосвязанных отношений между членами общества. Для того, чтобы он мог сам принимать решения и определять свои действия, создаются социальные службы, которые, также как мастерская по ремонту автомобилей или ателье, компенсирует его неумение делать что-то.

Специальные социальные службы, которые создаются в рамках официальной политики на основе медицинской модели, не позволяют человеку, имеющему инвалидность, право выбора: за него решают, ему предлогают, его патронируют. Социальные службы в том виде, в котором они существуют в настоящее время, усугубляют сегрерующий характер социальной политики и усиливают пассивно- иждивенческий характер в среде людей, имеющих инвалидность.

В Москве есть много инициативных групп людей, имеющих инвалидность, которые также придерживаются идеологии независимой жизни, связывая ее, в первую очередь, с экономической независимостью. Молодые ребята в инвалидных колясках стремятся заработать денег, чтобы не зависеть от пенсии. Ярким примером являются инвалидные производства, организуемые с тем, чтобы человек, имеющий инвалидность, мог зарабатывать деньги и жить полной жизнью.

Однако экономическая независимость и независимая жизнь - это разные понятия. Надомная работа или инвалидное производство может дать приличный доход человеку, имеющему инвалидность. Но право выбора и равные возможности нельзя купить, какие бы ты деньги не имел. Сегрегация остается, также как и остается недоступная окружающая среда.

Экономическая независимость одного человека не изменит законодательства, окружающей среды и общественного сознания. Хорошо одетый, гордый и сильный человек в инвалидной коляске, или, как говорят, “упакованный”- это исключение, которое подтверждает правило: человек, имеющий инвалидность, может жить как все; все, что ему нужно - это равные возможности.

Включение в инфраструктуру системы социальных служб, которыми человек, имеющий инвалидность, мог бы делегировать свои ограниченные возможности, сделало бы его равноправным членом общества, самостоятельно принимающим решения и ответственность за свои поступки, приносящим пользу государству. Именно такие службы освободили бы человека, имеющего инвалидность, от унижающей человеческое достоинство зависимости от окружающей среды, и высвободили бы бесценные человеческие ресурсы (родителей и родственников) для свободного труда на благо общества.

Центр независимой жизни - это комплексная инновационная модель системы социальных служб, которые в условиях дискриминирующего законодательства, недоступной архитектурной среды и консервативного в отношении людей, имеющих инвалидность, общественного сознания, создают режим равных возможностей для детей с особыми проблемами.

Основной задачей в реализации модели Центра независимой жизни является обучение детей и родителей умениям и навыкам независимой жизни. Ключевую роль в модели играет служба “От родителя к родителю”. От родителя к родителю передается знания о социальных проблемах, затрагивающих интересы детей, от родителя к родителю передаются желание изменить положение детей к лучшему через активное участие самих родителей в социальных процессах. Формы работы: беседы, семинары, мероприятия, творческие кружки, исследования, создание служб. Два года назад активных родителей было очень мало. Сейчас в Центре независимой жизни принимают участие, активное и инициативное, 100-150 родителей. Мы привлекаем родителей не только организацией мероприятий. Они у нас работают преподавателями, экспертами и руководителями служб.

Цель: Изменение среды, окружающей человека с ограниченными возможностями, таким образом, чтобы стало возможным включение его во все аспекты жизни общества; изменение самосознания человека, имеющего инвалидность.

Задачи:

1. Создание моделей социальных служб, помогающих адаптировать условия окружающей среды нуждам детей, имеющих инвалидность.

2. Создание экспертной службы для родителей, осуществляющей мероприятия по обучению родителей основам независимой жизни и представительство их интересов.

3. Создание системы волонтерской помощи родителям, имеющих особых детей.

4. Налаживание мостов сотрудничества с Государством, Бизнесом, Общественностью, Наукой.

5. Инициирование сетевой структуры Центров независимой жизни в России.

Инновационная модель службы “Персональный ассистент”

Служба “Персональный ассистент” подразумевает помощь человеку, имеющему инвалидность, в преодолении препятствий, мешающих ему на равных принимать участие в жизни общества. “Персональный”- значит знающий особенности каждого отдельного человека, имеющего инвалидность. Критерий “потребителя”, введенный в данную социальную службу позволяет поручить найм и обучение персональных ассистентов самим людям, которые в этих услугах нуждаются. При помощи персонального ассистента, человек, имеющий инвалидность, может учиться в открытом учебном заведении и работать на обычном предприятии. Экономическая выгода государства при организации такой социальной службы заключается в том, что:

1. потенциальные способности людей, имеющих инвалидность, будут использованы в полной мере (специализированные заведения создаются под ограниченные возможности людей, имеющих инвалидность, и вместе с надомным и детским трудом при интернатах, усиливают сегрегирующий характер экономической политики государства по отношению к ним);

2. создается рынок труда, так как персональным ассистентом может работать практически любой человек.

Политическая выгода очевидна, так как данная социальная служба обеспечивает каждого члена общества равными правами на образование, труд и отдых.

Клуб “Контакты-1” сделал попытку развернуть модель службы “Персональный ассистент” в рамках программы Центра независимой жизни для детей, имеющих ограниченные возможности. Ограниченные финансовые средства не позволили нам реализовать модель в чистом виде; она была осуществлена с программой “Выездного лицея”, а персональные ассистенты чаще всего работали одновременно и преподавателями. Кроме того, на мероприятиях для большого количества детей, персональные ассистенты обслуживали группы. Однако даже эта попытка, предпринятая в России впервые силами небольшой общественной организации, дала положительные результаты и показала перспективность идеи. Она также доказала, что такое использование финансовой поддержки более всего отвечает требованиям времени, так как оно позволяет очень успешно изменять общественное сознание и неузнаваемо меняет облик ребенка, имеющего самые серьезные виды инвалидности, который, начиная чувствовать уважение к своей личности и уверенность, раскрывает свои способности. Родители, получая такую поддержку, становятся более объективными в оценивании проблем, связанных с инвалидностью, и начинают проявлять большую социальную активность, направленную вовне, на то, чтобы изменить ситуацию в целом, для всех детей, а не только пытаться, не видя проблем другой семьи, имеющей такого же особого ребенка, улучшить свое положение.

Персональными ассистентами в течение 1993-94 учебного года работали родители и студенты факультета социальной работы и социологии Института молодежи.

Цель службы: Открыть детям, имеющим инвалидность, широкие возможности для развития их потенциальных возможностей и талантов, и активного участия во всех аспектах жизни общества.

Задачи:

1. Создать действующую модель “Человек с особыми проблемами- ассистент”.

2. Расширить круг детей, получающих помощь ассистентов.

3. Провести социально- педагогические исследование модели с целью разработки рекомендаций для неправительственных организаций.

Инновационная модель службы “ Выездной лицей”

Медицинская модель инвалидности, официально принятая в России, находит свое выражение в том, что социальная политика имеет сегрегирующий характер. Образование, участие в экономической жизни, отдых являются закрытыми для людей, имеющих инвалидность. Специализированные учебные заведения, специализированные предприятия и санатории изолируют людей, имеющих инвалидность, от общества и делают их меньшинством, права которого дискриминируются.

Изменения в социально- политической и экономической жизни России делают реальностью возможность интеграции людей, имеющих инвалидность, в общество и создают предпосылки для их независимой жизни. Однако в социальных программах специализированность остается доминирующей, что объясняется медицинской моделью инвалидности, положенной в основу законодательства, недоступной архитектурной средой и отсутствием системы социальных служб.

Эксперементальная модель “Выездной лицей”- это попытка решить проблему интегрированного обучения детей, имеющих инвалидность, посредством создания службы “Персональный ассистент” и специальной транспортной службы (“Зеленая служба”), которые бы предоставляли им равные возможности. Комплексный подход необходим для того, чтобы организовать обучение детей, имеющих инвалидность, в режиме “двустороннего движения”:

1. Преподаватели едут на дом к ребенку и дают ему домашние уроки;

2. Службы помогают ребенку выехать из дома и заниматься в интегрированных группах, организуемых в Центре.

Цель:

Духовное и культурное развитие детей, имеющих инвалидность, и их интеграция в общество через организацию специальных служб “Выездной лицей”, “Персональный ассистент” и транспортные службы.

Задачи:

1. Обучение детей, имеющих инвалидность, общеобразовательным дисциплинам и творчеству на дому.

2. Профессиональное обучение и развитие творческих способностей детей, имеющих инвалидность, в интегрированных кружках вне дома.

3. Интеграция детей, имеющих инвалидность, и их родителей умением и навыкам независимой жизни.

Методы.

1. Движение на дом обеспечивают профессиональные педагоги, которые привлекаются для работы в службе “Выездной лицей” на контактной основе. Приоритет при этом отдается педагогам, обладающим достаточным запасом знаний и жизненным опытом, необходимыми для работы с особыми детьми по индивидуальным программам. Большое значение придается привлечению к работе педагогов из общеобразовательной школы с тем, чтобы приблизить школу к пониманию проблем детей, имеющих инвалидность, а затем превратить ее в основного союзника.

2.Движение из дома обеспечивается тремя службами одновременно. Персональные ассистенты и оборудованный транспорт необходимы для того, чтобы ребенок, имеющий инвалидность, получил мобильность и смог посещать кружки вне дома.

3.Интеграция детей, имеющих инвалидность, в общеобразовательную школу осуществляется при помощи службы “Персональный ассистент” и транспортной службы, которые помогут детям посещать интегрированные кружки и обычные классы.

4.Знания о независимой жизни людей, имеющих инвалидность, передаются на семинарах, организуемых службами “От родителя к родителю” и “Правовая защита интересов ребенка”.

Заключение.

Президентская программа “Дети России” всколыхнула третий сектор, объединяющий неправительственные организации. Включение в программу, поддерживаемую бюджетом, инновационной практики независимых организаций, является ярким примером положительных изменений в социальной политике Государства. Союз и сотрудничество между государством и неправительственными организациями имеет большое значение для таких организаций, как клуб “Контакты-1”, так как признание нас равноправными партнерами, умеющими внести положительную динамику в социальную политику, дает нам силы и желание работать, проявлять инициативу и принимать на себя всю ответственность за предлагаемые нами идеи, модели, программы.

Опыт появляется только у тех, кто работает. Клубу “Контакты-1” дает возможность работать и доказывать свою полезность обществу Президентская программа “Дети России”.

**Целевая программа реабилитации**

*детей - инвалидов и членов их семей на базе Реабилитационного центра “Ивма” города Калуги*

Актуальность проблемы

Реабилитационный центр “Ивма”- некоммерческое, благотворительное объединение семей, имеющих детей- инвалидов, уже более 5-ти лет занимается учебно- педагогическими работами, направленными на помощь аномальным детям и их родителям.

В течение ряда лет центр ведет постоянно корректируемую, компьютерную базу по аномальным детям г. Калуги. Сейчас она насчитывает 985 детей- инвалидов, получающих социальные пособия (без учета психических больных, а их по нашим данным около 30% от общего числа):

- 16% из них с ДЦП, причем 10-15% из них - тяжелые постельные больные;

- 11% с заболеванием глаз и тугоухостью;

- 17% с различными анатомическими отклонениями ( сколиозы, косолапие, вывихи врожденные, отсутствие и недоразвитие конечностей и т.п.).

Как правило, эти заболевания приводят к задержке психического развития детей, а в дальнейшем - к тяжелым психическим недугам при отсутствии грамотных реабилитационных мероприятий. Статистика показывает, что если при рождении психическими расстройствами страдают лишь около 10% детей - инвалидов, то к 16 годам около 30%, в 30-40 лет 60%, а к 50-60 годам более 90% инвалидов с детства страдают психическими заболеваниями.

Следует признать, что из всего количества детей, а их в Калуге менее 70 тысяч, детей - инвалидов около 1,4%. Если принять экспертную оценку российских врачей по тяжелой инвалидности детей, то 4,5% или 3150 детям в городе следует назначить социальные пособия (пенсии) по инвалидности.

Из них:

- ортопедических больных - 1300;

- с нарушением психического развития - 360;

- хирургических больных - 219;

- с детским церебральным параличом (ДЦП) - 159. То есть не менее 50% детей - инвалидов имеют сохранный интеллект.

Сегодняшняя ситуация такова, что вряд ли стоит рассчитывать, что каждый ребенок- инвалид сможет постоянно находиться в специальном реабилитационном центре: нет экономических условий для их строительства и создания оплачиваемых мест воспитателей (в международной практике принято соотношение - для каждых трех ребят - инвалидов - один наставник).

Да и вряд ли дети, воспитанные в специализированных условиях, смогут адаптироваться в обычной жизни.Более реальной будет постепенная интеграция ребенка с аномалиями в развитии в социум семейной жизни, детского дошкольного учреждения, школы и т.п. с активным использованием реабилитационного потенциала семьи.

Основные цели и задачи

Основные задачи Реабилитационного центра и создаваемых им клубов можно объединить блоками.

Информационно-методический блок

Создание благоприятной информационно-методической среды обеспечения выживания, защиты и развития детей-инвалидов и их семей:

- создание достоверной системы учета детей-инвалидов, позволяющей получать информацию об уровне детской инвалидности, ее динамику, проблемы, потребности и интересы детей и их семей;

- создание пункта сети или использование существующей электронной сети информационного обмена по проблемам детской инвалидности;

- освоение новых информационных и диагностических технологий при работе с детьми-инвалидами.

Для конкретной реализации блока этих задач центр:

- разрабатывает анкеты, тесты, программы и методики работы с детьми- инвалидами;

- проводит работу по оснащению телекоммуникационной системы (компьютер, модем, программное обеспечение);

- проводит техническое оснащение современными средствами тестирования и диагностики детей, информационной технологии обучения.

Учебно - педагогический блок

Блок, изначально ориентированный на тезис аномального ребенка: “Помоги мне сделать все самому”. Пусть любой маленький человек сделает немногое, но сам. Это:

- реализация Принципа детерминированной динамической Среды, создающей условия воспитания и развивающего обучения детей-инвалидов на основе методик Марии Монтессори и Рудольфа Штайнера, Толстого Л.Н., Циолковского К.Э. и Ушинского К.Д.

Для реализации поставленных задач центр осуществляет следующую деятельность:

- проводит интеграционную, педагогическую работу на экспериментальных площадках по инновационным направлениям работы с детьми-инвалидами;

- решает вопросы обеспечения дидактическими материалами, Монтессори материалами, методиками и программами учебно-педагогической работы, компьютерными программами и т.п.

Блок прагматической школы

По существу, это подготовка ребенка-инвалида к независимой жизни: - предпрофессиональное обучение по конкурентным специальностям, обучение надомному труду и создание фонда техноваций надомного труда, преимущественно в области народных и декоративно-прикладных искусств и информационной, компьютерной области.

Центр в своей работе:

- способствует созданию и расширению сети учебно-производственных мастерских, подсобных хозяйств, с помощью которых дети могут получить необходимые навыки и специальность, оказывает помощь в технологическом оснащении надомного труда.

Инженерный блок

Создан из-за существенного возрастания насыщенности современного информационно ориентированного учебного процесса, использования сложного диагностического и коррекционного оборудования. Это:

- расширение потенциальных возможностей детей-инвалидов с помощью реабилитационных технических средств.

Центр:

- решает вопросы обеспечения необходимым оборудованием для конструирования и изготовления в местных условиях устройств, приспособлений, тренажеров, систем, расширяющих возможности ребенка-инвалида.

Блок медицинского оздоровления

Естественное желание родителей, имеющих детей с аномалиями в развитии, это:

- медицинское оздоровление детей-инвалидов, направленное на восстановление и компенсацию нарушенных или утраченных функций организма.

Центр:

- проводит работы по созданию оздоровительных кабинетов нетрадиционной медицины, разрабатывает системы и методики медицинского оздоровления аномальных детей.

Блок духовного развития это:

- помощь в духовном развитии, воспитание детей-инвалидов в духе добра, порядочности, чести и достоинства; - организация культурно-досуговой деятельности детей и их семей в атмосфере любви,понимания и заботы.

Кроме этого центр оказывает:

- гуманитарную помощь семьям, имеющим детей-инвалидов;

- способствует осуществлению внешних контактов, включая зарубежные, по вопросам детской инвалидной тематики;

- разрабатывает законодательные, экологические, научные, инновационные и др. инициативы, соответствующие целям и задачам центра;

- способствует повышению реабилитационной культуры родителей и заинтересованных лиц по компонентам интегрированного подхода к проблемам детской инвалидности:

1. основам общей психологии и педагогики;

2. основам практической психологии и коррекционной педагогики;

3. основам прамедицинских знаний;

4. основам экологии, гелиоэкологии и валеологии;

5. основам организации культурно-досуговой деятельности детей с ограниченными возможностями;

6. другим.

Положительный эффект, полученный в результате проводимой внешкольной работы, содействующей саморазвитию личности, реализации творческого потенциала ребенка с недостатками в умственном и физическом развитии при отсутствиии какой-либо существенной помощи педагогам, так как вся работа проводится безвозмездно, не считая незначительной оплаты за кружковую работу, требует расширения поля деятельности: создания распределенной сети надомных производств и кабинетов индивидуального оздоровления для семей, имеющих детей-инвалидов и наиболее незащищенных категорий населения. Это позволяет создать систему ранней трудовой реабилитации в сенситивный период развития ребенка, имеющего нарушения в психофизическом развитии и создать рабочие места семьям с этими детьми.

Программа создания сети надомных производств

Программа состоит из двух частей - образовательной и организационной.

Образовательная часть программы базируется на четырех основных принципах:

- борьба с замкнутостью и одиночеством детей с недостатками в психофизическом развитии, что впоследствии ведет к различным отклонениям в нравственном, физическом становлении личности, к эмоциональной напряженности;

- содействие саморазвитию личности, ее активная социальная защита, способствующая раскрытию субъектной позиции каждого ребенка с недостатками в умственном или физическом развитии, реализацию его творческого потенциала;

- взгляд на семью как первооснову социального воспитания, как главное условие реализации задатков и способностей человека, приобщение его к культуре;

- использование огромного воспитательного влияния природы на развитие ребенка, экологического и декоративно- прикладного искусства.

Отдельные элементы образовательной части программы уже отрабатывались в течение ряда лет Реабилитационным центром “ИВМА” при проведении занятий с детьми - инвалидами в клубе самодеятельных художников.

В задачи образовательной части программы входит:

1) формирование у детей - инвалидов основ целостной эстетической культуры через развитие исторической памяти, развитие их способностей и задатков;

2) развитие наблюдательности у детей, способности живо откликаться на события окружающей действительности;

3) выработка осознанного отношения к учебе и к труду, нравственное, интеллектуальное и физическое развитие личности;

4) воспитание потребности в труде, уважения к мастерам своего дела, заботливого и бережного отношения к природе;

5) формирование общих и начальных профессиональных умений и знаний, необходимых для обустройства личного хозяйства, включая подсобный садовый (дачный) участок;

6) развитие творческих способностей в процессе художественной деятельности, включающей основы научно-исследовательской;

7) побуждение к сознательному выбора одной из профессий, связанных с народным и декоративно-прикладным искусством или современными информационными технологиями;

8) обучение Основам безопасности жизнедеятельности (ОБЖ) по двум разделам: “Выживание в природе” и “Безопасность в городе (социуме)”;

9) использование новейших информационных технологий развивающего художественно- эстетического образования, включая мультимедийные средства и компьютерную анимацию;

10) включение в муниципальные, региональные, федеральные и международные гуманитарные программы.

К особенностям образовательной части программы следует отнести практическую (прагматическую) направленность обучения детей-инвалидов и их семей. Применение основных принципов художественно- эстетического образования для приобритения ребенком-инвалидом основ возможной профессии, связанной с народными и декоративно- прикладными искусствами или иной конкурентной специальностью. Использование природного материала для развивающего художественного образования детей - инвалидов.

Основным показателем педагогической эффективности образовательной части программы является снятие комплекса неполноценности, подготовка детей-инвалидов к жизни в нормальной социальной среде , формирование познавательного интереса детей-инвалидов к народному и декоративно- прикладному искусству, новым информационным технологиям, творческой активности, самостоятельности, бережного отношения к природе и памятникам культуры, понимание роли искусства в жизни общества, в его духовном развитии.

Организационная часть программы - это комплекс мероприятий по оснащению и функционированию системы рабочих мест надомного производства:

- маркетинговые исследования рынка сбыта продукции;

- приобретение, установка и ввод в действие необходимого оборудования, инструментов и приспособлений;

- комплектование сырьем, заготовками, материалами;

- сбыт продукции;

- финансово- бухгалтерское сопровождение.

Со временем возможно выделение отдельных производителей в самостоятельные хозяйственные товарищества, общества или производственные кооперативы.

Таким образом, основным показателем эффективности программы является подготовка детей - инвалидов и их семей к активному использованию прамедицинских знаний народной медицины с целью улучшения здоровья, диагностирования и быстрого исцеления болезни, снятие утомления и раздражительности, нормализации сна, повышения работоспособности и сохранения гармоничного взаимодействия организма с внешним миром.

Таковым нам представляется реальный путь вхождения ребенка-инвалида в счастливую, независимую жизнь.

**Заключение**.

Таким образом, 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.

Список используемой литературы:

1. “Основы социальной работы” Москва-98, учебник;

2. “Роль и место социальных работников в обслуживании инвалидов” Н.Ф.Дементьева, Э.В.Устинова; Тюмень 1995г.;

3. “Социальная работа с инвалидами” Москва-96;

4. “ Теория и методика социальной работы”,часть-1, Москва-94.